

CHAPITRE IV
MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA SCLÉROTIQUE

Les lésions traumatiques perforantes de l'œil sont très communes dans les milieux industriels et grossissent encore, pour une bonne part, le nombre des aveugles. Elles résultent de l'action : 1° d'un instrument *piquant* ou *tranchant*, d'un *corps étranger* (plaies pénétrantes) ; 2° d'un *corps contondant* (*ruptures*). Les *piqûres* guérissent presque spontanément, à moins que l'agent vulnérant n'ait blessé le cristallin, le corps ciliaire, ou ne soit infecté. Les *plaies pénétrantes* peu étendues, aseptiques, se cicatrisent rapidement; mais il faut compter ultérieurement avec le décollement rétinien consécutif à la rétraction de la cicatrice scléroticale. Les larges solutions de continuité, les plaies irrégulières ou à lambeaux compliquées de la blessure simultanée des autres parties de l'œil et d'une abondante sortie du corps vitré aboutissent, d'ordinaire, à la perte absolue de l'organe blessé et menacent parfois l'œil congénère. Enfin, la pénétration d'un corps étranger aggrave encore le pronostic; la tolérance de l'œil variant avec la nature chimique, l'état septique, le volume, la mobilité et le siège du corps étranger. A côté de corps indifférents, comme l'or, le verre, il y a les corps irritants, comme les métaux oxydables, cuivre, fer, acier; les cas de tolérance prolongée ne sont que l'exception.

La *contusion* violente du globe oculaire par un corps moussé (extrémité d'un bâton, angle d'un meuble, coup de poing ou

de corne bovine, etc.) peut aller jusqu'à l'éclatement de ses enveloppes, soit au niveau du choc, soit au point opposé, ordinairement dans la région scléro-cornéenne supérieure, l'hémisphère inférieur de l'œil étant le plus exposé aux agents vulnérants. Suivant que la conjonctive est ou non déchirée, l'œil se vide en partie, ou bien le cristallin, la région ciliaire sont refoulés sous la muqueuse. Lésions très graves dans les deux cas, en raison de la violence désorganisatrice du traumatisme qui entraîne le plus souvent la perte de la vision et expose, dans certains cas, à l'ophtalmie sympathique. On a cité, par contre, des cas d'expulsion du cristallin à travers la brèche sclérale avec maintien d'une bonne acuité visuelle.

La conduite à tenir est variable, suivant qu'il y a ou non pénétration et séjour d'un corps étranger dans l'intérieur de l'œil.

Le diagnostic de la présence et de l'emplacement ou siège d'un corps étranger dans l'intérieur de l'œil ne laisse pas que de présenter, parfois, de réelles difficultés, lorsqu'une hémorragie ou d'autres conditions rendent impossible l'examen à l'ophtalmoscope. Des appareils ingénieux, parmi lesquels le magnétomètre de GÉRARD et le sidéroscope d'Asmus ont été imaginés pour s'assurer de la présence des corps étrangers magnétiques dans l'œil. On place l'organe blessé le plus près possible d'une aiguille aimantée très sensible dont la déviation ou l'immobilité fournit l'indication cherchée.

On emploie également l'électro-aimant pour faire cette exploration; mais cet instrument sert plus communément à extraire les particules métalliques. Quant aux rayons de RÖNTGEN, ils ne sont pas encore ici d'une application concluante.

A. — Nous supposons, d'abord, qu'il n'y a pas de corps étranger intra-oculaire.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UVA
ACCIADIA
MADRID
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UVA

1° *La plaie produite par un instrument piquant ou tranchant est-elle de très petite dimension ? — La suture conjonctivale n'est pas nécessaire. On se contente de nettoyer la plaie et les culs-de-sac au moyen d'un liquide antiseptique, et on applique le bandeau occlusif, après avoir introduit gros comme un grain de blé de la pommade suivante :*

Iodoforme finement porphyrisé.....	0 gr. 50
Vaseline	20 —

La cicatrisation sera rapide s'il n'y a pas eu infection.

2° *La plaie sclérale est très large, l'iris, le corps ciliaire ou la choroïde fait hernie dans la plaie. — Dans ce cas, il faut, aussitôt, faire coucher le blessé et procéder au nettoyage antiseptique minutieux de la blessure. La chloroformisation, indispensable chez les enfants, est des plus utiles chez l'adulte, si l'on veut éviter la contraction des paupières et l'issue d'une plus grande quantité de l'humeur vitrée.*

Si l'enclavement de l'iris est très petit, on le réduit et on instille le collyre à l'ésérine ; dans les autres cas, il faut l'exciser avec soin. Au contraire, on évitera de réséquer le corps ciliaire ou la choroïde, puisqu'en agissant ainsi on faciliterait le prolapsus du corps vitré.

