

Dans les cas bien développés, la sclérite est une affection caractéristique et facile à reconnaître. Le diagnostic devient quelquefois difficile dans les cas légers et à marche abortive. Ainsi, par exemple, un bouton scléritique, quand il est petit et surtout quand il est situé près du bord cornéen, peut être confondu avec une efflorescence de la conjonctivite eczémateuse. Le signe

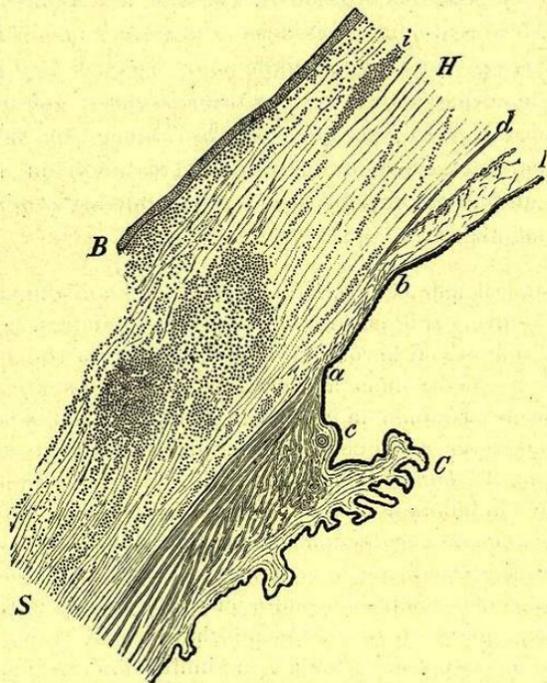


FIG. 98. — Sclérite pro onde. Coupe, à travers la région ciliaire de l'œil d'une jeune fille de vingt-quatre ans. Gross. 24/1. — La conjonctive B, qui, dans l'énucléation, a été sectionnée près du limbe, se montre assez infiltrée. Dans la sclérotique S, située sous elle, on trouve de nombreuses traînées minces de cellules rondes, accompagnant de préférence les vaisseaux ; en outre, on voit un grand foyer d'infiltration, de forme irrégulière, occupant presque toute l'épaisseur de la sclérotique. La partie postérieure de ce foyer montre la plus grande accumulation de cellules ; dans sa partie antérieure, les cellules sont le plus serrées le long du bord qui regarde la cornée, comme si l'infiltration voulait se propager dans celle-ci. La cornée H renferme, dans ses couches antérieures, une grande infiltration i (kératite sclérosante). Dans les couches profondes, on remarque des traînées cellulaires, accompagnant les vaisseaux néoformés, profondément situés ; ceux-ci se dirigent des couches profondes vers les couches moyennes. Le corps ciliaire C et l'iris I sont atrophiés. Dans le premier, les procès ciliaires, en particulier, sont très réduits ; au bord antérieur du muscle ciliaire, on reconnaît la coupe transversale du grand cercle artériel de l'iris, c. L'iris est aminci, surtout dans sa portion périphérique, qui, dans l'étendue ab, est accolée et fortement soudée à la paroi postérieure de la cornée. On ne peut donc plus retrouver à cette place la membrane de Descemet d, ni la lumière du canal de Schlemm. La soudure de la périphérie de l'iris est en rapport avec l'hypertonie que montrait cet œil pendant la vie.

distinctif est que la nodosité scléritique ne siège pas dans le limbe même ; elle ne se trouve pas non plus dans la conjonctive, mais bien en-dessous d'elle, de sorte qu'on peut faire glisser cette membrane sur la nodosité. Enfin la marche ultérieure ne tardera pas à éclaircir le diagnostic. En effet, la nodosité eczémateuse se transforme en un ulcère de la conjonctive par destruction de sa surface, ce qui n'arrive jamais pour les boutons de sclérite.

Dans la kératite parenchymateuse, on trouve quelquefois, en même temps, autour de la cornée, une sclérite légère et diffuse. De même, dans la syphilis, on observe parfois dans la sclérotique des nodosités isolées, mais jamais elles n'acquièrent le caractère typique et récidivant de la sclérite.

