

de 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 des inflammations suppuratives en introduisant dans la chambre antérieure des fragments de cuivre, et mieux encore en y faisant pénétrer des particules de mercure tout à fait aseptiques. Toute inflammation suppurative ne suppose donc pas nécessairement la présence de schizomycètes. 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<sup>o</sup> avant tout, si le corps est *aseptique* ou non ; 2<sup>o</sup> 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, qui, cependant, ne peut pas, dans le plus grand nombre des cas, être attribuée à leur état septique. Ainsi, les éclats métalliques sont souvent chauffés au rouge et par conséquent désinfectés immédiatement avant leur introduction dans l'œil (par exemple, des éclats métalliques projetés par un coup de marteau, etc.). Ces corps provoquent des inflammations parce qu'en s'oxydant dans les tissus de l'œil ils y produisent des irritations chimiques. Ceci s'applique au fer, mais plus encore au cuivre. Quant aux métaux indifférents sous ce rapport, tels que le plomb et les métaux nobles, il est relativement rare qu'ils s'introduisent dans l'œil ; 3<sup>o</sup> le *volume* du corps étranger entre aussi en ligne de compte. En effet le corps étranger est d'autant moins bien supporté que le volume en est plus grand. Car, tandis que les petits corps étrangers se fixent promptement dans l'œil, les grands subissent facilement des déplacements sous l'influence des mouvements de l'œil ; ceci est surtout vrai pour les corps à poids spécifique élevé, comme c'est le cas par exemple, pour les éclats métalliques. Par le déplacement du corps étranger, les tissus circonvoisins sont mécaniquement irrités ; 4<sup>o</sup> 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 fixé 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. Ainsi se trahit la présence du corps étranger dans le cristallin. Les petits éclats de fer peuvent même de cette manière se dissoudre complètement.

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* : Annellement, sur les 1,283 ouvriers métallurgistes occupés dans six usines, chacun d'eux 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 fragments 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 36 d'entre eux était partiellement perdue, et 16 (donc 1,20/0 du nombre total) avaient complètement perdu un œil. 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. Pour extraire les éclats de fer, on se sert de l'*électro-aimant*. C'est *Mac Keown* qui, le premier, s'en est servi dans ce but. La forme de l'électro-aimant la plus commode est celle indiquée par *Hirschberg*. Autour d'une tige de fer doux on tourne 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.

### III. — ECTASIES DE LA SCLÉROTIQUE

#### a) Ectasie partielle

§ 56. L'ectasie partielle de la sclérotique représente une saillie circonscrite sous forme d'une élévation 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 choroidien qui donne à l'ectasie sa teinte sombre, d'un gris ardoisé ou bleu noir. Au moyen de l'éclairage focal, on réussit souvent à rendre la sclérotique transparente à l'endroit de l'ectasie et à voir la couche pigmentaire qui en tapisse la surface interne. — Suivant le siège de l'ectasie, l'on en distingue diverses formes :



1° *Les ectasies antérieures* (staphylômes scléraux antérieurs). — Celles-ci occupent les parties de la sclérotique limitrophes de la cornée (fig. 44 et 45). Au début elles apparaissent sous forme de petites taches sombres qui, par après, se développent et deviennent ectatiques. 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. 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 bulbe. — 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 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. 45, h).

2° *Ectasies équatoriales* (staphylômes équatoriaux). — Ce sont des bosselures noires situées au niveau de l'équateur du bulbe. 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 bulbe, 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 observer 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 : a. *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 entraîne le nerf optique lui-même (§ 145). — 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 le bulbe s'allonge dans la direction de son axe sagittal (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 (§ 78). b. *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 §§ 77 et 81).

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 distention 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 bulbe 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'hydrophthalmos ou de buphtalmos (βῶς, bœuf, à cause de la ressemblance avec les gros yeux du bœuf). L'hydrophthalmos est une affection congénitale ou acquise pendant la première enfance; il est probablement l'analogue du glaucome des adultes. Aussi, c'est à propos de cette dernière affection que nous traiterons l'hydrophthalmos avec plus de détails (voir § 84).

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 force de résistance. 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 à supporter par 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 plutôt 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 se voussure 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 (§ 82). 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 la formation d'ectasies sclérales antérieures (page 236). Ensuite la sclérotique perd encore de sa résistance quand des tumeurs (par exemple, des néoplasmes malins, ou des tumeurs gom-

meuses 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 sclérales perforantes (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 (page 227). — 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, ainsi qu'un ramollissement de cette même partie par suite de l'inflammation de la choroïde avoisinante.