On procédera ensuite, à l'aide d'aiguilles courbes prismatiques et du fin catgut qui pourra se résorber, à la suture combinée de la conjonctive et des couches superficielles de la sclérotique. La suture de la conjonctive seule suffit, lorsque la solution de continuité est peu étendue.

3° *L'œil est largement ouvert. — Si l'on prévoit la perte certaine et absolue de la vision, on doit proposer au blessé l'énucléation immédiate qui lui épargnera des*

souffrances prolongées, le mettra à l'abri d'accidents sympathiques et lui permettra de reprendre, à bref délai, ses occupations. Mais, cette intervention est souvent refusée ; il se forme, alors, un moignon dont il faut surveiller attentivement la cicatrisation. D'un autre côté, il arrive que le chirurgien, dans quelques cas, hésite à se prononcer sur la possibilité de conserver l'organe blessé. Dans ces conditions, le mieux est de temporiser ; mais, l'on pratiquerait sans retard l'ablation de l'œil, à la première menace d'inflammation sympathique.

4° Si le patient ne se présente que quelques jours après l'accident, avec les symptômes d'une infection du contenu du globe, on cautérise énergiquement au fer rouge les lèvres de la plaie ainsi que les tissus en suppuration. L'énucléation ne serait tentée que si, en raison de l'étroitesse de la plaie sclérale, on peut compter terminer l'opération sans que le pus se déverse dans la capsule de Téxon.

Lorsque la conjonctive (dans un cas de rupture de la coque oculaire) n'est pas déchirée, on fait un pansement occlusif, et on attend que les accidents inflammatoires aient complètement disparu, pour pratiquer l'extraction du cristallin luxé.

B. — Un corps étranger métallique a pénétré dans l'œil par la sclérotique et siège dans le segment postérieur. Cette partie du traitement est plutôt du domaine du spécialiste, car l'extraction des corps étrangers intra-oculaires est difficile et nécessite une instrumentation particulière.

Deux cas sont à envisager : 1° il s'agit d'un corps étranger métallique *magnétique*, comme un fragment d'acier ou de fer ; 2° le corps étranger métallique est *non magnétique* (grain de plomb, etc.).

1° Si l'extrémité du fragment métallique fait saillie

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UNIV. DE S. PAULO
CL. 1.ª AD. 1.ª DE MEDICINA
BIBLIOTECA

entre les lèvres de la plaie sclérale, le cas est des plus simples : on n'a qu'à le saisir et à l'attirer au dehors avec une pince, après avoir, au besoin, agrandi la boutonnière sclérale. Il faut avoir bien soin de ne pas le repousser en le prenant avec la pince.

Quand le blessé vient de subir son traumatisme, l'extraction des corps étrangers métalliques *magnétiques* doit être tentée dans tous les cas, même s'il y a déjà infection du contenu oculaire, puisque cette extraction peut enrayer les phénomènes infectieux.

Le malade étant chloroformé et le champ opératoire bien désinfecté, on introduit à travers la plaie de pénétration l'extrémité mousse antiseptisée de la tige en fer doux de l'électro-aimant de HIRSCHBERG, que l'on promène avec précaution dans l'humeur vitrée, en faisant passer le courant, et en interrompant celui-ci à diverses reprises. Puis, on retire doucement l'électro-aimant, et, ordinairement, avec lui, le fragment métallique. On fera un pansement antiseptique occlusif, après avoir suturé au catgut fin, en un ou deux points, la conjonctive et l'épiscélère, si la plaie est étendue.

Les suites seront d'autant plus satisfaisantes que les tentatives d'extraction ont été moins longues et l'issue du corps vitré peu abondante ; toutefois, il y a toujours à craindre, pour l'avenir, un décollement de la rétine et l'atrophie du globe.

Certains praticiens emploient, de préférence, des électro-aimants d'une grande puissance, que l'on approche aussi près que possible de la plaie, sans les introduire dans l'œil. Ces appareils nécessitent un courant électrique intense et, par conséquent, l'installation d'accumulateurs ou de dynamos.

2° Si le corps étranger non magnétique n'est pas visible et paraît parfaitement toléré, il n'y a pas à

intervenir. Après désinfection du sac conjonctival, on applique le pansement antiseptique occlusif et on attend. L'avenir de l'œil dépend des conditions d'asepticité, de la nature et de l'emplacement du corps étranger. L'extraction avec la pince-curette de A. TERSON convient aux cas dans lesquels un grain de plomb ou un autre corps, *non magnétique*, volumineux, visible ou invisible à l'ophtalmoscope, détermine des symptômes réactionnels intenses. En cas d'insuccès, on aura recours à l'enucléation ou mieux à l'exentération.

Restent les cas de diagnostic douteux, dans lesquels, en l'absence de phénomènes inflammatoires, on est autorisé à temporiser, surtout si l'on a affaire à un blessé intelligent que l'on peut examiner fréquemment et surveiller.

