

(§ 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

du globe, ainsi qu'on le remarque fréquemment pour les staphylômes antérieurs.

3° *Ectasies postérieures.* — Celles-ci occupent le segment postérieur du globe oculaire, d'où il suit qu'il est impossible de les voir sur l'œil vivant. Relativement à leur origine et leur signification, elles diffèrent essentiellement des staphylômes antérieurs et équatoriaux. Il y a deux espèces d'ectasies postérieures : α) *Le staphylôme postérieur de Scarpa.* Il consiste en un amincissement et une voussure de la sclérotique au niveau du pôle postérieur, en dehors de la papille. Lorsque cette ectasie acquiert un grand développement, elle englobe le nerf optique lui-même (fig. 301). C'est cette ectasie, ainsi qu'Arlt l'a reconnu le premier, qui est la cause la plus commune de la myopie. En effet, la sclérotique, en reculant, fait que l'œil s'allonge dans la direction de son axe antéro-postérieur (myopie axiale). Le diagnostic d'un staphylôme postérieur ne peut se faire sur l'œil vivant que par la constatation d'une myopie élevée et par les modifications ophtalmoscopiques qui l'accompagnent (§ 77). — β) *La protubérance postérieure d'Ammon.* Celle-ci ne se trouve pas exactement au pôle postérieur de l'œil, comme le staphylôme postérieur, mais plus bas. Ce n'est pas une ectasie acquise comme les autres staphylômes de la sclérotique ; c'est, au contraire, une affection congénitale, suite d'une occlusion imparfaite de la fente oculaire fœtale. On la rencontre en même temps qu'un colobome de la choroïde et fréquemment aussi avec un colobome de l'iris (voir §§ 76 et 80).

Ainsi que je l'ai fait d'ailleurs dans les lignes précédentes, on désigne encore les ectasies acquises de la sclérotique sous le nom de staphylômes scléraux, tandis que la protubérance congénitale d'Ammon n'est jamais désignée sous le nom de staphylôme.

b) **Ectasie totale de la sclérotique.**

Elle consiste en une distension uniforme de toute la sclérotique, qui fait que le globe oculaire est agrandi en totalité. Toute la coque scléroticale est amincie et laisse voir, par transparence, le pigment choroïdien, tellement qu'elle paraît d'un blanc bleuâtre. — L'ectasie totale ne peut se développer que dans la jeunesse, alors que toutes les parties de la sclérotique sont encore extensibles. En effet, la sclérotique des adultes est tellement rigide qu'il n'y a que certains points plus faibles que les autres qui se distendent et qui donnent lieu ainsi à des ectasies partielles. L'ectasie totale est le plus souvent accompagnée de staphylômes cornéens ou de staphylômes scléraux antérieurs. L'existence simultanée de ces deux ectasies provoque quelquefois un développement extraordinaire du globe

oculaire. — On observe bien plus rarement une autre forme d'ectasie simple, où l'œil est uniformément agrandi dans toutes ses dimensions, de façon que la cornée y participe également (*megalocornea*). Cet état est désigné sous le nom d'hydrophtalmie ou de buphtalmie (βούζ, bœuf, à cause de la ressemblance avec les gros yeux du bœuf). L'hydrophtalmie est une affection congénitale ou acquise pendant la première enfance ; elle est probablement l'analogue du glaucome des adultes. Aussi, c'est à propos de cette dernière affection que nous décrirons l'hydrophtalmie avec plus de détails (voir § 83).

ÉTILOGIE. — Toute ectasie de la sclérotique est la conséquence d'une disproportion entre la pression intraoculaire et la force de résistance de la sclérotique. C'est ou bien la pression intraoculaire qui est pathologiquement augmentée, ou bien la sclérotique qui a perdu de sa solidité. L'augmentation de la pression intraoculaire est de loin la cause la plus fréquente des ectasies sclérales (si l'on en excepte les staphylômes scléraux postérieurs dans la myopie). Les ectasies sclérales se développent lentement. La disproportion entre la pression intraoculaire et la résistance de la sclérotique doit exister depuis longtemps, pour que celle-ci devienne ectatique.

a) *L'augmentation de la pression intraoculaire* a pour conséquence d'augmenter la pression uniforme que supporte chaque millimètre carré de la surface sclérale. Si l'état de la sclérotique était partout le même, alors, dans le cas où elle cède à la pression, elle se distendrait d'une manière absolument uniforme dans toute son étendue. Mais, comme certaines parties de la sclérotique sont moins résistantes que d'autres, elles cèdent plus tôt à l'hypertonie. Ces points moins solides sont ceux que traversent les nerfs et les veines pour pénétrer dans l'intérieur de l'œil. Ces points sont ainsi perforés et ont subi un amincissement local. Au nombre de ces points appartiennent avant tout la lame criblée et les parties sclérales qui sont traversées par les veines vorticellées, ainsi que par les vaisseaux ciliaires antérieurs.

