

CHAPITRE III

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE

ANATOMIE

§ 51. — La sclérotique (1) constitue avec la cornée l'enveloppe fibreuse du globe oculaire, dont la forme générale ressemble à une sphère portant un étranglement au niveau de la base de la cornée. Le diamètre moyen de cette sphère (la longueur de l'axe de l'œil) est de 24 millimètres. La sclérotique est le plus épaisse à l'endroit du segment postérieur du globe oculaire; elle y mesure 1 millimètre d'épaisseur environ. Vers le segment antérieur, son épaisseur diminue graduellement, pour augmenter encore, non loin de la cornée, au niveau de l'insertion des tendons des muscles droits de l'œil, qui, en se confondant avec elle, la fortifient.

La structure histologique de la sclérotique ressemble beaucoup à celle de la cornée. La sclérotique est composée en effet de fines fibrilles de tissu conjonctif réunies en faisceaux. Elles affectent, en général, deux directions différentes : l'une d'avant en arrière (fibres méridionales), et l'autre concentrique avec le bord cornéen (fibres circulaires ou équatoriales). Entre les faisceaux se trouvent de rares cellules plates. Il s'ensuit que les tissus de la sclérotique et de la cornée se ressemblent; aussi passent-ils, au bord cornéen, l'un dans l'autre, sans limites nettement tranchées. La sclérotique se distingue de la cornée spécialement parce que dans celle-ci la disposition des faisceaux fibrillaires est beaucoup plus régulière que dans la première.

La sclérotique contient également des cellules pigmentaires ramifiées. Le plus souvent on ne les rencontre que dans les couches profondes, ainsi que le long des vaisseaux et des nerfs qui la pénètrent. Sur l'œil vivant, on observe quelquefois le pigment à l'endroit où les veines ciliaires antérieures émergent de la sclérotique. Ces endroits se dessinent comme de

(1) σκληρός, dur.

petits points bruns sur le fond blanc de la sclérotique. Sur les yeux humains, on trouve parfois sur la sclérotique de larges taches, ardoisées ou légèrement violettes, qui résultent d'une pigmentation anormale de cet organe. Ces taches existent régulièrement chez beaucoup d'animaux. — Quand la sclérotique est mince, il est possible de voir, par transparence, le pigment noir de l'uvée qui lui est adossée. Dans ce cas, qui se rencontre spécialement chez les enfants, le blanc de l'œil prend une teinte bleuâtre, comme une mince porcelaine blanche.

La sclérotique est traversée par les vaisseaux et les nerfs qui pénètrent dans l'intérieur de l'œil; mais elle-même ne contient qu'un très petit nombre de vaisseaux. Par contre, ils sont nombreux dans ce que l'on appelle le tissu épiscléral, c'est-à-dire ce tissu conjonctif lâche qui, dans le segment antérieur, fixe la conjonctive à la sclérotique. Au niveau du segment postérieur de l'œil, le nerf optique passe à travers la sclérotique. Celle-ci paraît y avoir une ouverture pour le passage de ce nerf (trou sclérotical). En fait, cependant, les couches internes de la sclérotique se continuent sur le trou sclérotical en formant la lame criblée (fig. 10; pour plus de détails, voir § 100).

I. — INFLAMMATION DE LA SCLÉROTIQUE.

§ 52. — L'inflammation de la sclérotique (sclérite) est une affection assez rare; elle atteint le segment antérieur, c'est-à-dire celui qui est situé entre l'équateur du globe et le bord de la cornée. Elle envahit tantôt les couches superficielles seulement, tantôt aussi les couches profondes de la sclérotique. Dans le premier cas, la maladie se termine sans autres suites fâcheuses; dans le second, au contraire, elle peut devenir dangereuse pour la vue, car l'inflammation passe de la sclérotique aux autres membranes de l'œil. Il est donc d'une grande importance pratique de distinguer la forme superficielle de la forme profonde (l'épisclérite et la sclérite des auteurs).

a) *Forme superficielle de la sclérite (épisclérite).*

Cette forme est une inflammation en foyer; en effet, il se forme sur la sclérotique un bouton inflammatoire circonscrit. Au niveau de l'endroit malade, par suite de l'accumulation d'un exsudat, la sclérotique fait saillie, de telle sorte qu'on y observe une élévation tantôt aplatie, tantôt plus proéminente pouvant acquérir la grandeur d'une lentille ou même au delà

(fig. 97). Cette élevation est parsemée de vaisseaux (épiscléaux), dont la teinte est violette, à cause de leur situation profonde; elle est fixée à la sclérotique, tandis que la conjonctive, bien qu'injectée, reste mobile par-dessus. La nodosité est dure et, quelquefois, très sensible au toucher. En dehors du bouton, le reste de l'œil peut être exempt d'injection. Les symptômes subjectifs sont très différents; souvent l'affection cause simplement une légère gêne au patient; d'autres fois, il existe des douleurs très violentes qui empêchent pendant longtemps le malade de dormir.

