

stances septiques, ou qu'elles ne surviennent chez des malades cachectiques, ou encore atteints de stase lacrymale. Dans ces conditions, les piqûres de la cornée, comme les contusions dont nous avons déjà parlé, peuvent amener la suppuration, kératite septique.

Les simples érosions limitées à l'épithélium de la face antérieure de la cornée ont pour caractère d'être extrêmement douloureuses; ce qui se comprend, vu la situation superficielle des nerfs de l'organe dont les extrémités terminales sont mises à nu par la chute de l'épithélium.

Quant aux plaies par instrument tranchant, elles sont pénétrantes ou non pénétrantes, suivant qu'elles intéressent ou non toute l'épaisseur de la cornée et ouvrent la chambre antérieure. Dans ce dernier cas, l'iris vient s'appliquer immédiatement derrière la face postérieure de la cornée, avec laquelle il peut contracter à la longue des adhérences. Parfois même la membrane irienne fait issue à travers la plaie cornéenne, auquel cas l'on dit qu'il y a prolapsus de l'iris.

Les plaies et pertes de substance très superficielles peuvent guérir sans laisser d'opacité permanente. Les plaies profondes laissent toujours une opacité persistante, lors même qu'elles guérissent par première intention.

Les plaies à lambeau, irrégulières, de même que les plaies contuses, sont beaucoup moins bien disposées pour la réparation; elles se compliquent souvent de suppuration.

Les plaies pénétrantes du bord scléro-cornéen ont une gravité particulière, parce qu'elles amènent souvent une cicatrisation cystoïde avec enclavement de l'iris. De là des tiraillements de l'iris, des névralgies ciliaires, de l'irido-choroïdite ou cyclite, du glaucome. Souvent, en même temps, il y a plaie du corps ciliaire; or, celle-ci est de toutes les plaies pénétrantes du globe oculaire la plus grave, à cause du danger d'ophtalmie sympathique pour le second œil.

Les plaies et les piqûres de l'iris sont liées aux plaies pénétrantes de la cornée ou de la sclérotique. Le plus souvent elles se compliquent de blessures du cristallin. Elles se traduisent par une solution de continuité plus ou moins large de la membrane irienne et par un épanchement de sang dans la chambre antérieure ou *hypohéma*. Elles peuvent donner naissance à des synéchies antérieures ou

adhérences avec la cornée, à de l'iritis et de l'irido-choroïdite traumatique.

Les plaies de la choroïde et de la rétine ne donnent lieu à aucune considération particulière. Comme les ruptures de ces mêmes membranes, elles sont intimement liées aux lésions analogues de l'iris et du cristallin, de la sclérotique et de la cornée.

Quant aux plaies du cristallin, elles amènent rapidement l'opacité de cette lentille; aussi n'en parlerons-nous qu'à propos des cataractes traumatiques, en faisant l'histoire des cataractes en général.

b. Plaies compliquées de la présence de corps étrangers.

— L'histoire des corps étrangers du globe oculaire est une des plus intéressantes dans l'étude des traumatismes de cet organe.

Ces corps étrangers occupent des sièges très divers: tantôt ils sont fixés dans les membranes d'enveloppe du globe oculaire, conjonctive, cornée, sclérotique; tantôt ils pénètrent dans l'intérieur de l'œil, et alors ils se logent, soit dans la partie antérieure du globe (chambre antérieure, iris, corps ciliaire, cristallin), soit dans la partie postérieure (corps vitré, choroïde et rétine). Ces différents cas sont bien loin d'avoir la même importance et la même gravité; nous les passerons successivement en revue.

1° Corps étrangers de la conjonctive. — Les corps étrangers de la conjonctive sont extrêmement fréquents; mais il est à noter que lorsqu'ils ne sont pas solidement implantés dans cette membrane, les mouvements normaux de clignement les dirigent peu à peu vers la caroncule lacrymale où un flot de larmes, ou bien un léger frottement du doigt du malade les enlève facilement. Mais dans d'autres cas, ces corps étrangers, soit en raison de leur siège, soit en raison de leur implantation profonde dans la conjonctive, ne peuvent pas être expulsés spontanément. Ils restent à la surface de l'œil et déterminent des accidents d'autant plus marqués que, presque toujours fixés à la face interne de la paupière supérieure, ils frottent douloureusement contre la cornée. De là, du larmolement, de la photophobie, du spasme de l'orbiculaire, de la conjonctivite.