Dans certains cas de sclérite profonde diffuse, se montrent, dans la zone enflammée, des nodosités dures, blanchâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui siègent sous la conjonctive, le plus souvent toutes à la même distance du bord de la cornée. On pourrait les prendre pour des nodules tuberculeux ; ils n'en sont pas ; ils disparaissent sans ulcération.

Sous le nom d'*Épisclérite fugace périodique* (subconjunctivitis de v. Græfe), on désigne une inflammation du tissu épiscléral très vascularisé, laquelle se caractérise par sa fugacité et sa tendance aux récurrences. Celles-ci se montrent souvent avec une certaine régularité, à des intervalles de quelques semaines à quelques mois, et peuvent se reproduire pendant des années. Elle frappe tantôt un seul, tantôt les deux yeux. L'œil malade présente une forte rougeur et un gonflement œdémateux du tissu épiscléral et de la conjonctive sus-jacente. Souvent l'inflammation est localisée dans une portion de l'hémisphère antérieur du globe, ou débute par un secteur pour de là s'étendre. Dans les cas graves, on constate un rétrécissement de la pupille et une crampe du muscle ciliaire (myopie passagère). Les douleurs sont tantôt faibles, tantôt assez fortes. D'ordinaire, l'affection se termine en quelques jours et l'œil redevient normal ; elle est donc sans danger, mais est pénible à cause de ses nombreuses récurrences. Elle est rare et frappe habituellement les personnes d'un âge moyen, tantôt sans cause connue, tantôt sous l'influence d'une diathèse rhumatismale ou goutteuse. La quinine, le salicylate de soude et un traitement anti-arthritique se montrent utiles ; mais bien des cas défient tout traitement.

II. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA SCLÉROTIQUE.

§ 53. *Plaies perforantes du globe.* — Les lésions de cette espèce, que nous avons appris à connaître en ce qui concerne la conjonctive et la cornée, peuvent atteindre également la sclérotique. La première question qu'il faut se poser en présence d'une blessure est celle-ci : y a-t-il ou non perforation des enveloppes de l'œil ? la seconde en cas, de perforation : y a-t-il un corps étranger dans l'œil ?

Toute *plaie perforante* doit être, en soi, considérée comme grave, parce que, avec la perforation, existe le risque d'une infection de l'intérieur de l'œil ; or celle-ci conduit presque toujours à une inflammation grave, très préjudiciable à l'œil. Ces considérations s'appliquent aux plaies qui perforent la cornée aussi bien qu'à celles qui traversent la sclérotique ; aussi ce qui suit se rapporte aux deux genres de blessures.

Les *symptômes* les plus importants d'une perforation sont :

a) La diminution de la pression intraoculaire. Ce symptôme acquiert une valeur toute spéciale dans les petites blessures de la sclérotique, recouvertes par des ecchymoses conjonctivales et soustraites par conséquent à l'inspection directe. La diminution de la pression intraoculaire n'existe naturellement que tant que la blessure n'est pas fermée ;

b) Si la perforation se trouve au niveau de la chambre antérieure, celle-ci est moins profonde ou complètement abolie, aussi longtemps que la blessure n'est pas fermée ;

c) Lorsque la blessure est un peu plus grande, la perforation se trahit par la hernie des tissus sous-jacents. Le plus souvent on voit l'uvée se présenter dans l'ouverture de la plaie, sous forme d'une masse pigmentée noire. Suivant la situation de la plaie, la masse herniée appartient soit à l'iris, soit au corps ciliaire, soit à la choroïde. Quand ces deux derniers organes sont déchirés, on voit un peu de corps vitré qui se présente dans la plaie. — Il n'est pas rare non plus d'observer des hémorragies dans l'intérieur de l'œil, ce qui peut exister aussi quand il y a contusion sans perforation. Le sang épanché dans la chambre antérieure va d'habitude se collecter bientôt à la partie inférieure de la chambre, qu'il remplit plus ou moins à la façon d'un hypopyon et en se limitant en haut par une ligne horizontale — *hyphéma* (1). La présence du sang dans le corps vitré se trahit souvent par un reflet rougeâtre de la pupille — *hémophtalmie*.