Enfin, il faut se rappeler que certains corps étrangers ne font que traverser le globe oculaire, de part en part, pour venir se loger dans la cavité orbitaire.

EPISCLÉRITE ET SCLÉRITE

L'inflammation spontanée de la sclérotique atteint plus particulièrement les sujets de quarante à cinquante ans, entachés de rhumatisme, de scrofulo-tuberculose ou de syphilis héréditaire.

Chez la femme, on incrimine des troubles de menstruation ou de l'appareil digestif, la suppression d'hémorroïdes fluentes. Enfin, il faut signaler l'influence du froid humide et prolongé. Au point de vue clinique, il convient de distinguer une inflammation circonscrite, limitée aux couches superficielles (*épisclérite*), et une inflammation des couches profondes (*sclérite*), toutes deux localisées au niveau du segment antérieur, plus rarement vers l'équateur de l'œil, régions qui, comme on le sait, sont traversées par de nombreux vaisseaux (vaisseaux ciliaires, *vasa vorticosa*).

Épisclérite. — A quelques millimètres du limbe cornéen, le plus souvent au niveau des points d'insertion des muscles droits externe ou supérieur, apparaît, tout d'abord, une tache rouge, qui proémine, bientôt, en une bosselure étalée, du volume d'un pois, parsemée de capillaires épiscléreaux. Jamais le bouton exsudatif ne s'ulcère et, au bout d'un temps plus ou moins long, il s'affaisse par résorption, puis pâlit et disparaît en totalité, et il ne reste qu'une légère dépression de teinte ardoisée, au niveau de laquelle la muqueuse oculaire semble adhérer légèrement à la sclérotique. La cornée s'infiltré et s'opacifie sous la forme d'un arc sénile partiel, lorsque l'épisclérite occupe le voisinage immédiat

de cette membrane et porte atteinte à la circulation lymphatique.

Dans la plupart des cas, les symptômes fonctionnels, très modérés, consistent en une sensation de gêne et de corps étranger; l'affection est, pour ainsi dire, indolente. La vision n'est jamais amoindrie. Le pronostic est donc favorable à ce point de vue; mais, comme le traitement, peu efficace, est impuissant à prévenir les récidives, on doit envisager cette affection comme fâcheuse.

Sclérite. — La forme profonde de la sclérite est souvent consécutive à l'irido-choroïdite; il est, toutefois, des cas nombreux de sclérite primitive. Dans le voisinage du limbe, la sclérotique présente tantôt une tuméfaction généralisée, diffuse, d'un rouge mauve, tantôt des plaques isolées, de couleur lie de vin, comme dans l'épiscléritis. Mais, ce qui distingue surtout la sclérite de l'épisclérite, c'est l'extension du processus inflammatoire à la cornée et au tractus uvéal. La cornée s'infiltré profondément et se sclérose; quant à la propagation de la phlegmasie à l'uvée, elle se traduit par de l'iritis, des opacités du corps vitré et parfois même par une cataracte choroïdienne. La sclérotique, amincie par des poussées successives de l'affection, finit par se distendre en bosselures noirâtres (*staphylomes*). La sclérite profonde comporte donc un pronostic grave pour la vision.

Tout d'abord, il faut proscrire, comme des plus nuisibles, toute thérapeutique locale irritante (*cautérisations, insufflation de calomel, collyre au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, etc.*).

Si, par exception, l'affection est douloureuse, on aura recours à l'application de plusieurs sangsues à la tempe et à l'emploi de compresses ou de pulvérisations chaudes.

Au lieu du collyre à l'atropine dont l'emploi, longtemps continué, exposerait à des complications glaucomateuses, surtout s'il y a en même temps inflammation de l'iris,

on instillera, une fois par jour, quelques gouttes d'une solution de bromhydrate de scopolamine. Ce dernier médicament joint à une action sédative remarquable des douleurs l'avantage de dilater la pupille pour un certain temps, sans augmenter la pression intra-oculaire.

Bromhydrate de scopolamine.....	0 gr. 03
Eau stérilisée.....	40 —

S'agit-il de la forme habituellement indolente de la maladie, avec tendance à la sclérose des parties voisines de la cornée? On se trouvera bien de l'introduction, matin et soir, entre les paupières, d'une petite quantité de pommade au précipité jaune ou salicylée, suivie d'un massage doucement exécuté du globe de l'œil au niveau de la partie atteinte. Quelques fines pointes de feu seront faites avec le galvano-cautère, près du bord sclérotical, dans les cas très anciens et rebelles à la médication précédente.