La nature de ces corps étrangers est extrêmement variée: ce sont de simples poussières, des parcelles métalliques, de petits fragments de pierre ou de charbon; on y a même rencontré des larves d'insectes vivantes.

Les grains de plomb, les grains de poudre projetés avec une grande

force, traversent souvent la conjonctive, et vont se loger dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Bien qu'en général le diagnostic des corps étrangers de la conjonctive soit facile, leur présence peut cependant donner lieu à de singulières erreurs contre lesquelles il faut être prévenu. Certaines glumes de graminées, surtout des coques de millet des oiseaux, en s'implantant à peu de distance de la cornée et s'entourant d'un mince faisceau vasculaire, peuvent parfaitement en imposer pour une pustule conjonctivale. Dans d'autres cas, les corps étrangers ayant fait un long séjour dans la conjonctive, ont déterminé autour d'eux la formation de fongosités qui les enveloppent comme les bourgeons d'un pois à cautère et les dissimulent au regard. C'est seulement par un examen attentif, par l'étude des antécédents, et au besoin grâce à l'excision de quelques fongosités, qu'on arrive à les découvrir.

2° Corps étrangers de la cornée. — Les corps étrangers de la cornée ont une bien plus grande importance que ceux de la conjonctive. Leur fréquence est considérable. Pour en donner une idée, nous rapporterons ici la statistique publiée par Yvert, d'après laquelle cet auteur, sur 542 cas de traumatismes oculaires de toutes sortes, compte 142 cas de corps étrangers de la cornée, c'est-à-dire 41 pour 100, ou près de la moitié.

Comme ceux de la conjonctive, les corps étrangers de la cornée sont de natures extrêmement variées; paillettes métalliques, petits fragments de charbon ou de pierre, glumes de graminées, poussières diverses. Mais ce qui importe encore plus que leur nature, c'est la profondeur à laquelle ils ont pénétré. Sous ce rapport nous adopterons la division donnée par Yvert en :

1° Corps étrangers déposés à la surface de la cornée;

2° Corps étrangers implantés dans la membrane de Bowmann et faisant saillie à la surface de la cornée;

3° Corps étrangers profondément situés et comme enfouis dans l'épaisseur de la membrane transparente.

On comprend que, suivant leur degré d'implantation, les corps étrangers de la cornée présenteront de plus ou moins grandes difficultés d'extraction. Enfin, nous pouvons répéter ici ce que nous avons déjà dit à propos des plaies de la cornée, savoir, que plus la lésion sera superficielle, plus les corps étrangers seront en contact intime

avec les extrémités terminales des nerfs et détermineront d'irritation. La photophobie, le larmolement, le spasme de l'orbiculaire, seront donc d'autant plus marqués que les corps étrangers seront plus superficiels. Mais, quel que soit leur siège, les corps étrangers finissent le plus souvent par déterminer autour d'eux une kératite, avec infiltration plus ou moins étendue des lames de la cornée et quelquefois même de la suppuration.

Exceptionnellement, des corps étrangers enfouis dans l'épaisseur de la cornée ont pu être tolérés sans déterminer d'accidents.

Le diagnostic ne présente pas en général de sérieuses difficultés. Cependant, suivant la remarque de Arlt, les corps d'une teinte claire seront aperçus plus aisément sur le fond noir de la pupille, ceux de teinte foncée ressortiront mieux sur l'iris. Quand il y a déjà une réaction inflammatoire, il peut être difficile de décider s'il y a oui ou non un corps étranger au milieu de l'opacité cornéenne. Enfin, une nouvelle difficulté naît de la propriété qu'ont les corps métalliques de s'oxyder, et de déposer à la surface de la cornée des taches de rouille qui peuvent faire croire à la persistance du corps étranger, alors que celui-ci a disparu.