Au niveau de la lame criblée, la sclérotique est réduite à une mince membrane criblée de trous comme un tamis, qui bombe en arrière sous l'effort de l'hypertonie. Cette voussure n'est pas considérée comme un staphylôme scléral, mais elle est désignée sous le nom d'excavation du nerf optique, parce que la papille est refoulée en arrière, en même temps que la lame criblée (§ 81). C'est aux points où les veines vorticellées pénètrent dans la sclérotique que siègent les staphylômes équatoriaux, tandis que c'est aux points de passage des vaisseaux ciliaires antérieurs que l'on rencontre les staphylômes scléraux antérieurs. Les autres parties de la sclérotique, qui sont plus résistantes, ne subissent aucune modification, même sous l'influence d'une hypertonie. Ce n'est que chez les

enfants, chez lesquels la sclérotique est encore extensible dans sa totalité, que l'on voit survenir des ectasies sclérales totales. — Les causes les plus fréquentes de l'augmentation de la pression intraoculaire sont le glaucome, la séclusion de la pupille et les cicatrices ectatiques de la cornée. Dans le glaucome, où les veines vorticellées surtout sont le siège de stases et d'inflammations, il se forme généralement des staphylômes équatoriaux. Au contraire, la séclusion de la pupille et les staphylômes cornéens, dans lesquels l'inflammation se localise au niveau du segment antérieur du globe oculaire, amènent le plus souvent des ectasies sclérales antérieures.

b) Si la force de *résistance* de la sclérotique est *diminuée*, il peut se faire qu'elle cède déjà à la pression oculaire normale. Cela arrive par suite de l'inflammation de la sclérotique, par exemple dans la forme profonde de la sclérite, qui provoque le développement d'ectasies sclérales antérieures (p. 270). Ensuite la sclérotique perd encore de la résistance quand des tumeurs (par exemple, des néoplasmes malins ou des tumeurs gommeuses ou tuberculeuses) se développent sous elle ou dans son épaisseur. Des traumatismes de la sclérotique en diminuent aussi la solidité; c'est pourquoi les cicatrices des plaies perforantes de la sclérotique (notamment après la rupture de la sclérotique) deviennent si fréquemment ectatiques. — Les ectasies sclérales développées de cette façon conduisent plus tard à l'hypertonie. Celle-ci doit donc être regardée non comme la cause, mais comme le résultat de l'ectasie, quoiqu'elle concoure à donner à l'ectasie plus de développement. On remarque donc ici le même processus que dans les ectasies de la cornée (p. 254). — Les ectasies sclérales postérieures dépendent également d'une diminution de la force de résistance de la sclérotique. Pour expliquer le développement du staphylôme postérieur, l'on admet une extensibilité congénitale de la partie postérieure de la sclérotique. En ce qui concerne la protubérance d'Ammon, on suppose que, par une altération dans la région de la fente fœtale, la rétine et les parties avoisinantes des membranes oculaires d'origine mésodermique, choroïde et sclérotique, se sont insuffisamment développées et cèdent ainsi à la pression oculaire.

SUITES DES ECTASIES SCLÉRALES. — Dans les staphylômes scléraux antérieurs ou équatoriaux, la vision finit par se perdre entièrement, par suite de l'hypertonie. Si l'ectasie ne s'arrête pas, le globe oculaire prend un développement toujours de plus en plus grand. Il proémine fortement dans la fente palpébrale, les paupières ne le recouvrent plus complètement, et la difformité est des plus frappantes. Comme conséquence de l'irritation mécanique, il survient un catarrhe conjonctival, du larmolement et du spasme palpébral. Il n'est pas rare que la paupière inférieure soit tellement repoussée par le globe oculaire agrandi qu'elle se renverse en avant

(ectropion). Enfin il suffit du plus léger traumatisme pour amener la rupture du staphylôme au point où il est le plus mince. Alors la plus grande partie du corps vitré liquéfié s'échappe, ce qui peut provoquer une abondante hémorragie, et l'œil se perd au milieu des symptômes de la panophthalmite.