Les plaies perforantes de la sclérotique peuvent être des sections, des piqûres ou des déchirures. Aux deux premiers groupes appartiennent, indépendamment des plaies opératoires, toutes celles qui sont produites par l'introduction de corps étrangers pointus ou tranchants. Les plaies à bords déchiquetés sont le plus souvent le résultat d'une *rupture* de la sclérotique. Elle est souvent la conséquence d'une action contondante sur l'œil — contusion — par exemple d'un coup de poing ou de canne, de la projection sur l'œil d'une pierre, d'un gros morceau de bois ou de métal, d'un coup de corne de vache (pas rare chez les campagnards), d'un choc de l'œil contre quelque corps saillant, etc. La rupture de la sclérotique est toujours assez longue, arciforme et siège près du bord cornéen, auquel elle est concentrique. C'est au bord supérieur de la cornée que l'on observe le plus grand nombre de ruptures (fig. 99). — En règle générale, il n'y a pas seulement rupture de la sclérotique ; d'habitude une partie du contenu du globe oculaire, en particulier le cristallin, est expulsée de l'œil ; dans la plaie on voit souvent aussi le corps vitré faire hernie. L'iris, au niveau de la lésion, semble manquer, comme si, par

(1) De ἕρῶ, et αἷμα, sang.

une iridectomie, il avait été excisé à cet endroit (voir § 73). Souvent, par suite de sa grande extensibilité, la conjonctive reste intacte sur la sclérotique déchirée. Alors il arrive parfois que l'on trouve le cristallin expulsé, logé sous la conjonctive (fig. 102).

La marche ultérieure d'une plaie perforante est différente selon qu'un corps étranger est resté logé dans l'œil ou non. Supposons d'abord qu'il n'en est pas resté. Alors il faut considérer uniquement la cicatrisation de la plaie. Or, pour cela, il est très important de savoir si le traumatisme a

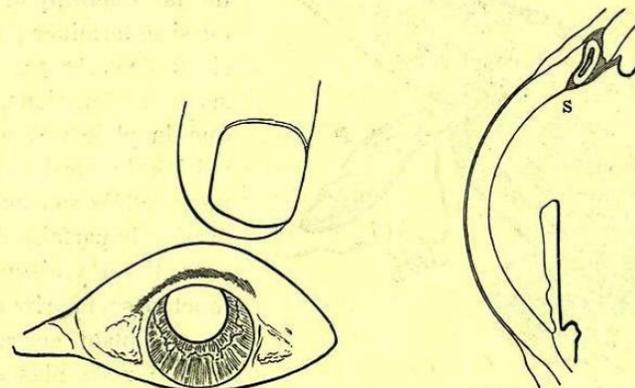


FIG. 99.

FIG. 100.

FIG. 99 — Rupture de la sclérotique. Œil frappé, trente ans auparavant, par une pierre ; la rupture s'est guérie avec conservation de la vision. On reconnaît la place de la déchirure à une ligne courbe grisâtre (cicatrice) qui court concentriquement au bord supérieur de la cornée. La cornée est transparente, la chambre antérieure un peu trop profonde. La pupille est reportée en totalité vers le haut (le bord inférieur de la pupille se trouve presque en face du centre de la cornée) et s'étend jusqu'au bord supérieur de la cornée. On peut suivre le petit cercle de l'iris aux deux côtés du colobome jusque derrière le limbe. De chaque côté de la cornée une pinguécula.

FIG. 100. — Coupe du même cas. Gross. 3/1. — La déchirure va du canal de Schlemm *s* obliquement en haut et en arrière, de telle sorte que la cicatrice, vue de l'extérieur, siège à 2 millimètres en arrière du limbe, dans la sclérotique. Les lèvres de la plaie sont écartées ; entre elles se trouve un tissu cicatriciel qui contient l'iris. Celui-ci est détaché de son insertion du corps ciliaire et enroulé sur lui-même ; la coupe l'a rencontré par hasard, de telle façon qu'il se montre sous la forme d'un anneau fermé, tapissé, à sa face interne, par le revêtement pigmentaire rétinien de l'iris bien visible. Le corps ciliaire, à son insertion, est un peu déchiré et le tissu cicatriciel pénètre dans la fente ainsi produite.

