

et en dehors, la poulie appuie sur la sclérotique et fait que la déchirure débute dans ce méridien (Müller).

Les ruptures de la sclérotique sont des blessures aussi graves, parce que la force, qui est suffisante à faire éclater l'œil, produit toujours également, à l'intérieur de celui-ci, d'autres lésions. L'iris (fig. 102, *b*), dans l'étendue de la

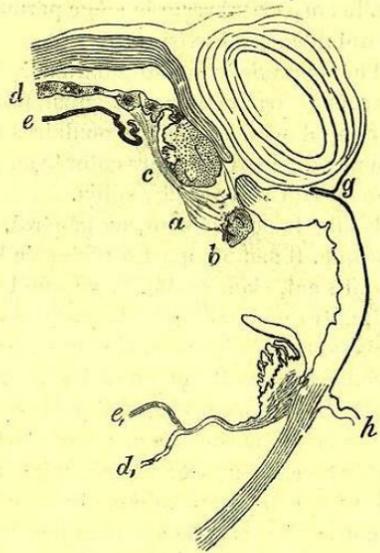


FIG. 102. — Rupture de la sclérotique et luxation sous conjonctivale du cristallin. Gross. 3/1. — Coupe verticale d'un œil qui, sept semaines avant l'énucléation, avait été blessé d'un coup de corne de veau. La déchirure dans la sclérotique siège près du bord supérieur de la cornée, pas tout à fait à 1 millimètre en arrière de la limite scléro-cornéenne, de façon que la lèvre inférieure de la plaie porte encore un mince liséré de sclérotique. La déchirure est entr'ouverte de 1 millimètre environ et est occupée par un tissu cicatriciel délicat, qui de là s'étend en arrière à l'intérieur de l'œil, *a*, et s'interpose entre le corps ciliaire et l'iris. Celui-ci, *b*, est, au niveau de la rupture, détaché du corps ciliaire (iridodialyse) et enroulé en une petite masse, comme dans la figure 100. Le corps ciliaire *c*, également très altéré, se trouve derrière le bord supérieur de la plaie. Il se continue dans la choroïde *d*, qui montre une vive infiltration inflammatoire autour de ses gros vaisseaux sanguins. La rétine *e* est décollée jusqu'à l'*ora serrata* et, en cet endroit, plusieurs fois plissée. En dessous de la déchirure se voit, sur la coupe, la cornée, rétractée dans le sens vertical et par suite plissée à sa face postérieure. A la partie inférieure de l'œil, le corps ciliaire est augmenté de volume, et l'iris est reporté en arrière au point de s'appliquer en partie contre le corps ciliaire. Les décollements de la choroïde *d'* et de la rétine *e'*, dans la partie inférieure de la coupe, n'existaient pas sur le vivant, ils sont dus à la préparation. — La rupture de la sclérotique est recouverte en avant par une masse, qui, par sa structure en lamelles concentriques, laisse deviner qu'il s'agit du cristallin; il sépare de la sclérotique, jusqu'au limbe *g*, la conjonctive *f* qui le recouvre; *h*, reste de la conjonctive au bord inférieur de la cornée.

déchirure de la sclérotique, est presque toujours arraché de son insertion (iridodialyse) et, ou bien enclavé dans la plaie, ou bien poussé sous la conjonctive et soudé à celle-ci. L'œil montre alors un colobome répondant à la plaie sclérale. La partie de l'iris demeurée dans l'œil est d'habitude fortement repoussée en arrière (fig. 102, à la partie inférieure), et par conséquent la chambre antérieure gagne une profondeur inaccoutumée, particulièrement si le cristallin et une partie du corps vitré ont été expulsés. Dans nombre de cas, un fragment de l'iris ou l'iris entier est arraché hors de l'œil. Il est

extrêmement rare que le cristallin garde sa situation normale. Souvent il est projeté à travers la plaie hors de l'œil, et il se loge sous la conjonctive, si celle-ci est restée intacte (fig. 102). Fréquemment le corps vitré est abondamment infiltré de sang; en outre, il peut exister une déchirure ou un décollement de la rétine ou de la choroïde par une hémorragie sous-jacente. Outre la gravité du traumatisme, existe encore le danger d'une infection ultérieure de la plaie; aussi comprend-on que la plupart des yeux se perdent après avoir subi une rupture scléroticale. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'une telle blessure se guérit avec conservation d'une vision utile.