La maladie ne se termine jamais ni par ramollissement ni par ulcération du bouton; celui-ci disparaît, au contraire, toujours par résorption. Après que la maladie est restée, pendant quelques semaines, à son apo-

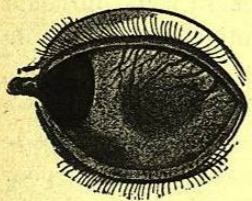


FIG. 97. — Sclérite. — Le foyer récent est situé au côté externe de la sclérotique; des vaisseaux conjonctivaux dilatés se dirigent vers lui d'en haut et en dehors. En bas et en dedans, et un peu plus près de la cornée, se voit une tache grise à la place où, six mois auparavant, était apparu un bouton de sclérite.

gée, le bouton s'affaisse lentement, devient plus pâle et disparaît finalement tout à fait, après une existence totale de quatre à huit semaines. Quelquefois l'affection se termine sans laisser de traces; plus souvent, cependant, là où s'est trouvé le bouton, il reste une tache de teinte ardoisée, où la sclérotique paraît légèrement déprimée et où la conjonctive est fixée plus solidement à la sclérotique (cicatrice dans la sclérotique). L'œil ne porte pas d'autres traces de l'affection dont il a souffert.

La sclérite a pour propriété de récidiver très souvent. Elle peut s'arrêter après une ou deux attaques, ou bien il peut y avoir un intervalle de plusieurs années entre deux accès. D'autres fois, à peine un bouton a-t-il disparu — ou même plus tôt — qu'un second se montre à un autre endroit de la sclérotique. Quelquefois la maladie dure jusqu'à ce que toute la circonférence de la cornée ait présenté successivement des nodosités, et que l'on trouve finalement tout autour de cet organe une zone de couleur grise. Alors l'affection est épuisée, car, généralement, on ne voit pas se développer deux fois de suite un bouton d'épisclérite au même endroit. Mais, avant que la maladie en soit arrivée à ce point, il peut s'écouler plusieurs années, pendant lesquelles, sauf quelques courtes interruptions, le patient peut être incommodé par des accès inflammatoires. Ajoutons à cela que cette affection attaque très souvent les deux yeux. Eu égard donc à sa longue durée, le pronostic de la forme superficielle de la sclérite est défavorable; favorable, au contraire, si l'on considère seulement sa terminaison. En effet, la vision n'est pas altérée, quelle que soit la durée de l'épisclérite.

L'épisclérite n'atteint, en règle générale, que les adultes, et spéciale-

ment les personnes âgées. Dans un certain nombre de cas, cette maladie paraît avoir quelque rapport avec les affections rhumatismales ou goutteuses; ailleurs, l'origine en est obscure. Quant au traitement, il se montre peu efficace. Il est possible de rendre les souffrances plus tolérables et la résorption de l'inflammation plus rapide, mais nous sommes impuissants à prévenir les récidives. Comme traitement interne, si l'on a des motifs de soupçonner une origine rhumatismale, on administre le salicylate de soude, l'aspirine, parfois aussi la colchicine. En outre, on recommande les moyens sudorifiques, les révulsifs sous forme d'eau minérale laxative, l'iodure de potassium, etc. Localement, on peut chercher, par le massage, à activer la résorption de la tumeur (Pagenstecher). A cet effet, on introduit dans le sac conjonctival un peu de vaseline, soit pure, soit sous forme de pommade au précipité jaune. Alors, au moyen des doigts appliqués sur la paupière, on masse et on presse la tumeur, facile à sentir à travers les voiles palpébraux. Si l'affection est accompagnée de fortes douleurs, outre le massage, l'on peut recourir aux compresses d'eau chaude, à la dionine, à l'atropine, aux soustractions sanguines locales (six à dix sangsues à la tempe). Quant au massage, il est souvent impossible de l'exercer ici, à cause de la vive douleur qu'il provoque dans le bouton. Dans ces derniers cas, on a encore recommandé l'application du courant constant sur la nodosité à l'aide d'une petite électrode (Reuss) ou bien la scarification de la nodosité (Adamück).

b) Forme profonde de la sclérite.