été suivi ou non d'une infection de la plaie. En effet, de là dépend que la guérison soit ou non accompagnée d'inflammation.

a) La *guérison sans inflammation* ne peut survenir qu'au cas où la plaie n'est pas infectée. Les conditions les plus favorables sont celles qui accompagnent les plaies faites par des instruments pointus ou tranchants, comme, par exemple, celles qui sont produites par les opérations. Ici, l'on a soin d'empêcher qu'aucun tissu étranger, tel que le corps vitré ou l'uvée, ne reste enclavé dans la plaie. Mais alors même que cet enclavement aurait lieu, la guérison sans inflammation est encore possible, bien qu'alors les lèvres de la plaie ne puissent pas se réunir par première intention, puisqu'elle ne se touchent pas. Le tissu de l'uvée et du corps

vitré enclavé dans la plaie se transforme peu à peu en tissu cicatriciel et prend ainsi part à la cicatrisation définitive de la plaie. Naturellement, ces tissus restent pour toujours fixés dans la cicatrice, ce qui entraîne souvent des suites fâcheuses pour l'avenir. De la même manière, c'est-à-dire par l'interposition de tissu cicatriciel entre les lèvres de la plaie et

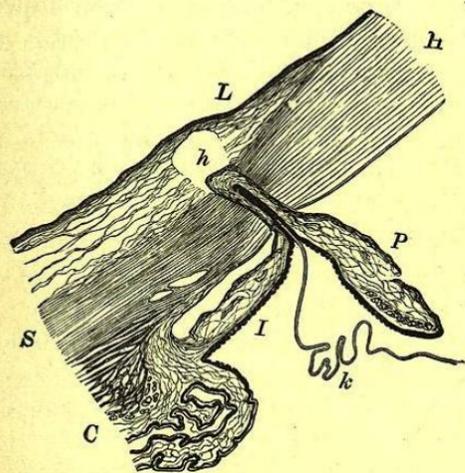


FIG. 101. — Enclavement de l'iris avec cicatrice cystoïde, après une extraction de cataracte sénile. Gross. 13/1. — La plaie d'extraction coupe la limite de la sclérotique S et de la cornée H, de façon à occuper la sclérotique par sa moitié antérieure, la cornée par sa moitié postérieure. A cause de l'interposition de l'iris I, les lèvres de la plaie ne se sont pas réunies; aussi le canal de la plaie s'étend, sous forme d'une cavité creuse h, jusque dans le tissu de la conjonctive du limbe L. Il en résulte que la plaie n'est fermée du côté externe que par une fort mince couche de conjonctive, qui, en raison de la cavité sous-jacente, ressemble à une vésicule. Par suite de son enclavement, l'iris a été replié sur lui-même à l'intérieur de la plaie, et son point de réflexion répond aux couches externes de la sclérotique. Dans sa portion périphérique, l'iris est tendu en ligne droite du point d'enclavement au corps ciliaire C, de telle façon que la chambre antérieure est réduite à une mince fente; l'angle irido-cornéen est cependant demeuré libre. De la cicatrice sort la portion pupillaire de l'iris P, qui flotte librement dans l'humeur aqueuse. On remarque, à sa face antérieure, l'orifice d'une crypte; près de sa face postérieure, la coupe du sphincter pupillaire. En même temps que l'iris, on voit, enclavée dans la cicatrice, la cristalloïde k, fortement plissée.