Un jour, s'est présenté à ma clinique un campagnard qui avait été frappé par une corne de vache, d'abord à un œil, ensuite, quelques années plus tard, à l'autre. Les deux yeux présentaient, du côté interne, une rupture sclérale cicatrisée, avec un colobome en apparence méthodique de l'iris. Le cristallin manquait des deux côtés, mais le fond de l'œil était normal, et l'acuité visuelle, au moyen de verres à cataracte, était très bonne. Cet homme avait donc subi une double extraction du cristallin, que la vache avait pratiquée avec plus de succès que beaucoup d'opérateurs n'ont l'habitude d'en avoir dans leurs interventions (Rupture de la cornée, voir p. 235).

Le pronostic défavorable des plaies perforantes de la sclérotique, en général, s'étend même en partie aux cas guéris depuis peu par une cicatrice lisse. Souvent, en effet, des yeux, qui, après la guérison de la lésion, ont conservé une bonne acuité visuelle, deviennent plus tard aveugles par suite de modifications secondaires, qui sont la conséquence de la cicatrice sclérale. Quand l'uvée est enclavée dans la cicatrice, elle peut subir un tiraillement qui donne lieu à une irritation continuelle; de même, de cette plaie peuvent partir des inflammations répétées et même une iridocyclite sympathique de l'autre œil.

Quand la plaie sclérale est située plus en arrière, c'est-à-dire au niveau de la rétine, celle-ci peut se fixer dans la cicatrice. Alors, par la rétraction que subit ultérieurement le tissu cicatriciel, la rétine est de plus en plus attirée dans la plaie, de façon qu'elle se détache du tissu sous-jacent; l'œil devient aveugle par décollement de la rétine (v. Græfe). C'est de cette manière que se perdent beaucoup d'yeux auxquels on a pratiqué une incision de la sclérotique en apparence avec le plus complet succès, par exemple pour extraire un corps étranger ou un cysticerque. Un autre danger qui menace ces yeux, c'est que les cicatrices sclérales deviennent fréquemment ectatiques et qu'elles amènent la formation de staphylômes de la sclérotique.

Le pronostic est presque absolument mauvais lorsqu'un corps étranger est demeuré dans l'œil. Néanmoins, l'on connaît toute une série de cas où un corps étranger est resté dans l'œil pendant des années, sans provoquer aucun inconvénient. Cependant, eu égard à l'extrême fréquence de ces lésions, le nombre des cas heureux est absolument insignifiant, et même alors l'œil ne doit pas être considéré comme hors de danger. Comme exemple, je citerai le cas suivant, que j'ai observé moi-même: une jeune fille de vingt-