Le staphylôme postérieur, en grandissant, amène une progression constante de la myopie, sans pourtant donner lieu à une hypertonie, ni aux autres suites fâcheuses du staphylôme antérieur ou équatorial. La protubérance d'Ammon reste stationnaire et n'entraîne aucune autre suite fâcheuse.

TRAITEMENT. — Ce ne sont que les ectasies sclérales antérieures et équatoriales qui sont susceptibles d'être traitées; les ectasies postérieures échappent à tout traitement. Pour les premières, développées en très grande majorité sous l'influence d'une hypertonie, c'est, avant tout, l'iridectomie qui est indiquée, pour autant qu'elle soit encore exécutable.

Comme cette opération diminue la pression intraoculaire, elle met en même temps un terme à l'augmentation ultérieure de l'ectasie sclérale (dans les cas particulièrement favorables, l'ectasie qui existe déjà diminue) et, si faible que soit la vue, préserve l'œil de la perdre entièrement. Lorsque, pour des motifs techniques, ce qui est certainement le plus souvent le cas, l'iridectomie est inexécutable, il ne reste d'autre ressource que l'énucléation, si l'œil incommode le patient par son volume, son état douloureux ou la difformité qu'il produit.

La *structure anatomique* du staphylôme scléral est essentiellement différente de celle du staphylôme cornéen. Tandis que celui-ci est formé par du tissu cicatriciel qui a remplacé la cornée détruite, le staphylôme scléral est constitué par la sclérotique même. A l'endroit de l'ectasie, la sclérotique n'a pas disparu; elle y est simplement amincie, tellement qu'elle n'y est souvent pas plus épaisse qu'une feuille de papier. Dans le staphylôme postérieur, il s'agit d'un amincissement uniforme; dans les staphylômes antérieurs et équatoriaux, au contraire, on observe souvent un amincissement irrégulier, brusque, de telle sorte que, sur le bord de l'ectasie, les couches internes paraissent s'arrêter comme coupées. A l'endroit ectasié, la sclérotique paraît rongée en dedans et privée ainsi de ses couches internes (fig. 93, a). Il est à présumer que c'est dû à cette circonstance que, par suite de la forte distension, les faisceaux internes de la sclérotique se déchirent d'abord sur un point et puis s'écartent peu à peu les uns des autres (Czermak et Birnbacher). L'uvée contracte toujours adhérence avec la surface interne de l'ectasie, et elle y est si atrophiée qu'elle est presque réduite à son feuillet pigmentaire, qui constitue le revêtement noirâtre de la face interne de l'ectasie.

La dissection d'un bulbe ectatique démontre que le staphylôme scléral

antérieur peut être de deux sortes : ou bien c'est un *staphylôme ciliaire*, ou bien c'est un *staphylôme intercalaire*. Le premier (fig. 103) appartient à la partie de la sclérotique dont la face interne est revêtue du corps ciliaire ; le second, au contraire (fig. 104 et 105), se développe sur la partie étroite de la sclérotique, qui est située en avant du corps ciliaire, entre celui-ci et le bord de la cornée. En effet, le bord antérieur du corps ciliaire, et par conséquent la racine de l'iris, qui prend son origine dans le corps ciliaire, ne correspondent pas exactement à la limite cornéo-sclérale, mais sont situés un peu plus en arrière (fig. 107 et 112). La partie antérieure de la sclérotique, qui se

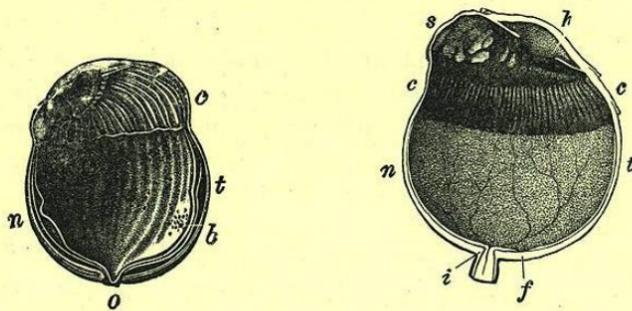


FIG. 103.

FIG. 104.

FIG. 103. — *Staphylôme ciliaire*, d'après Pagenstecher. — L'œil a été divisé en deux par une section horizontale. On voit, entourant complètement la cornée, une ectasie, *c*, de la sclérotique, qui atteint sa plus grande largeur au côté temporal, *t*, tandis qu'en dedans, *n*, elle est plus étroite et moins saillante ; de là résulte que la cornée, paraît repoussée du côté nasal. La face interne de l'ectasie est tapissée par les procès ciliaires fortement étirés. L'iris ne peut être vu, pressé qu'il est à la face postérieure de la cornée, qui paraît ainsi pigmentée. La rétine et la choroïde ont été un peu détachées de la sclérotique sous-jacente par les manipulations ; dans la première, on remarque des groupes d'hémorragies punctiformes, *b*. La papille, *o*, montre une profonde excavation glaucomateuse.