le nom de *cicatrice cystoïde* (voir p. 142). Cette espèce de cicatrice s'observe principalement après une opération (extraction de la cataracte et iridectomie);

b) Les plaies perforantes de la sclérotique sont accompagnées d'une inflammation violente, quand il existe une infection de la plaie ou des parties internes de l'œil. L'infection est primitive, c'est-à-dire produite par le corps vulnérant lui-même lorsqu'il est sale et porteur de germes

et sans inflammation, certaines plaies par déchirement, par exemple après une rupture de la sclérotique, peuvent aussi se terminer par la guérison, de sorte que l'œil conserve ses fonctions. — Lorsque la plaie scléroticale est voisine du bord cornéen, on observe très souvent une occlusion imparfaite de la blessure. Il est vrai que la conjonctive se cicatrise au-dessus de la plaie sclérotale, mais celle-ci reste plus ou moins béante. C'est le cas d'habitude quand l'iris ou la capsule du cristallin s'interpose entre les lèvres de la plaie et s'oppose à la réunion immédiate de celles-ci. A travers l'ouverture, il suinte constamment de l'humeur aqueuse, qui fuse sous la conjonctive. Celle-ci y est ou bien œdémateuse, ou bien soulevée sous forme d'une vésicule cystoïde bien limitée (fig. 101). On désigne cet état, d'après Graefe, sous

infectieux, ou bien secondaire lorsque l'ouverture des enveloppes du globe sert de porte d'entrée aux germes septiques, provenant notamment du sac conjonctival. L'intérieur de l'œil est particulièrement susceptible de s'infecter, car il représente un terrain de culture favorable pour diverses espèces de schizomycètes. — L'inflammation se localise particulièrement à l'uvéa. Dans les cas les plus aigus, l'inflammation devient suppurative, et elle provoque une fonte purulente de l'œil tout entier — panophtalmite. Dans les cas moins graves, il survient une iridocyclite plastique, c'est-à-dire que, sous l'influence de l'inflammation, l'iris et le corps ciliaire produisent un exsudat, qui s'organise plus tard sous forme de fausses membranes. Dans ce cas encore, l'œil est le plus souvent perdu. Seulement la marche n'est pas aussi foudroyante que dans la panophtalmite, mais l'œil se perd par une inflammation de longue durée. Les exsudats s'organisent et, par leur rétraction, diminuent le volume de l'œil — atrophie du globe. Cette dernière terminaison d'une lésion traumatique est encore plus dangereuse pour le patient que la panophtalmite, parce qu'elle provoque très souvent une inflammation sympathique dans l'autre œil, ce qui n'est pas le cas pour la panophtalmite.

CORPS ÉTRANGERS DANS L'OEIL. — Par la présence d'un corps étranger dans l'intérieur de l'œil, toute lésion traumatique, si légère qu'elle soit, devient grave, car le plus souvent elle entraîne la perte de l'œil. Il faut donc, à l'occasion de toute lésion traumatique perforante, se poser aussitôt la question de savoir si un corps étranger est ou non resté dans l'œil. Dans le plus grand nombre de cas, les commémoratifs fournissent d'importants renseignements. Ainsi, par exemple, si quelqu'un s'est blessé l'œil avec des ciseaux, on ne soupçonnera pas la présence d'un corps étranger dans l'œil; au contraire, elle devient très probable, si quelqu'un porte une plaie perforante de l'œil produite par l'explosion d'une capsule ou en frappant sur du fer, etc. — La nature des corps étrangers dont il est question ici est extraordinairement variée. Le plus souvent ce sont de fines paillettes qui peuvent perforer la sclérotique avec leurs pointes et leurs arêtes vives. Tels sont des éclats de métal, de verre, des fragments de pierre, plus rarement de petits morceaux de bois, etc. Le corps étranger peut siéger dans toutes les parties de l'œil. Il peut même, s'il possède assez de force de projection, transpercer d'outre en outre le globe oculaire et aller se loger dans le tissu orbitaire, du côté opposé au point d'entrée. Il est souvent très difficile de savoir au juste où siège le corps étranger dans l'œil. D'abord, on ne parvient, en général, à voir directement le corps étranger, qu'aussitôt après la lésion, et même alors l'épanchement de sang rend souvent impossible