cinq ans est blessée par l'explosion, à côté d'elle, de la capsule d'un fusil d'enfant. Un fragment de l'enveloppe de cuivre de la capsule perce la cornée et pénètre dans l'œil gauche; on pouvait l'y voir sur la partie inférieure de l'iris. Immédiatement après la lésion survint une iritis, mais qui guérit au bout de quelques semaines, avec persistance de nombreuses synéchies. Depuis ce moment, l'œil était exempt d'inflammation, et il avait regagné une bonne acuité visuelle. Le petit fragment métallique, long de 1 millimètre environ, se voyait toujours sur l'iris; seulement il avait peu à peu pris une teinte noire. Ce n'est que dix années après la lésion, que la vision commença à diminuer et que la malade fut incommodée par la vue d'étincelles. En outre, elle se plaignit que les objets qu'elle voulait fixer paraissaient se mouvoir et avaient des contours sinueux, de façon, par exemple qu'une ligne droite lui paraissait ondulée. L'œil cependant était encore libre de toute inflammation; seulement, après un examen un peu long, on pouvait y remarquer une légère injection ciliaire. A l'ophtalmoscope, on ne pouvait observer d'autre altération qu'une décoloration de la moitié inférieure du fond de l'œil, qui, au lieu de la teinte d'un beau rouge que présentait la moitié supérieure, paraissait légèrement grisâtre. J'admis qu'il s'agissait ici d'un commencement de décollement rétinien. Le tiraillement subi par la rétine décollée donnait l'explication de la vue des étincelles; le flottement de la rétine, celle du mouvement apparent des objets. Quant à l'apparence ondulée des lignes droites, il fallait l'attribuer aux différences de niveau de la rétine soulevée. Le décollement rétinien était probablement le fait d'un vieil exsudat situé dans la partie inférieure du globe oculaire, en partie sur le corps ciliaire et en partie sur la partie antérieure de la rétine. Cet exsudat, en se rétractant peu à peu, avait attiré la rétine de plus en plus. Je n'ai pas eu l'occasion de revoir la malade dans la suite, mais il n'est pas difficile de prévoir, avec infiniment de probabilité, quel aura été le sort de l'œil de cette femme. D'abord le décollement rétinien n'aura pas tardé à devenir complet; ensuite l'irritation subie par le corps ciliaire aura provoqué plus tard le développement d'une iridocyclite. Au bout de quelque temps, l'œil aura été complètement aveugle, ramolli, et sera devenu le siège de douleurs et d'inflammations fréquemment répétées. Peut-être l'autre œil aura-t-il été envahi également par une inflammation sympathique.

Par une série d'expériences sur les animaux, Leber est parvenu à trouver pourquoi la présence d'un corps étranger dans l'œil provoque généralement une inflammation grave. D'après lui, l'inflammation est le résultat soit de la présence des microorganismes, introduits dans l'œil en même temps que le corps étranger, ou fournis postérieurement par le sac conjonctival, soit de l'irritation chimique exercée sur les tissus par les corps étrangers à action chimique irritante. Ainsi, par exemple, il est possible de provoquer une inflammation suppurative, en introduisant dans la chambre antérieure des fragments de cuivre et mieux encore des particules de mercure tout à fait aseptiques. Cela prouve donc que l'introduction de microorganismes dans l'œil n'est pas absolument nécessaire. Les observations faites chez l'homme

sont d'accord, en général, avec les faits expérimentaux. La question de savoir si le corps étranger introduit dans l'œil sera ou non bien supporté dépend des circonstances suivantes: 1° avant tout, de son état d'asepsie. Les petits copeaux métalliques sont d'habitude aseptiques quand ils ont été détachés par un coup de marteau ou au tour, parce qu'il se sont fortement échauffés et ainsi stérilisés. Les éclats plus volumineux ne peuvent être portés à une température telle qu'ils soient complètement stérilisés, et ils donnent ainsi un mauvais pronostic, même si on les extrait rapidement de l'œil; 2° de sa nature chimique. Ainsi des corps chimiquement indifférents, tels que des éclats de verre, aseptiques au moment où ils s'introduisent dans l'œil, sont ceux qui y séjournent le plus facilement sans plus d'inconvénients. Mais il n'en est pas de même des éclats métalliques, qui sont les corps qui blessent l'œil le plus fréquemment. Ces corps provoquent presque toujours une inflammation grave, même s'ils sont stériles, parce qu'ils se dissolvent peu à peu dans les tissus de l'œil en s'oxydant et causent une irritation chimique. Ceci s'applique au fer, mais plus encore au cuivre. Quant aux métaux indifférents sous ce rapport, tels les métaux nobles, il est relativement rare qu'ils pénètrent dans l'œil; 3° chacun des tissus de l'œil présente un degré de tolérance différent pour les corps étrangers. C'est l'uvée et notamment l'iris et le corps ciliaire qui réagissent le plus violemment à l'occasion de toute espèce de traumatisme. Au contraire, le cristallin, sans doute en raison de la lenteur de ses échanges nutritifs, est, de toutes les parties de l'œil, celle qui supporte comparativement le mieux les corps étrangers. Si, par exemple, un petit éclat de fer s'est glissé dans le cristallin, celui-ci se trouble sans doute, mais souvent il ne se produit pas d'inflammation. Seulement, dans ce cas, le cristallin prend parfois une teinte brune, à cause de l'oxyde de fer qui s'y forme. Cette coloration affecte de préférence la forme de petits points d'un brun de rouille, situés sous la cristalloïde antérieure et rangés en une petite couronne, qui répond à peu près au bord de la pupille dilatée (Samelsohn). Plus tard, cette pigmentation peut se propager à l'iris, qui, s'il était auparavant gris ou bleu, gagne une coloration rouillée. L'imprégnation par le fer s'étend même à d'autres tissus de l'œil, particulièrement à la rétine, qui s'atrophie peu à peu, de telle sorte que, même dans ces cas où le copeau est supporté sans inflammation, la vue peut finalement se perdre (Hippel jun.). On donne le nom de *sidérose* (σιδηρος, fer) à cette imprégnation des tissus par le fer. Les petits éclats de fer peuvent même, à la longue, se dissoudre complètement par oxydation.