FIG. 104. — *Staphylôme intercalaire*. — Le globe a été divisé en deux par une section horizontale et est dessiné un peu plus grand que nature. L'ectasie de la sclérotique, *s*, s'est insinuée au côté nasal *n*, entre le corps ciliaire *c* et la cornée *h*, qui par là est déplacée vers le temple. La face interne de l'ectasie est tapissée de pigment. Celui-ci représente le reste de la racine de l'iris, unie à la sclérotique amincie ; il est parsemé de nombreuses lacunes produites par son énorme distension. La largeur de l'ectasie diminue progressivement de dedans en dehors, de telle sorte qu'au côté temporal *t* de la coupe, on n'observe plus qu'un espace très étroit entre le corps ciliaire et l'iris, provenant de la soudure, caractéristique dans le glaucome, de la racine de l'iris, à la sclérotique. Sur la coupe du nerf optique, on voit l'amincissement conique normal du nerf dans son passage à travers l'orifice sclérotical, *i* ; sur la rétine on remarque la fossette centrale *f* et l'épanouissement des vaisseaux rétiniens.

trouve au-devant de la racine de l'iris, appartient déjà à la chambre antérieure. Alors même que le staphylôme intercalaire se développe juste sur cette partie, l'iris ne reste pas derrière lui, mais se place devant, absolument comme dans le staphylôme ciliaire. Voici d'où dépend cette disposition. La formation de l'ectasie est précédée d'une augmentation de la pression intraoculaire, qui a pour résultat de refouler la partie la plus périphérique de l'iris et de la faire adhérer à la sclérotique (voir § 84, et fig. 175 et 176). La partie de l'iris qui flotte librement dans la chambre antérieure s'écarte alors de la sclérotique en se reportant en avant. A l'inspection à l'œil nu, on dirait que le point d'insertion de l'iris est attiré en avant jusque sur la limite cornéo-sclérale, ou même plus loin. Le staphylôme intercalaire se produit alors

juste à l'endroit de la sclérotique qui est adhérent à la périphérie de l'iris, donc, dans la figure 105, en *l*, où l'on voit précisément le début d'une ectasie ; en effet, immédiatement au-devant de l'iris, les lamelles les plus internes de la sclérotique ont cédé, et l'iris est poussé dans la dépression. L'ectasie se trouve donc plus tard, même si elle se développe beaucoup, entre l'origine réelle de l'iris, au niveau du bord antérieur du corps ciliaire (fig. 105, *a*), et son origine apparente au point où commence la partie irienne encore libre (fig. 105, *b*). La face interne du staphylôme intercalaire est tapissée d'une couche pigmentaire, qui n'est autre chose que la racine de l'iris très atrophiée et soudée à la sclérotique. Lorsque l'œil n'est pas ouvert, la distinction entre les staphylômes ciliaire et intercalaire est plus difficile que sur des

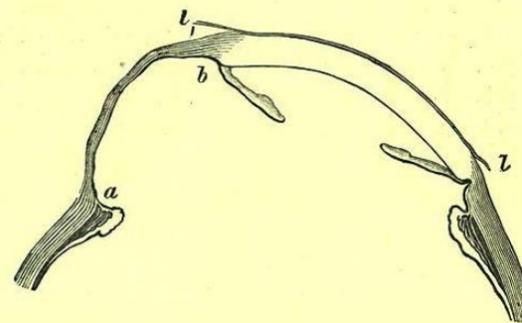


FIG. 105. — *Staphylôme intercalaire*. Gross. 4/1. — La figure représente une coupe verticale à travers la moitié antérieure du globe ectasié. Celui-ci offre beaucoup de ressemblance avec celui représenté dans la figure 104, avec cette différence cependant que, dans le premier, la plus forte ectasie siège en haut de la cornée. Les limites de la cornée sont fournies par le limbe, *l* et *l'*. En *l* on voit l'accolement de l'iris à la sclérotique et le début d'un amincissement de celle-ci ; de l'autre côté, au contraire, existe un staphylôme intercalaire développé, s'étendant de *a* à *b* et formant, sur l'œil vivant, une bosselure translucide foncée. La sclérotique, dans l'étendue du staphylôme, est réduite à la moitié de son épaisseur et est recouverte, à sa face interne, d'un mince revêtement de pigment représentant ce qui reste de l'iris. L'iris est soudé à la sclérotique depuis le corps ciliaire, *a*, jusqu'au bord antérieur de l'ectasie, *b* ; les procès ciliaires sont aplatis par atrophie.