C'est par un examen minutieux à l'œil nu, à la loupe, et surtout à l'éclairage oblique, c'est en étudiant sous des incidences variées le miroitement des images cornéennes, qu'on élucidera complètement ces points de diagnostic délicats.

5° Corps étrangers de la chambre antérieure et de l'iris.

— Perforant de part en part la cornée, les corps étrangers peuvent tomber dans la chambre antérieure, et même s'implanter dans l'iris. Beaucoup plus rarement les corps étrangers arrivent dans la chambre antérieure, après avoir traversé la sclérotique. Quelquefois, cependant, ils y pénètrent d'arrière en avant, après avoir traversé la paupière supérieure, la sclérotique, et quelquefois même le cristallin. Enfin, au lieu d'arriver d'emblée dans la chambre antérieure, les corps étrangers peuvent y tomber secondairement; c'est-à-dire, qu'après être restés plus ou moins longtemps implantés dans les lames postérieures de la cornée, dans le cristallin ou dans l'iris, ils finissent par devenir libres, et par gagner la partie déclive de la chambre antérieure.

Quant à la nature des corps étrangers de la chambre antérieure et de l'iris, ils sont les mêmes que ceux de la conjonctive et de la

cornée; nous n'y insisterons pas. Nous signalerons seulement d'une manière spéciale ce fait que des cils entraînés par le traumatisme ont pu pénétrer dans la chambre antérieure. On a vu dans ce fait l'origine de certains kystes ou épithéliomas perlés de l'iris, au centre desquels on a rencontré des cils. M. Masse (de Bordeaux) a cherché à prouver expérimentalement la réalité de cette greffe des cils dans l'épaisseur de l'iris.

Plusieurs fois les corps étrangers ont pu s'enkyster et être parfaitement tolérés par la chambre antérieure et par l'iris. On a même cité des observations authentiques prouvant que de petites parcelles de fer ou d'acier ont pu disparaître par oxydation et par résorption. Mais le plus souvent il y a une réaction inflammatoire violente, de l'irido-cyclite, et même des abcès de la chambre antérieure se vidant à travers la cornée. De là, la perte de l'œil blessé, et même la possibilité de la perte du second œil par ophthalmie sympathique.

Le diagnostic exige un examen minutieux du segment antérieur de l'œil à la loupe et à l'éclairage oblique. Il pourra être obscurci par la présence d'un épanchement sanguin ou purulent dans la chambre antérieure, voilant l'existence d'un corps étranger. La constatation d'une plaie de la cornée, l'étude des commémoratifs, prennent alors une grande importance.

4^e Corps étrangers du cristallin. — D'après Yvert, les corps étrangers du cristallin sont excessivement rares. Ils y arrivent, soit en traversant la cornée seule, soit la cornée et l'iris, rarement par la sclérotique.

Ce sont le plus souvent des corps métalliques, parcelles de fer ou d'acier, grains de plomb, débris de capsules. Exceptionnellement, d'après Arlt, on a vu de très petites parcelles métalliques traverser une partie périphérique du cristallin, l'opacité limitée à laquelle elles donnent lieu disparaître, et l'œil recouvrer la presque intégrité de ses fonctions. Mais, comme le fait remarquer l'auteur, dans les cas où une issue si heureuse a été observée, il s'agissait toujours de sujets jeunes, et le noyau de la lentille n'avait pas été lésé. Dans l'immense majorité des cas, on voit au contraire se développer une cataracte traumatique. L'augmentation de volume du cristallin qui en résulte peut même donner lieu à une exagération de la tension intra-oculaire et à des phénomènes glaucomateux. Enfin le corps étranger peut devenir libre et tomber, comme nous l'avons déjà

signalé, dans la chambre antérieure, ou bien dans le corps vitré ou derrière l'iris; il peut alors se placer en contact avec le corps ciliaire, et donner naissance à de l'irido-cyclite traumatique et à des phénomènes sympathiques sur l'œil du côté opposé.