Les traumatismes perforants de l'œil sont très fréquents dans la classe ouvrière; ils y fournissent un notable contingent d'aveugles. Ce fait est surtout vrai pour les contrées industrielles. Nous pouvons nous faire une bonne idée de la fréquence des lésions traumatiques auxquelles les yeux des ouvriers sont exposés, par les renseignements suivants fournis par Cohn. Annuellement, sur les 1.283 ouvriers métallurgistes occupés dans six usines, chacun a subi en moyenne de deux à trois lésions traumatiques des yeux. Sans doute, l'immense majorité des lésions étaient peu graves;

le plus grand nombre des cas consistaient simplement dans l'introduction de petits éclats métalliques dans les couches superficielles de la cornée; le plus souvent on pouvait déjà les extraire dans la fabrique même. Près de la moitié des ouvriers cependant étaient obligés de recourir à l'aide du médecin. L'acuité visuelle de 28 d'entre eux était partiellement perdue, et 16 avaient complètement perdu un œil par suite de blessure. N'y a-t-il donc aucun moyen de prévenir des lésions d'une si effrayante fréquence? Évidemment, il y a même un moyen très simple, qui consiste à porter des lunettes protectrices. On en a construit en verre et, pour qu'elles soient incassables, en mica ou en toile métallique fine. Malheureusement, l'introduction de l'emploi de ces lunettes, chez les ouvriers qui en ont besoin, se heurte encore toujours aujourd'hui à beaucoup de mauvais vouloir de leur part.

Pour extraire un corps étranger introduit dans l'œil, on a souvent à lutter contre de grandes difficultés, et très fréquemment on ne parvient pas à réussir. Il n'est pas possible d'établir des règles fixes pour indiquer le procédé à suivre, car presque chaque cas présente des particularités propres qui exigent un manuel opératoire spécial. Dans le cas de blessure par un morceau de fer, on se sert de l'aimant. On a imaginé des appareils pour déterminer, dans les cas douteux, si réellement il se trouve dans l'œil un éclat de fer. Le blessé est placé aussi près que possible d'une aiguille aimantée très sensible, qui marque par une déviation la présence d'un fragment de fer dans l'œil (aiguille astatique de Léon Gérard, sidéroscope d'Asmus). En recherchant à quel endroit de la surface de l'œil la déviation est la plus forte, on peut déterminer approximativement la position du fragment métallique. L'aimant sert beaucoup plus souvent à extraire les particules de fer. C'est Mac Keown qui, le premier (en 1874), a eu l'idée d'extraire un fragment de fer, logé dans le corps vitré, à l'aide d'une tige aimantée, introduite par une incision de la sclérotique. Hirschberg a construit le premier *électro-aimant* maniable; c'est celui qu'on emploie généralement. Autour d'une tige de fer doux, est tourné en spirale un fil de cuivre d'une certaine épaisseur; les extrémités de ce fil sont mises en communication avec un puissant élément. Les bouts de la tige de fer, qui dépassent un peu la spirale, sont légèrement recourbés et se terminent en une pointe mousse, destinée à être introduite dans l'intérieur de l'œil. Pour y pénétrer, on passe soit par la plaie elle-même, quand elle est assez grande et qu'elle est encore ouverte, soit par une nouvelle incision pratiquée dans la cornée ou dans la sclérotique, à l'endroit indiqué par le siège du corps étranger.