I

Précipité jaune (obtenu par précipitation).....	0 gr. 06
Vaseline.....	6 —

II

Acide salicylique.....	0 gr. 10
Vaseline.....	10 —

On a tenté de s'attaquer directement à la nodosité épisclérale, afin d'abrégier la marche si désespérément trainante de la maladie. Dans ce but, on a recommandé les scarifications répétées, le curettage, les injections

de sublimé, *loco dolente*, avec une seringue stérilisée. Ces moyens ont donné parfois de bons résultats, mais ils sont le plus souvent repoussés par les patients.

Le traitement interne n'est pas à négliger; chez un rhumatisant, on se trouvera bien de l'usage des alcalins, de l'iodure de potassium, du salicylate de soude, en même temps qu'on poussera à la salivation et à la sudation abondantes par l'emploi des injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine ou d'une infusion de feuilles de jaborandi. On préférera la teinture de colchique, les granules de colchicine, le salicylate ou le benzoate de lithine, les préparations arsenicales, s'il existe des manifestations goutteuses ou arthritiques.

Un traitement spécifique sera institué toutes les fois qu'il y aura lieu de soupçonner la syphilis dans les antécédents du malade.

On surveillera avec soin les troubles de l'appareil de la circulation chez les hémorrhoidaires et les femmes dysménorrhéiques; toutes les fonctions et, en particulier, les fonctions digestives, seront régularisées avec soin. Enfin, quelle que soit la cause de la maladie, il est indispensable de faire suivre toutes les précautions hygiéniques (séjour dans un endroit sec, frictions cutanées, régime alimentaire, etc.).

Le traitement général de l'épiscléritis, la médication iodurée et tonique, en particulier, trouvent ici leurs indications lorsqu'on a affaire à la sclérite. L'iodure de potassium à petite dose, une cure d'eaux minérales, iodurées, alcalines ou arsenicales, le séjour dans un endroit sec, etc., seront conseillés pour éviter les récidives.

Quant au traitement local, il a peu d'action sur la sclérite profonde, excepté lorsqu'on a affaire à la forme

BIBLIOTECA
 FAC. DE MED. URM.
 ACC. AD PR. MEDICINA
 BIBLIOTECA
 FAC. DE MED. URM.

rhumatismale suraiguë, diffuse de l'affection. L'application des sangsues à la tempé, l'emploi d'un mydriatique (s'il y a menace d'iritis) combiné avec l'usage régulier du salicylate de soude et une révulsion intestino-cutanée énergique par les sudorifiques et les purgatifs salins, donneront des résultats immédiats satisfaisants. Si la situation ne se modifie pas, on pourra, comme je l'ai dit plus haut, faire des applications répétées de pointes de feu superficielles.

Les complications graves et multiples que nous avons précédemment énumérées sont malheureusement au-dessus de toute thérapeutique, dans la plupart des cas. Il sera cependant parfois utile de pratiquer une iridectomie, soit dans un but optique, soit pour prévenir les accidents glaucomateux. On attendra, pour faire cette opération, que tout symptôme inflammatoire ait complètement disparu.

CHAPITRE V

IRITIS

Parfois consécutive à une maladie infectieuse de la cornée (*kérato-iritis*), l'inflammation de l'iris s'étend généralement au corps ciliaire nourri par les mêmes vaisseaux abondants (*irido-cyclite*), plus rarement à la choroïde (*irido-choroïdite*); en réalité, l'iris et le corps ciliaire souffrent donc simultanément, dans l'immense majorité des cas.

multiples sont les causes de l'iritis. C'est, tout d'abord, le traumatisme accidentel (contusion avec ou sans plaie, corps étrangers, luxation du cristallin, etc.), ou opératoire (masses cristalliniennes restées après l'extraction de la cataracte, etc.). La plupart des autres cas relèvent d'une infection générale. Au premier rang (3/4 des cas), citons la syphilis acquise et héréditaire. Puis, viennent le rhumatisme et la blennorrhagie, les fièvres graves, la scrofulo-tuberculose et la lèpre généralisée. Des foyers d'infection du voisinage (ulcères cornéens, lésions des sinus périorbitaires, des fosses nasales, de la bouche et du pharynx, etc.), ou à distance (lésions utéro-vaginales, gastro-intestinales, etc.), jouent un rôle incontestable, le terrain étant d'ailleurs souvent préparé par une cachexie albuminurique, diabétique, alcoolique, goutteuse ou cardiaque. Quant à l'iritis idiopathique, aiguë, unilatérale, elle atteint l'adulte sans cause bien établie, à moins d'admettre l'influence problématique d'un refroidissement. La forme chronique, plastique, récidivante (*irido-chorio-cyclite*), survient chez le vieillard dont la santé est délabrée, chez la femme, à la suite de troubles de la ménopause; elle envahit les deux yeux et aboutit souvent à une cécité incurable.

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UNIV. ACCADEMIA DI SCIENZE E LETTERE MEDICINA
 BIBLIOTECA FAC. DE MED. UNIV.