l'inspection de l'intérieur de l'œil. Plus tard, la difficulté ne fait que grandir, parce que les milieux ne tardent pas à s'opacifier et que les exsudats, qui enveloppent le corps étranger, le cachent. S'il s'agit d'un corps étranger de dimensions par trop faibles, on peut le déceler et le localiser au moyen des rayons de Röntgen ; pour les paillettes de fer, on a recours à une aiguille aimantée très sensible (sidéroscope). Si ces moyens ne peuvent être employés, on se basera sur la direction que le corps a prise sur le siège de la plaie, sur la sensibilité de certaines parties de l'œil au toucher, sur la présence, dans le champ visuel, d'un défaut circonscrit (scotome), etc.

La présence d'un corps étranger dans l'intérieur de l'œil entraîne presque toujours la perte de l'œil. Rarement il arrive que le corps étranger reste dans l'œil sans provoquer à la longue une inflammation. Alors il y demeure en liberté, ou bien il s'y enkyste dans un exsudat organisé. Cependant, alors encore, ces yeux ne sont pas exempts du danger de devenir — parfois même après des années — tout à coup le siège d'une inflammation capable de les détruire. Mais, dans l'immense majorité des cas, l'inflammation survient immédiatement après la lésion. Comme dans le cas de plaies simplement perforantes, cette inflammation est une panophtalmite ou une iridocyclite plastique.

Le pronostic des plaies perforantes du globe se déduit de ce qui précède. Il est toujours très sérieux, car la plus petite piqûre produite par une fine aiguille peut entraîner la suppuration du globe lorsque l'aiguille est infectée. Comme le plus souvent on ignore si le corps vulnérant est ou non aseptique, que, d'autre part, les conséquences d'une infection ne s'observent qu'au bout de quelques jours, il faut, au commencement, être prudent dans son pronostic. — En général, on basera le pronostic sur l'état de la plaie et la présence d'un corps étranger dans l'œil. En ce qui concerne l'état de la plaie, il faut considérer sa situation, son étendue et la nature de ses bords. Ensuite il faut rechercher si les membranes internes de l'œil font ou non hernie dans la plaie, si du corps vitré s'est écoulé, et, dans l'affirmative, quelle en est la quantité. Les grandes plaies, accompagnées de prolapsus étendu des membranes internes de l'œil, sont toujours suivies d'inflammation et de rétraction du globe oculaire. En ce qui regarde le corps étranger, il est souvent difficile de se prononcer. Toutefois, l'on peut affirmer que, si dans l'œil se trouve un corps étranger qui ne peut pas en être promptement extrait, l'organe est presque toujours perdu. Quand on établit le pronostic, il ne faut pas oublier non plus de compter avec le danger que court l'autre œil d'être envahi par une inflammation sympathique.

§ 54. TRAITEMENT. — Lorsqu'on a à traiter une plaie perforante récente

tellement étendue que l'on n'a aucun espoir de lui conserver un œil utilisable, on propose au patient de lui énucléer l'œil aussitôt (énucléation primitive). On lui épargne ainsi de longues souffrances et on le met à l'abri d'une ophtalmie sympathique éventuelle de l'autre œil.

Si la blessure est telle que l'on garde l'espoir de sauver la vue de cet œil, et si l'on n'a pas de raisons de croire à la présence d'un corps étranger dans cet organe, on nettoie la plaie et on la désinfecte en l'aspergeant avec un liquide antiseptique. Si l'iris fait hernie dans la plaie, ce qui ne se voit que dans les plaies de la cornée ou de la partie antérieure de la sclérotique, il faut l'exciser avec soin. Si, au contraire, c'est le corps ciliaire ou la choroïde qui font hernie, il faut se garder de les exciser, car aussitôt le corps vitré ferait prolapsus. Les petites plaies se cicatrisent rapidement et spontanément ; les grandes plaies béantes de la sclérotique, au contraire, doivent être suturées. A cet effet, on passe la suture dans la sclérotique elle-même et rien que dans les couches superficielles, ou bien seulement dans la conjonctive. Quand on a pansé la plaie, on instille de l'atropine, on met le malade au lit et on lui applique un bandeau ; s'il y a des signes d'inflammation, on fait des compresses glacées. Voit-on, malgré tout, survenir une grave iridocyclite et constate-t-on que la vue se perd peu à peu, on pratique l'énucléation (secondaire). Dans ce cas, il est bon de ne pas trop tarder (pas plus que deux ou trois semaines après le traumatisme), sans quoi on pourrait être surpris par une ophtalmie sympathique éclatant à l'autre œil.