Depuis quelque temps on se sert également d'aimants très puissants (Haab, Schloesser, Volkmann). On n'introduit pas dans l'œil un aimant de ce volume, mais on se borne à l'appliquer contre lui, car il est à même d'attirer même de petits éclats de fer à une assez grande distance. Ce n'est que rarement que l'on fait servir la plaie d'entrée du corps étranger à son extraction par la pointe de l'électro-aimant. Le plus souvent, il est préférable de présenter la pointe de l'électro-aimant au centre de la cornée, pour attirer le

copeau à travers la pupille dans la chambre antérieure, et de là l'extraire par une incision au bord de la cornée. Le grand électro-aimant possède sur le petit les avantages que: *a)* on ne doit pas faire de section dans la sclérotique, *b)* on ne doit pas connaître exactement le siège du corps étranger, *c)* on réussit à extraire même de très petits éclats de fer.

Indemnité en cas d'accident. — Quand une blessure altère la vision définitivement, le blessé subit un dommage dans sa capacité de travail. En Allemagne d'abord, en Autriche ensuite, la loi sur les accidents du travail a déterminé pour ces cas l'indemnité à payer, si l'accident est arrivé dans une exploitation où l'assurance est obligatoire. Pour évaluer le taux de l'indemnité, on s'adresse à l'avis d'un médecin expert. Celui-ci a pour devoir d'établir: 1° si les altérations de l'œil signalées par le blessé existent réellement et, dans l'affirmative, quelle part revient à l'accident; 2° quel dommage a subi l'ouvrier dans sa capacité de travail.

Pour élucider le premier point, il faut tout d'abord, par un minutieux examen, reconnaître toutes les lésions constatables à l'examen objectif et ensuite examiner le fonctionnement de l'œil par les épreuves visuelles. Si l'on constate des altérations objectives, il faut établir si elles proviennent de la blessure dont il est question. Il faut ici remarquer que la loi ne prévoit d'indemnité que pour les accidents, et non pour les affections qui se sont développées peu à peu sous l'influence du travail, ce que l'on appelle les maladies professionnelles. Donc, si un ouvrier, occupé par exemple à vulcaniser du caoutchouc, perd la vue progressivement par suite d'une amblyopie produite par l'absorption des vapeurs de sulfure de carbone (voir § 104), cet ouvrier n'a droit à aucune indemnité; pourtant, dans des cas de l'espèce, la loi est souvent interprétée dans un sens libéral.

Il est facile de décider si les lésions constatées sont la conséquence du traumatisme, quand on voit le blessé immédiatement après l'accident; si donc le médecin, qui aura à délivrer le certificat, est le même que celui qui a soigné le blessé aussitôt après l'accident. Mais très souvent le médecin qui délivre le certificat voit le sujet pour la première fois, plusieurs mois après qu'il a été blessé. Alors il doit se demander si les lésions qu'il constate ne préexistaient pas à l'accident, ou, dans le cas où elles sont survenues après la blessure, si elles ne dépendent pas d'une maladie apparue fortuitement, immédiatement après l'accident, mais indépendamment de lui. Souvent on ne peut se fier aux renseignements fournis par le sujet; d'une part il faut se mettre en garde contre les allégations de parti pris, d'autre part les malades sont souvent de bonne foi quand ils rapportent par erreur leurs lésions à une blessure antérieure. Ainsi on attribue les maladies des yeux les plus diverses à l'introduction de poussières, même si les altérations sont déjà anciennes, mais ont été méconnues par le patient. Celui-ci se frotte les yeux quand il y a reçu de la poussière, et découvre qu'en fermant un œil, il ne voit rien ou presque rien de l'autre; il s'imagine que cette faiblesse n'existait pas aupa-

ravant et il l'attribue à ce minime accident. Une jeune fille vint à ma clinique pour une légère affection externe de l'œil. On examina les yeux à l'ophtalmoscope et l'on découvrit à l'un des yeux une ancienne choroïdite très étendue. L'examen fonctionnel prouva que cet œil était presque aveugle, et l'on ne put convaincre la jeune fille que cette cécité n'était pas la conséquence de l'examen ophtalmoscopique.