Dans cette forme, il existe aussi du gonflement de la sclérotique, soit sous forme de bosselures isolées, soit, plus souvent, sous forme d'une tuméfaction diffuse. Dans ce dernier cas, la sclérotique, dans une assez grande étendue, parfois sur tout le pourtour de la cornée, montre une injection d'un rouge bleuâtre et est gonflée plus uniformément, sans saillies. Plus tard, la sclérotique prend souvent ici une teinte d'un violet pâle tout particulier et une apparence translucide, rappelant la fine porcelaine. — Mais ce qui distingue surtout la forme profonde de la forme superficielle, c'est la marche et l'extension de l'inflammation aux autres parties de l'œil. Dans la forme qui nous occupe, pas plus que dans la forme superficielle, l'inflammation ne se termine par ramollissement des produits inflammatoires. Ceux-ci, en effet, finissent par se résorber, mais laissent après eux une cicatrice de teinte sombre. En même temps, la sclérotique, à l'endroit de la cicatrice, a perdu de sa consistance, au point qu'elle est devenue trop faible pour résister à la pression intraoculaire, même normale. C'est ainsi que l'on observe une *ectasie* au point qui a été malade.

Celle-ci se montre sous deux formes : ou bien sous forme d'un simple agrandissement de la surface sclérale, ou bien sous forme de bosselures. Dans le premier cas, toute la zone sclérale, colorée en gris par l'inflammation et entourant la cornée, s'élargit de plus en plus. De cette manière, la cornée et les parties avoisinantes de la sclérotique sont refoulées en avant, de sorte que le globe oculaire s'allonge en forme de poire d'arrière en avant. — Dans le second cas, au contraire, l'on voit survenir une ectasie circonscrite de l'endroit aminci, s'élevant au-dessus du niveau de la sclérotique saine. Il se fait ainsi, tout autour de la cornée, une série de bosselures qui, en raison de leurs parois amincies, paraissent noirâtres. A cause de leur situation au niveau du corps ciliaire, on les a désignées sous le nom de staphylômes ciliaires (voir § 55).

Les complications du côté des autres parties de l'œil constituent également une propriété distinctive de la forme profonde de la sclérite. Elles concernent la cornée ainsi que l'uvée. Du côté de la cornée, on observe des infiltrations situées profondément, qui ne subissent pas la fonte purulente, mais se résorbent, au contraire, tout en laissant après elles des opacités permanentes, kératite sclérosante (voir p. 226). Du côté de l'iris, nous trouvons les symptômes de l'iritis, particulièrement des synéchies postérieures et même une séclusion de la pupille, mais jamais de l'hypopyon. Pour ce qui concerne la choroïde, l'inflammation en atteint surtout la partie antérieure, et, par suite des opacités qu'elle développe dans le corps vitré, elle altère la vision. Presque toutes les parties de l'œil souffrent donc dans la forme profonde de la sclérite; aussi doit-elle être regardée comme infiniment plus dangereuse que la forme superficielle.

La sclérite profonde attaque presque toujours les deux yeux et traîne pendant des années, puisque le traitement est impuissant à l'arrêter. Elle entraîne comme conséquences des opacités cornéennes épaisses, la séclusion de la pupille avec ses suites funestes, des opacités du corps vitré et du cristallin, de la myopie d'un degré très élevé par suite de l'allongement de l'axe de l'œil, et finalement de l'hypertonie, provoquée par l'ectasie de la sclérotique. L'affection finit donc toujours par entraîner de graves lésions, ou même quelquefois la perte complète de la vue.

A l'encontre de ce qui se voit pour la forme superficielle, la forme profonde attaque surtout les individus jeunes (pas les enfants cependant). On la rencontre souvent en même temps que les signes de scrofule, de tuberculose ou de syphilis héréditaire. Chez la femme, où la sclérite profonde est plus fréquente que chez l'homme, ce sont des troubles de la menstruation qui paraissent en être la cause.

Le *traitement* a peu d'action sur la sclérite profonde. Il doit surtout être dirigé contre la diathèse qui pourrait être la source de l'affection.