Le diagnostic de corps étrangers du cristallin peut présenter de sérieuses difficultés. Les accidents immédiats sont quelquefois si minimes qu'ils ne font pas supposer une lésion d'une pareille gravité. Plus tard, quand l'opacité de la lentille est survenue, elle cache le corps étranger. Il faut alors tenir compte des commémoratifs, de l'existence d'une plaie de la cornée, de l'iris ou de la sclérotique. Enfin, l'éclairage oblique peut permettre de reconnaître dans l'épaisseur du cristallin des particules métalliques, ou bien des taches de rouille; quelquefois l'existence d'une cicatrice de la cristalloïde antérieure.

5^e Corps étrangers de la moitié postérieure de l'œil (humeur vitrée, choroïde et rétine). — Il peut se faire que des corps étrangers pénétrant dans l'œil à travers la cornée, aillent se loger dans l'hémisphère postérieur du globe oculaire; mais plus souvent ils passent à travers la sclérotique, quelquefois même en arrière du cul-de-sac conjonctival, de sorte qu'aucune plaie n'est visible à l'extérieur. On comprend ainsi comment l'existence d'un corps étranger dans la profondeur du globe oculaire peut rester longtemps ignorée du malade et du médecin. Le plus souvent cependant le malade est averti de la pénétration dans l'œil d'un corps étranger par une vive douleur et par une sensation lumineuse due à la commotion de la rétine. Bientôt après, se montre un trouble visuel plus ou moins marqué qui tient, soit à une hémorragie dans l'épaisseur du corps vitré, soit à la présence du corps étranger lui-même et à l'opacité qu'il détermine autour de lui.

Le diagnostic présente de très grandes difficultés. Tout d'abord, dans les premiers jours, l'existence d'un épanchement sanguin dans l'humeur vitrée peut empêcher d'éclairer le fond de l'œil et de reconnaître à l'ophtalmoscope la présence d'un corps étranger. C'est surtout les commémoratifs qui permettront de faire le diagnostic. C'est presque toujours, en effet, des coups de feu, des coups de mine qui sont la cause de l'accident, ou bien encore il s'agit de parcelles métalliques détachées d'un morceau de fer, ou d'acier. Étant connue la nature de l'accident, on doit toujours se tenir sur la réserve,

même quand l'examen du fond de l'œil n'a pas été possible, et admettre comme probable l'existence d'un corps étranger. Une fois l'épanchement sanguin résorbé, on peut reconnaître le corps étranger à son aspect brillant, métallique; ou bien on voit une opacité limitée, une sorte de halo dans l'intérieur du corps vitré, dont la présence indique presque toujours l'existence d'un corps étranger qui y est enfermé.

Enfin il peut arriver que le corps étranger soit situé au-devant de l'hémisphère postérieur de l'œil, près de l'ora serrata, dans un point que l'ophtalmoscope ne permet pas d'éclairer; les seuls signes de sa présence sont alors l'injection péri-kératique et l'existence d'un point douloureux très limité sur la sclérotique, au niveau du corps ciliaire, et à quelque distance du rebord cornéen.

Le pronostic des corps étrangers profonds de l'œil est toujours extrêmement grave. Ils peuvent déterminer très rapidement la perte de la vision, soit par fonte purulente du globe oculaire, soit par inflammation parenchymateuse de la rétine et de la choroïde, amenant la formation d'exsudats abondants dans le corps vitré, la rétraction de l'hyaloïde, et, comme conséquence de celle-ci, le décollement de la rétine.

Dans des cas plus heureux, le corps étranger s'enkyste et est toléré pendant un temps fort long sans déterminer d'accidents. Mais, même dans ces cas, il ne faut pas porter un pronostic trop favorable; car, à un moment donné, le corps étranger peut se déplacer, venir se mettre en contact avec le corps ciliaire, et déterminer tous les graves accidents que nous avons précédemment mentionnés. Si, d'emblée, le corps étranger touche à la région ciliaire, les accidents se montrent de bonne heure; irido-cyclite suppurée ou non, et ophthalmie sympathique, entraînant non seulement la perte de l'œil blessé, mais encore celle de l'œil du côté opposé.