Tout au contraire, il arrive que la lésion est le résultat d'un accident dont le blessé ne fait aucune mention. On l'observe particulièrement dans les établissements où les ouvriers sont si habitués à recevoir dans les yeux des poussières ou des petits corps étrangers, qu'ils n'y font plus attention. A la suite d'une telle blessure insignifiante, peut se développer un ulcère, ou bien il peut se produire une cataracte traumatique longtemps après qu'un fin éclat métallique a pénétré dans l'œil, sans que le blessé y ait attaché d'importance, etc. — Il est parfois utile de prendre en considération les dires de l'ouvrier.

On ne peut déduire que par l'examen objectif, si les lésions sont telles, qu'elles puissent résulter d'un traumatisme, et en second lieu si l'accident en question est susceptible de provoquer ces lésions. Une cicatrice de la cornée après une incision présente un autre aspect qu'après un ulcère; une contusion de l'œil ne donne pas de cicatrice de la cornée, mais une rupture de la sclérotique; une iridodialyse, une luxation du cristallin, etc. Évidemment on ne doit pas perdre de vue que l'accident peut entraîner des conséquences indirectes qui se manifestent par de toutes autres altérations objectives que la blessure elle-même; par exemple, un ulcère serpiginieux peut résulter d'une érosion de la cornée.

Quand on constate des lésions qui ont pu survenir à la suite d'une blessure ou spontanément, on arrivera le plus souvent à estimer leur ancienneté approximative et de là à conclure si elles sont en relation avec l'accident survenu à une époque déterminée. Des cicatrices cornéennes anciennes ont un autre aspect que des récentes; si un œil a la vue affaiblie depuis un temps plus ou moins long, il louche d'habitude, etc.

Souvent il faut non seulement un examen minutieux, mais encore une grande expérience pour décider au sujet d'altérations plus ou moins anciennes. Mais la difficulté est bien plus grande quand il n'y a pas d'altérations objectives. Ces cas se partagent en deux groupes. Au premier se rattachent les cas où des lésions anatomiques existent mais échappent aux recherches. Elles peuvent être en effet tellement délicates, que nous ne pouvons les déceler avec nos moyens d'investigation, par exemple une amblyopie par altération de la fovea centralis à la suite de l'action d'une vive lumière ou par une petite hémorragie déjà résorbée. Ou bien le siège des lésions se trouve derrière l'œil, par exemple dans les voies optiques en cas de fracture de la base du crâne. Souvent on élucidera le cas en l'examinant attentivement et en l'observant longtemps. Mais les cas les plus déroutants sont ceux dans lesquels il n'y a que des altérations purement fonctionnelles; ce sont ceux dans lesquels le choc, l'ébranlement psychique qui accompagne l'accident,

influence le fonctionnement des yeux. C'est ce qu'on appelle une névrose traumatique, et ces cas appartiennent, quant à leur essence, à l'hystérie; les troubles de la vue qu'on y rencontre doivent donc être désignés sous le nom d'amblyopie ou d'asthénopie hystérique, causée par le traumatisme. Leurs symptômes seront décrits au paragraphe 105; si on les rencontre chez un ouvrier blessé depuis peu et non examiné par un médecin au point de vue des yeux, on peut poser ce diagnostic. Mais il en est autrement lorsqu'il s'agit de patients — la plupart des victimes d'un accident de chemin de fer — qui réclament de grosses indemnités, qui ont déjà été souvent examinés, et surtout qui appartiennent à la classe instruite de la société. Ici existe le danger que l'on ait, par des examens réitérés, suggéré les symptômes de l'affection ou bien qu'ils aient appris à connaître peu à peu les symptômes que l'expert recherchait et en soient arrivés à les simuler sciemment. A cause de l'absence de signes objectifs, il faut s'en rapporter exclusivement aux dires du patient; aussi est-il parfois impossible de démasquer un simulateur adroit. Ces cas deviennent de plus en plus fréquents et réclament la plus grande prudence.