Quand un corps étranger se trouve dans l'œil, celui-ci est à peu près certainement perdu, si l'on ne parvient pas à extraire le corps étranger. Il faut donc avant tout chercher à procéder à cette extraction. Mais une condition indispensable pour cela, c'est d'en connaître la situation, tout au moins approximativement (abstraction faite des copeaux de fer qu'on peut extraire avec l'aimant, même sans en connaître la position). Quand la plaie est grande et qu'elle est béante, on peut y introduire un instrument bien désinfecté et tâcher de saisir le corps étranger. Si la plaie ne s'y prête pas, soit qu'elle est déjà fermée, soit que, par sa situation ou son peu d'étendue, elle présente des conditions défavorables, mieux vaut alors pratiquer une nouvelle plaie. Suivant la situation du corps étranger, on place celle-ci dans la cornée ou dans la sclérotique. Dans le dernier cas, il faut éviter de blesser la région du corps ciliaire et faire tomber l'incision plus en arrière. Celle-ci doit d'ailleurs être faite dans la direction méridienne (d'avant en arrière), parce que les plaies ainsi dirigées sont celles qui rencontrent le moins de vaisseaux et qui s'entre-baissent le moins. Alors, à travers la nouvelle plaie, on dirige un instrument vers le

corps étranger. Mais, pour le saisir et l'extraire, on rencontre souvent de grandes difficultés et le plus souvent on ne réussit pas. Ceux qui donnent les meilleures chances de réussite sont d'abord ceux situés dans la chambre antérieure, parce qu'on peut se guider par la vue pour les enlever, ensuite les éclats de fer, que l'on peut extraire au moyen d'un électro-aimant, dont on introduit l'extrémité à travers la plaie dans l'intérieur de l'œil.

Si l'on prévoit qu'on ne pourra extraire le corps étranger, l'on peut essayer d'attendre un certain temps, pour voir si, peut-être, l'œil ne le supportera pas sans s'enflammer. Ceci est notamment le cas lorsque le corps étranger se trouve dans le cristallin. Celui-ci alors se trouble, et plus tard, après la disparition de tous les symptômes inflammatoires, on peut l'extraire avec le corps étranger en pratiquant l'opération de la cataracte. — Dès qu'une iridocyclite plastique s'est déclarée, il ne faut, en général, plus conseiller de faire des tentatives d'extraction, l'énucléation seule est alors indiquée.

Les lésions traumatiques de l'œil sont très fréquemment suivies d'épanchement sanguin dans l'intérieur de l'œil (chambre antérieure et corps vitré). D'ailleurs, on observe encore de semblables épanchements, sans lésions traumatiques, par suite d'une inflammation, et même sans cause connue. Dans la chambre antérieure, le sang descend au fond et finit par se résorber. Dans un œil normal, le sang d'une hémorragie légère peut disparaître entièrement au bout de vingt-quatre heures. La résorption n'est pas aussi rapide lorsqu'il y a beaucoup de sang dans la chambre antérieure, surtout lorsque l'œil est d'ailleurs malade, et qu'ainsi ses échanges nutritifs ne se font pas normalement. Le sang épanché dans la chambre antérieure devient d'autant plus noir qu'il s'y trouve depuis un temps plus long. C'est ainsi que, dans les cas où l'hémorragie dans la chambre antérieure se répète au bout d'un certain temps, l'on peut voir un hyphéma formé de deux couches différemment colorées : la couche inférieure, plus foncée, provient de la première hémorragie ; la couche supérieure, plus claire, est formée par l'hémorragie récente. Les vieux épanchements sanguins gagnent quelquefois une teinte brune, même noire ou vert sale, et la cornée peut même prendre la même coloration (voir p. 244).