On se sert pour cela de moyens diététiques et pharmaceutiques. choisis parmi les médicaments qui contiennent de l'iode (iodure de potassium, iodure de fer, des eaux minérales iodées). Lorsqu'il existe des troubles menstruels, on administre des préparations de fer. En ce qui concerne le traitement local de l'œil, il faut combattre les inflammations de la cornée et de l'iris par les procédés ordinaires. Lorsque la maladie est plus avancée, il devient fréquemment nécessaire de pratiquer une iridectomie, soit pour des motifs optiques, par exemple pour déplacer la pupille derrière les parties de la cornée encore restées transparentes, soit pour prévenir l'hypertonie intraoculaire, qui peut être provoquée par la séclusion de la pupille ou par l'ectasie de la sclérotique. Toutefois, on ne pratiquera l'iridectomie, autant que possible, que lorsque tous les symptômes inflammatoires auront disparu.

La sclérite superficielle et la sclérite profonde ne se distinguent pas nettement l'une de l'autre, car il existe des formes intermédiaires. En effet, il nous est absolument impossible de voir, sur l'œil vivant, jusqu'à quelle profondeur l'inflammation a pénétré dans la sclérotique. Nous admettons, il est vrai, que, dans la forme profonde de la sclérite, l'inflammation pénètre plus profondément; mais, pour étayer cette affirmation, nous n'avons aucune preuve directe. C'est plutôt l'amincissement consécutif de la sclérotique, ainsi que la propagation de l'inflammation à l'uvée sous-jacente qui nous permettent d'arriver indirectement à cette conclusion. Certains auteurs admettent que la sclérite profonde prend sa source dans une inflammation de l'uvée, et ils la nomment pour cela scléro-choroïdite ou uvéo-sclérite. Dans un cas de sclérite profonde, que le docteur Kossensitch a examiné à ma clinique, aux boutons visibles à l'extérieur répondait une infiltration très dense de cellules rondes, occupant particulièrement les couches moyennes de la sclérotique (fig. 98); de ces foyers, l'infiltration se propageait en partie en avant dans la cornée (kératite sclérosante), en partie en arrière dans le corps ciliaire et l'iris.

Les examens anatomiques concernent jusqu'ici presque exclusivement des cas de sclérite profonde, parce que ce n'est que dans ces cas que l'on doit recourir à l'énucléation qui fournit la matière de l'examen. Dans ces cas, la sclérotique est occupée, dans ses couches moyennes et profondes, par des leucocytes à un noyau (fig. 98). Dans les cas particulièrement graves où tout le tissu apparaît, à l'examen clinique, infiltré et ramolli, la sclérotique, dans les points malades, est transformée dans toute son épaisseur en un tissu extrêmement riche en cellules, qui se nécrose par places; il arrive même que des lamelles entières de sclérotique se nécrosent et se détachent à l'état de séquestre. Assez souvent on trouve, dans le tissu riche en cellules, des nodules isolés avec des cellules géantes, sans qu'il s'agisse de tuberculose. Plus la sclérotique est gravement atteinte, et plus il y a de risque que non seulement la cornée voisine mais également l'uvée, et tout particulièrement la choroïde, soient entreprises.

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

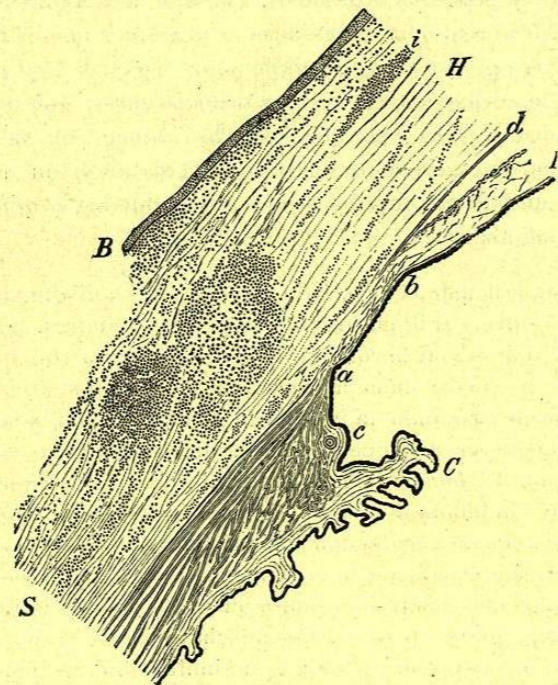


FIG. 98. — Sclérite pro onde. Coupe, à travers la région ciliaire de l'œil d'une jeune fille de vingt-quatre ans. Gross. 24/1. — La conjonctive B, qui, dans l'énucléation, a été sectionnée près du limbe, se montre assez infiltrée. Dans la sclérotique S, située sous elle, on trouve de nombreuses traînées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

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

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

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

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

II. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA SCLÉROTIQUE.

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

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