En second lieu, l'expert doit répondre à une autre question: dans quelle proportion est diminuée la capacité de travail du blessé. Dans ce but, il faut déterminer attentivement le fonctionnement des deux yeux, par les épreuves habituelles, en n'oubliant pas que le sujet peut exagérer. Avec une certaine habitude, il n'est pas difficile d'estimer le degré de perte de la vue en fonction des altérations objectives.

Il se peut que les deux yeux soient atteints par l'accident, ou bien un seul est blessé et l'autre était déjà mauvais auparavant. Dans ces deux cas, la vue est diminuée en totalité, et il sera difficile d'établir à quelle sorte de travail la vision qui reste suffit encore. Bien plus malaisée encore est l'évaluation de la capacité de travail, si un œil est perdu, tandis que l'autre est normal. En effet la vue est encore normale, seulement le blessé a perdu les avantages particuliers de la vision binoculaire, soit le champ visuel binoculaire et l'appréciation de la profondeur. Le champ visuel monoculaire est moins grand que le binoculaire, parce qu'il s'étend moins loin du côté de l'œil perdu (voir fig. 223). Mais le blessé n'en sera gêné que dans peu de métiers, d'autant plus qu'il apprend bientôt à éviter le rétrécissement causé par la saillie du nez, en tournant la tête et en plaçant l'œil restant dans l'abduction. La perte de la vision binoculaire a plus d'importance. Une faible diminution de l'acuité visuelle d'un œil n'altère pas la vision binoculaire, une forte diminution la détruit. La limite est très variable suivant les sujets, parce qu'elle ne dépend pas uniquement du degré de l'acuité visuelle, mais encore de beaucoup d'autres facteurs, tels que le champ visuel et la réfraction du mauvais œil, l'état des muscles oculaires, etc. Un cas assez fréquent, c'est la cataracte traumatique qui succède à une blessure et qui est opérée dans la suite avec succès. La vue de cet œil peut être portée même à la normale par un verre corrigeant l'aphakie. Pourtant cet œil ne peut plus participer à la vision binoculaire. Sans verre correcteur il ne voit pas suffisamment, d'autre part le verre correcteur n'est pas toléré, si l'autre œil est normal

(§ 150). Dans ce cas donc, bien que chaque œil isolément possède une acuité visuelle normale, la vision binoculaire est cependant abolie. Il peut en être de même, quand l'altération d'un œil est minime, s'il existait auparavant un trouble d'équilibre latent des muscles oculaires. Celui-ci devient manifeste après l'accident, c'est-à-dire que l'œil blessé se met à loucher, ce qui détruit la vision binoculaire (voir § 126).

Quand on a établi que la vision binoculaire est rendue impossible par suite de l'accident, on doit chercher ensuite à quel point le blessé est gêné dans son travail. La vision binoculaire nous permet d'estimer immédiatement et exactement la troisième dimension (vision stéréoscopique). On peut s'en passer dans beaucoup de professions, et non seulement dans des métiers grossiers, tels que celui de cultivateur, mais même dans des métiers délicats, tels qu'employés; de même l'horloger qui accomplit des travaux très minutieux avec la loupe, ne se sert pas de la vision binoculaire. Beaucoup d'autres métiers réclament, au contraire, une appréciation exacte des distances, et même l'ouvrier qui coupe du bois peut facilement se blesser les doigts, s'il ne possède pas cette faculté. Par l'usage, on peut évidemment apprendre à estimer exactement les distances avec un seul œil, et de fait il est beaucoup de personnes, qui, depuis l'enfance, ne jouissent que de la vision monoculaire, parce qu'elles ont perdu un œil ou parce qu'elles louchent, qui sont d'aussi bons ouvriers que d'autres possédant la vue des deux yeux. Elles ne subissent une perte de capacité de travail que parce que, en leur qualité de borgnes, elles trouvent plus difficilement du travail; certaines professions sont en effet fermées absolument aux borgnes. Mais si un ouvrier d'un certain âge perd un œil, il devient par là même fréquemment inapte à son travail antérieur. Donc, quand l'un des yeux est perdu et que l'autre est normal, la capacité de travail variera beaucoup plus que l'indemnité attribuée à chaque cas, laquelle se meut dans des limites relativement étroites.