Quand le sang séjourne pendant longtemps dans la chambre antérieure, il peut devenir le point de départ de la formation d'un nouveau tissu, particulièrement lorsque l'œil est en même temps le siège d'une inflammation. De cette manière, il n'est pas rare que le succès des opérations (iridectomie et iridotomie) pratiquées dans le but de rétablir une pupille libre soit compromis. Le sang épanché par suite de l'opération recouvre l'ouverture que l'opérateur a pratiquée et devient la cause d'une occlusion ultérieure par formation d'une membrane.

Le sang épanché dans le corps vitré s'y trouve sous forme de flocons ou de petites masses. Vus à l'ophtalmoscope, ils paraissent noirs ou légèrement rougeâtres. S'ils occupent le segment antérieur du corps vitré, lorsque la pupille est suffisamment dilatée, on les reconnaît déjà, par l'éclairage latéral, au reflet rouge sombre venant du fond de l'œil. Le sang épanché dans le corps vitré met beaucoup de temps à se résorber complètement. Si l'hémorragie a été abondante, le corps vitré reste le siège permanent d'opacités considérables qui gênent notablement la vision.

Dans quelques cas d'hémorragie traumatique du corps vitré, j'ai remarqué que, quelque temps après le traumatisme, la substance colorante du sang s'était dissoute tout à coup dans les humeurs oculaires et répandue aussitôt dans tout l'œil. L'humeur aqueuse était alors colorée en rouge, et l'iris apparaissait comme vu à travers un verre rouge rubis.

Les plaies perforantes de la cornée sont, en général, moins dangereuses que celles de la sclérotique. Il semble que les plaies de la cornée s'infectent moins facilement, ce qui tient, sans doute, à ce que l'humeur aqueuse, en jaillissant hors de l'œil, entraîne les germes déposés dans la plaie. C'est ainsi que l'on observe principalement l'ulcère serpigneux après les traumatismes superficiels de la cornée et rarement, au contraire, à la suite de plaies profondes perforantes. Un autre motif encore, qui peut rendre le danger des plaies perforantes de la sclérotique plus grand aussi, c'est qu'elles découvrent le corps ciliaire et la choroïde, deux organes très sujets à s'enflammer. Enfin le prolapsus du corps vitré constitue également une condition favorable à l'infection. En effet, le corps vitré représente un milieu de culture dans lequel les microorganismes se développent d'une manière extraordinairement rapide. Le corps vitré qui fait hernie hors de la plaie, dès qu'il se trouve hors de l'œil, se trouble peu à peu, de façon à prendre l'aspect d'un flocon de mucus, solidement fixé à la plaie. Il se passe souvent plusieurs semaines avant que ce flocon se détache.

La rupture de la sclérotique est la conséquence d'un coup frappant l'œil directement ou indirectement, c'est-à-dire que le corps contondant, la pointe de la corne d'une vache par exemple, pénètre entre la paroi orbitaire et le globe oculaire et comprime ce dernier contre la paroi orbitaire opposée. Dans cet œil comprimé, le contenu est soumis brusquement à une pression telle que les parois éclatent. Cette déchirure se fait de dedans en dehors et commence dans la région du canal de Schlemm, parce qu'à ce niveau les couches internes solides de la sclérotique se continuent dans les fines lamelles du ligament pectiné (fig. 98), et qu'ainsi la résistance de la sclérotique est diminuée en ce point. Du canal de Schlemm, la déchirure de la sclérotique se propage tantôt perpendiculairement, tantôt obliquement en arrière, auquel cas l'orifice superficiel de la déchirure se trouve quelques millimètres en arrière de la cornée. La fréquence des déchirures en haut et en dedans est due à la présence de la poulie du grand oblique, qui forme dans l'angle supéro-interne de l'orbite une saillie osseuse (fig. 241 et 242, T). Quand le globe est pressé vers l'angle supéro-interne de l'orbite par une force venant d'en bas