Traitement. — Les plaies limitées à la conjonctive ne demandent, si elles sont très petites, que de simples lavages et des applications froides. Pour peu qu'elles soient étendues, surtout si elles affectent la forme de plaies à lambeaux, il faut en pratiquer soigneusement la suture, dans la crainte de voir le globe de l'œil, dépourvu de sa membrane de glissement, contracter des adhérences avec la conjonctive palpébrale, constituant ainsi la difformité connue sous le nom de *symblépharon*.

Les plaies de la cornée réclament, comme celles de la conjonctive, un lavage soigné de l'œil avec un liquide faiblement antiseptique, tel que la solution d'acide borique au centième, surtout dans les cas où l'on peut supposer l'existence de poussières ou de matières septiques dans l'intérieur de la plaie. Les applications d'atropine, l'usage d'un bandeau modérément compressif, enfin tous les moyens conseillés contre la kératite complèteront le traitement.

La hernie de l'iris compliquant les plaies de la cornée pourra être réduite à l'aide d'un stylet, si le malade est vu peu de temps après l'accident. On emploiera ensuite les instillations d'ésérine dans le but de maintenir la réduction. Si déjà l'iris prolapsé est le siège d'inflammation, d'exsudats plastiques, mieux vaut alors en pratiquer l'excision. Dans ce dernier cas, comme lorsqu'il s'agit de plaies accidentelles de l'iris, on combattra par des instillations d'atropine l'inflammation de cette membrane.

Quant aux plaies de la sclérotique, elles comportent les mêmes règles de traitement que les ruptures de cette membrane. Si la plaie est très nette, après excision du prolapsus de l'humeur vitrée, on pratiquera la suture de la plaie, soit avec du fin catgut, soit avec de la soie phéniquée.

Une compression méthodique et l'emploi des réfrigérants complèteront le traitement.

Quant aux corps étrangers, ils donnent lieu à des considérations bien différentes, suivant qu'ils sont situés à la surface du globe oculaire, dans la conjonctive ou dans la cornée, ou bien qu'ils ont pénétré plus ou moins profondément dans l'intérieur de l'œil.

Les corps étrangers de la conjonctive ne donnent pas lieu généralement à de grandes difficultés d'extraction. Il faut seulement se souvenir que les corps étrangers sont le plus souvent fixés dans le cul-de-sac supérieur de la conjonctive, et, pour les atteindre, retourner la paupière supérieure et engager le malade à regarder en bas. De cette manière, on expose au dehors la plus grande étendue possible du cul-de-sac conjonctival. Avec des pinces fines, une curette, un stylet, on déplace aisément les corps étrangers qui sont simplement déposés à la surface de la conjonctive. S'ils ont pénétré à une certaine profondeur dans cette membrane, la pointe d'une aiguille à cataracte permettra de les dégager. Enfin s'il était impossible de les saisir à cause de leur implantation profonde, on pourrait

soulever avec des pinces la conjonctive à leur niveau, et exciser une petite portion de cette membrane, entraînant avec elle le corps étranger.

L'extraction des corps étrangers de la cornée est généralement aussi une opération facile. On l'exécutera très simplement, et sans le secours d'un aide, en s'y prenant de la façon suivante : Le malade est assis en face du jour; le chirurgien, placé derrière lui, appuie sa tête sur sa poitrine et, avec l'index de la main gauche, relève la paupière supérieure. Pendant qu'on engage le malade à regarder dans la direction la plus favorable pour rendre bien visible le corps étranger, avec la pointe d'une aiguille à cataracte, on en pratique aisément l'extraction. L'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne facilitera beaucoup cette petite opération.

Si le corps étranger se détachait mal sur le fond noir de la pupille, on pourrait s'aider de l'éclairage oblique; la même précaution sera quelquefois nécessaire pour bien distinguer les taches de rouille déposées par un corps étranger métallique d'avec ce corps étranger lui-même. S'il s'agit d'un enfant, d'un malade pusillanime, si le corps étranger profondément enfoncé dans les lames de la cornée nécessite des efforts un peu prolongés d'extraction, on fera bien alors de placer le malade sur un lit, de s'aider de la pince fixatrice et de l'écarteur des paupières; souvent même l'emploi du chloroforme sera nécessaire.