Le degré d'altération de la capacité de travail est évalué en pour cent par l'expert. En Allemagne elle est cotée à 25 p. 100 au moins pour la perte totale d'un œil chez un ouvrier ordinaire. Pour cela il n'est pas nécessaire que l'autre œil ait une vue normale, il suffit qu'elle ne soit pas inférieure à la moitié de la normale. En Autriche le taux est de 25 p. 100 également, à la condition que l'autre œil ait une acuité visuelle normale; si la vue de l'autre œil est tant soit peu inférieure à la normale, l'indemnité est plus élevée. Pour les métiers délicats, la perte d'un œil est cotée plus haut, à 33 1/3 p. 100 en Allemagne et en Autriche. Ceci concerne également le cas où — avec une acuité visuelle normale — il existe une paralysie avec diplopie telle que l'œil paralysé doit être tenu fermé. L'indemnité est moindre si l'œil n'est pas totalement perdu, mais seulement soustrait à la vision binoculaire. Comme certains ouvriers, privés de leur vision binoculaire, récupèrent par l'usage après quelque temps toute leur capacité de travail, il est indiqué de leur servir au début une rente plus élevée qui diminue après un à deux ans. Si les deux yeux sont affaiblis, l'indemnité est comptée d'après l'acuité visuelle du meilleur des deux yeux, combinée avec le genre de travail.

III. — ECTASIES DE LA SCLÉROTIQUE.

a) Ectasie partielle.

§ 55. — L'ectasie partielle de la sclérotique représente une saillie circonscrite sous forme d'une élevation ou d'un bourrelet noir. A cet endroit, la sclérotique est amincie, aussi peut-on facilement la déprimer au moyen du bout d'une sonde. A travers ces parois amincies, l'on voit apparaître le pigment choroïdien, qui donne à l'ectasie sa teinte sombre, d'un gris ardoisé ou bleu foncé. Au moyen de l'éclairage focal, on réussit souvent à rendre la sclérotique translucide à l'endroit de l'ectasie et à voir la couche pigmentaire qui en tapisse la surface interne. — Suivant le siège de l'ectasie, on en distingue diverses formes :

1° *Ectasies antérieures* (staphylômes scléaux antérieurs). — Celles-ci occupent les parties de la sclérotique limitrophes de la cornée (fig. 103 et 104). Au début elles apparaissent sous forme de petites taches sombres qui, peu après, se développent et se bombent. Si plusieurs de ces ectasies se trouvent les unes à côté des autres, elles deviennent confluentes et forment un seul gros bourrelet, qui s'étend sur le bord de la cornée et qui la circonscrit sous forme d'arc ou d'anneau. Ce bourrelet est bridé radiairement en certains endroits par des faisceaux scléaux plus résistants et moins distendus, de sorte qu'il ressemble en petit au gros intestin avec ses bosselures. Le limbe est représenté par une sorte de ligne déprimée et grise, qui constitue la limite entre l'ectasie et la cornée. Lorsque la cornée est elle-même trouble et ectatique, la netteté de la limite entre l'ectasie de la sclérotique et celle de la cornée s'efface souvent, et les deux ectasies ne forment plus qu'une bosselure unique, qui occupe le segment antérieur du globe. — Il arrive souvent que le staphylôme scléral antérieur ne se présente qu'à un seul endroit, ou que, du moins, il n'y a qu'un seul endroit où il prenne un développement particulièrement marqué. Au niveau de cet endroit, la base de la cornée est refoulée en avant, de façon que l'organe prend une position oblique. Ainsi, par exemple, lorsque le staphylôme scléral est situé sur le bord interne, la cornée regarde du côté temporal, au lieu d'être dirigée directement en avant (fig. 104, h).

2° *Ectasies équatoriales* (staphylômes équatoriaux). — Ce sont des bosselures noires situées au niveau de l'équateur du globe. On ne parvient à les observer qu'en faisant tourner l'œil fortement du côté opposé au siège du staphylôme. On les trouve sur un ou plusieurs endroits de l'équateur, mais jamais ces staphylômes ne contournent toute la circonférence