En ce qui concerne la protubérance d'*Ammon*, on suppose que la fente oculaire focale a été fermée par une espèce de tissu interposé qui n'a pas la solidité du tissu scléral normal, et qui cède à la pression intraoculaire.

SUITES DES ECTASIES SCLÉRALES. — Dans les staphylômes scléraux antérieurs ou équatoriaux, la vision finit par se perdre entièrement. Si l'ectasie ne s'arrête pas, le bulbe prend un développement toujours de plus en plus grand. Le globe oculaire 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. Enfin il suffit du plus léger traumatisme pour amener la rupture du staphylôme à l'un de ses points le plus aminci. Alors la plus grande partie du corps vitré liquéfié s'échappe, ce qui peut provoquer une abondante hémorrhagie, et l'œil se perd au milieu des symptômes de la panophtalmite.

Le staphylôme postérieur, en grandissant, amène une myopie sans cesse progressive, 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; on ne saurait appliquer aucun traitement aux ectasies postérieures. 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 l'œil est préservé de la perte totale de son acuité visuelle, pour autant



qu'il en possède encore un peu. 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 incommodé le patient par son volume, son état douloureux et 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. Il est à présumer que cet état est dû à cette circonstance que, par suite de la forte distension, les couches fibreuses internes de la sclérotique se déchirent d'abord sur un point, et puis s'écartent peu à peu les unes des autres (Czermak et Birnbacher).



FIG. 44. — Staphylôme ciliaire, d'après PACHA. — 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 *f*, 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 ponctiformes *h*. La pupille *o* montre une profonde excavation glaucomateuse.

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 à la limite cornéo-sclérale, mais sont situés un peu plus en arrière. La partie antérieure de la sclérotique, qui se 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 n'est pas encore situé derrière lui, mais 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 § 85 et fig. 73 et 74). 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 maintenant juste à l'endroit de la sclérotique qui est adhérente à la périphérie de l'iris (depuis *a* jusqu'à *b*, dans la fig. 74). Ce staphylôme se trouve donc entre l'origine réelle de l'iris, au niveau du bord antérieur du corps ciliaire, et son origine apparente au point où commence la partie irienne encore libre (fig. 83, *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 adhérente à la sclérotique (fig. 45, *s*). — Lorsque le bulbe n'est pas ouvert, la distinction entre les staphylômes ciliaire et intercalaire est plus difficile que sur des 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. 44, *c*).

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, perd ses fonctions, tellement 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'hypertonie oculaire (fig. 44, *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

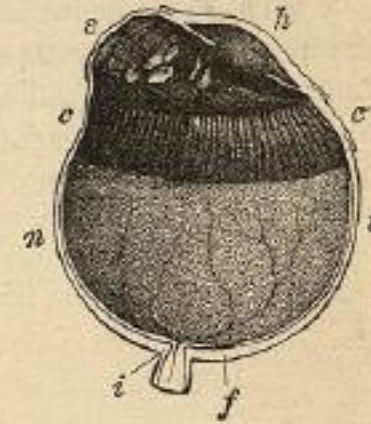


FIG. 45. — Staphylôme intercalaire. — Le globe a été divisé en deux par une section horizontale et est dessiné un peu plus grand que nature. L'ectasie de la sclérotique *s* s'est insinuée au côté nasal *n*, entre le corps ciliaire *c* et la cornée *a*, qui par là est déplacée vers la tempe. La face interne 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 normal du nerf dans son passage à travers l'orifice sclérotical *l*; sur la rétine on remarque la fossette centrale *f* et l'épanouissement des vaisseaux rétiniens.



qu'ils touchent la sclérotique; de même, il est rare de voir les ulcères de la conjonctive se propager dans la sclérotique. Les ulcères scléreaux constituent donc des phénomènes très rares. Quand ils existent, ils sont produits par des traumatismes avec infection simultanée, ainsi que par la dégénérescence de certains néoplasmes (gommes, tubercules, néoplasmes malins).

Ce qui n'est pas moins rare, c'est 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'ŒIL

#### I. — ANATOMIE

§ 57. 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. 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 pétiole, ressemble à une baie 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 émerge 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. 47). C'est en reposant sur le cristallin que l'iris garde sa fixité. Aussi, dès que le cristallin est absent, ou que l'iris n'est plus en contact avec lui, l'on voit la membrane

(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 désignent la pupille sous le nom de *κόρη*, petite fille, d'où les expressions : *Korectopie*, *Korétyxis*, etc.