Si le corps étranger est profondément implanté dans la cornée, si même il proémine dans la chambre antérieure, il est à craindre que les tentatives faites pour le saisir n'aient d'autre résultat que de le faire pénétrer plus profondément. Le procédé de Desmarres est alors nécessaire : Une aiguille à paracentèse est enfoncée dans la chambre antérieure derrière le corps étranger dont elle soutient l'extrémité postérieure, tandis que l'on incise la cornée dans une étendue suffisante pour faciliter l'extraction.

Quand le corps est tombé dans la chambre antérieure, il faut faire soit avec la pique, soit avec le couteau de Graefe, une incision assez large de la cornée pour permettre le passage des pinces destinées à saisir le corps étranger.

Dans le cas où l'implantation a lieu dans l'iris, on pourra encore essayer de saisir le corps étranger avec des pinces; mais pour peu qu'il soit profondément implanté, pour peu surtout que des exsu-

rats solides l'environnent, il sera nécessaire de pratiquer l'excision de l'iris.

Le traitement des corps étrangers du cristallin est une question fort délicate. Si le corps étranger est enkysté et ne détermine pas d'accidents, le mieux est de s'abstenir. Que si l'opacité déterminée dans la lentille par la présence du corps étranger est partielle, on pourra, comme le conseille Yvert, se contenter de pratiquer une iridectomie.

Enfin, dans tous les cas, où, par sa présence, le corps étranger déterminera des accidents, il faudra pratiquer à la fois l'extraction de la lentille et du corps étranger. Rappelons l'intéressante observation de Graefe rapportée par Arlt, dans laquelle ce chirurgien fit une dissection de la capsule qui permit aux masses corticales cristalliniennes gonflées de tomber dans la chambre antérieure, entraînant avec elles le corps étranger. L'extraction fut faite ensuite sans difficultés.

Si les corps étrangers sont implantés dans la sclérotique et facilement saisissables, il faudra en pratiquer l'extraction d'après les mêmes règles que pour la conjonctive et pour la cornée. Mais s'ils sont trop profondément implantés dans la sclérotique pour qu'on puisse les saisir, si même ils sont tombés dans le corps vitré, leur extraction présente des difficultés et des dangers considérables.

Une incision sera faite à la sclérotique dans l'intervalle des muscles droits, et le corps étranger sera saisi avec des pinces. Dans le cas de corps métalliques, on a employé quelquefois avec succès des tiges aimantées ou l'électro-aimant (Hirschberg). Ces délicates opérations ne réussissent pas toujours à conserver la vision. Du reste, si le corps étranger est en rapport avec le corps ciliaire, s'il détermine des phénomènes sympathiques, il faut abandonner toute idée d'extraction, et s'empresse de pratiquer l'énucléation, dans le but de conserver l'œil du côté opposé.

3° BRULURES ET CAUTÉRISATION DU GLOBE DE L'ŒIL.

Les brûlures du globe oculaire se produisent par deux ordres de causes : 1° tantôt elles sont causées par la flamme, par des corps en ignition (fragments de bois brûlé, morceaux de fer rouge, plomb fondu, graisse bouillante); 2° tantôt le mal est produit par un agent

chimique, tel qu'un acide énergique, un alcali ou un sel caustique.

Les enfants, les épileptiques qui tombent dans le feu, présentent habituellement, en même temps que des brûlures du globe de l'œil, des lésions de même ordre étendues à la face et aux paupières.

Trop souvent l'acide sulfurique est projeté dans l'œil dans un but criminel.

Parmi les caustiques, projetés le plus souvent dans l'œil, par accident, nous devons citer la chaux et le mortier.

Enfin rappelons que l'usage des caustiques, fait d'une façon intempestive dans le traitement des maladies oculaires, peut déterminer des brûlures graves.