préparations anatomiques ; cependant voici quelques points qui peuvent servir de guide pour y arriver : dans le staphylôme intercalaire, on voit émerger les vaisseaux ciliaires antérieurs au bord postérieur ; dans le staphylôme ciliaire, au bord antérieur de l'ectasie. Le staphylôme ciliaire, quand il est mince, peut le plus souvent être éclairé de façon à laisser observer sur sa face interne les procès ciliaires étirés, sous forme de stries noires (fig. 103).

Les ectasies de la sclérotique entraînent le plus souvent encore d'autres changements dans l'intérieur de l'œil. Par suite de l'agrandissement de la circonférence formée par le corps ciliaire, l'iris se distend et s'atrophie, et même, bien que rarement, il peut être arraché de son insertion (iridodialyse spontanée). L'on peut en dire autant en ce qui concerne la zonule de Zinn, qui, en s'atrophiant, se déchire par places, de sorte que le cristallin devient tremblotant et peut même se luxer. De plus, le corps ciliaire, la choroïde, la rétine et le nerf optique s'atrophient ; quant à ce dernier, il montre le plus

souvent une excavation profonde dépendant de l'hypertomie oculaire (fig. 103, o).

Ulcères et tumeurs de la sclérotique. — La sclérotique est peu sujette à s'enflammer, et, si elle s'enflamme, ses produits inflammatoires ont moins de tendance encore à subir la fonte purulente. Ainsi on n'observe jamais l'ulcération d'un bouton de sclérite. Les ulcères qui se trouvent sur la cornée cessent de s'étendre dès qu'ils touchent la sclérotique; de même on ne voit pas les ulcères de la conjonctive se propager à la sclérotique. Les ulcères scléreaux sont donc très rares. Quand ils existent, ils sont produits par des traumatismes avec infection simultanée, ainsi que par la dégénérescence de certains néoplasmes (gommés, tubercules, nodosités lépreuses, néoplasmes malins).

Il est extrêmement rare de voir se développer primitivement un néoplasme dans la sclérotique. Ce sont, en effet, les tumeurs développées dans d'autres parties de l'œil qui envahissent la sclérotique. Parmi les tumeurs se développant primitivement dans la sclérotique, on a observé des fibromes, des sarcomes et des ostéomes.

CHAPITRE IV

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'UVÉE EMBRYOLOGIE DE L'OEIL

I. — ANATOMIE.

§ 56. — Quand, d'un globe oculaire, on enlève prudemment la sclérotique et la cornée, on a devant soi l'iris, le corps ciliaire et la choroïde, se continuant l'un dans l'autre. Ces trois organes représentent l'enveloppe moyenne de l'œil, qui a l'apparence d'une sphère d'un brun noir, en raison du pigment qu'elle contient. Cette sphère présente en avant une large ouverture, la pupille, en arrière un petit orifice par où passe le nerf optique. La sphère noire suspendue au nerf optique, comme un fruit à son pédicule, ressemble à un grain de raisin (uva), et c'est pourquoi l'on a donné aux enveloppes moyennes de l'œil le nom d'uvée ou de tractus uvéal.

a) Iris.

L'iris (1) est une membrane discoïde, percée à son centre d'un orifice, la pupille (2). Par son bord périphérique, c'est-à-dire son bord ciliaire, l'iris se détache de la face antérieure du corps ciliaire. De son point d'insertion, l'iris s'étend sur le cristallin et, par son bord central, c'est-à-dire pupillaire, il repose sur la capsule cristallinienne antérieure, sur laquelle il glisse pendant les mouvements de la pupille (fig. 107). C'est en s'appuyant sur le cristallin que l'iris garde sa fixité. Aussi, dès que le cristallin est

(1) Iris, à cause de sa forme en arc, non à cause de sa teinte.

(2) Pupille veut dire, à proprement parler, petite fille, sans doute parce qu'on voit, réfléchi par la cornée, se réfléchir dans la pupille sa propre image réduite. Dans les anciens ouvrages allemands, on désigne également la pupille sous le nom de *Kindlein*, petit enfant. De même, les Grecs désignaient la pupille sous le nom de *κόρη*, petite fille, d'où les expressions : *Korectopie*, *Korélysis*, etc.