Ce sont habituellement la conjonctive et la cornée qui sont le siège de brûlures. La sclérotique, protégée par la muqueuse conjonctivale, reste le plus souvent indemne. Elle n'est atteinte que dans le cas où un acide fort ou bien un corps en ignition de gros volume reste longtemps en contact avec le globe oculaire.

Du côté de la conjonctive, tout peut se borner à une simple inflammation catarrhale plus ou moins violente, avec écoulement muco-purulent. Dans les cas plus graves, il y a eu destruction complète du tissu conjonctival, formation d'une eschare plus ou moins large, qui, après sa chute, laisse une surface de bourgeons charnus devant sup-purer pendant longtemps, et amener la formation de cicatrices vicieuses.

Dans la cornée, les lésions peuvent présenter trois degrés différents : 1° Il peut y avoir une simple desquamation épithéliale, et dans ce cas la réparation se fera très facilement; 2° la perte de substance est parfois beaucoup plus profonde, et il en résulte une ulcération dont la cicatrisation sera fort longue, et laissera nécessairement à sa suite une tache indélébile; 3° enfin, dans les cas les plus graves, l'eschare comprend toute l'épaisseur de la cornée, qui prend une teinte grise uniforme, un aspect flétri, comparable à celui d'une cornée bouillie. La chute de l'eschare entraîne dans ces cas une vaste perforation, et la perte du globe oculaire.

Il est bien rare que la brûlure de la sclérotique soit limitée à une partie de l'épaisseur de cette membrane. La cause de la brûlure ayant toujours dans ce cas une grande puissance, l'eschare comprend généralement toute l'épaisseur de la sclérotique et entraîne fatalement la perforation de l'œil.

Les complications qui peuvent se montrer à la suite des brûlures de l'œil sont de deux ordres : 1° Les complications immédiates sont l'incrustation dans l'épaisseur de la cornée ou de la conjonctive de corps étrangers, tels que des parcelles métalliques, de la poix, de la chaux, de la cire à cacheter; la suppuration de la cornée, l'iritis, le phlegmon de l'œil; 2° Les complications consécutives sont, du côté de la cornée, l'existence d'opacités de cette membrane (leucomes, albugos); du côté de la conjonctive, des adhérences vicieuses entre le globe de l'œil et les paupières (sympblepharon), entre la conjonctive et la cornée (ptérygion traumatique).

Le pronostic, à part les cas très légers où tout se borne à une desquamation épithéliale de peu d'étendue, est donc fort grave. Il doit être d'autant plus réservé que, dans des cas en apparence assez favorables, on a vu les accidents (phlegmons de l'œil, rupture du globe oculaire) ne se montrer qu'un temps plus ou moins long après l'accident.

Le traitement comporte tout d'abord l'éloignement de la cause qui a produit la brûlure. Il faudra donc enlever les corps étrangers, pratiquer de grands lavages pour entraîner autant que possible toutes les traces des liquides caustiques. S'il s'agit d'acides énergiques, on emploiera les lavages avec des liquides faiblement alcalins; si, au contraire, la brûlure a été produite par des alcalis, on se servira de solutions légèrement acides.

Mais lorsque les corps étrangers sont profondément incrustés dans la cornée et dans la conjonctive, il n'est pas facile de les enlever.

On a pu, à l'aide d'instillations d'huile d'amandes douces, détacher un fragment de pois adhérent à la cornée; MM. Bussy et Gosselin ont conseillé, pour enlever la chaux infiltrée entre les lames de la cornée, l'emploi de l'eau sucrée; le sucre forme avec la chaux un saccharate soluble qui est facilement entraîné. Les instillations doivent être très fréquemment répétées pour enlever des quantités appréciables de chaux.

Si la réparation des ulcères de la cornée est trop longue à se faire, on l'activera par l'emploi des compresses chaudes. Quand l'œil menace de se rompre, on a recours à la compression.

Il faut enfin, dans le cas de brûlures de la conjonctive, s'opposer, autant que possible, à la formation d'adhérences anormales entre la face interne des paupières et le globe de l'œil. Dans ce but, on aura