

avancés en âge, une opacité d'un blanc grisâtre située à la périphérie de la cornée, dont elle suit la circonférence, séparée néanmoins de la sclérotique par une languette de cornée saine. Cette opacité est désignée sous les noms d'*arc* ou *cercle sénile*, *gérontoxon*. Tantôt l'opacité représente un anneau complet (*cercle sénile*), tantôt un arc de cercle (*arc sénile*), tantôt deux segments de cercle réunis à angle. En général, le *gérontoxon* forme un anneau étroit; parfois celui-ci s'avance tellement vers le centre de la cornée, qu'il ne laisse à découvert qu'une portion de miroir oculaire de l'étendue d'une pupille moyennement dilatée. Dans tous les cas, il n'apporte pas d'obstacle à l'exercice de la vision. Ainsi que le nom même d'*arc sénile* l'indique, cette altération de la cornée est en quelque sorte spéciale à l'âge avancé. Toutefois on observe le *gérontoxon* en dehors de ces conditions. Furnari a remarqué que, chez la plupart des nègres de l'Afrique et chez un grand nombre d'Arabes, il se forme de bonne heure, sans que la vision s'altère.

Ph.-Fr. de Walther considère l'*arc sénile* comme une atrophie de la portion correspondante de la cornée; les lamelles de cette membrane adhèrent entre elles et ne renferment plus, dans leur intervalle, le liquide sécrété dans l'état normal. Il résulte des recherches de Canton que le *gérontoxon* est une dégénérescence graisseuse; l'examen microscopique fait découvrir, entre les lamelles de la portion de cornée affectée, une grande quantité de globules huileux. Au niveau de la partie altérée, les lames élastiques antérieure et postérieure conservent leur structure normale.

Déjà, en 1850, Ormerod et Quain avaient signalé la coïncidence du *gérontoxon* avec la dégénérescence graisseuse du cœur. Virchow et Canton ont confirmé ce fait. Canton a constaté également, dans ces cas, une dégénérescence graisseuse des muscles de l'œil, du foie, des reins, des os, des artères, des cartilages du larynx et des côtes. Haskins ne partage pas l'opinion précédente. Sur douze personnes atteintes de *gérontoxon* à un certain degré, qu'il a examinées, il n'en a trouvé que deux présentant quelques symptômes du côté du cœur. Avant de faire entrer le *gérontoxon* dans la séméiotique des affections du cœur, il convient donc de se livrer à de nouvelles recherches. Il n'est pas démontré non plus que l'*arc sénile* est toujours accompagné d'un anneau semblable autour de la portion correspondante du cristallin, opinion soutenue par von Ammon et Schœn. Il résulte des recherches de Canton, de Warlomont et Testelin que cette coïncidence est tout à fait fortuite.

L'existence du *cercle sénile* a été prise en considération par quelques chirurgiens pour la *kératotomie*. On a pensé, mais à tort, qu'un lambeau cornéal dont le bord libre comprend le *gérontoxon* ne devait pas se réunir par première intention.

SECTION XII.

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DE LA SCLÉROTIQUE.

La sclérotique présente des variétés sous le point de vue de l'épaisseur: lorsqu'elle est très-amincie, elle laisse voir par transparence la couleur bleuâtre de la choroïde; c'est ce que l'on observe chez les *microphthalmes* et les *hydrophthalmes*. On a noté, dans quelques cas, des *amincissements partiels*, et, chez d'autres sujets, des portions *épaissies* à côté d'autres parties amincies. Quelques enfants offrent à la naissance des *taches* noires mat ou brun foncé, d'étendue variable sur divers points de la sclérotique. Elles sont probablement la conséquence d'une accumulation anormale du pigment de la choroïde dans les points où la fibreuse elle-même est un peu amincie.

Fleischmann (d'Erlangen) a décrit un cas de *duplicité* de la sclérotique.

CHAPITRE II.

BLESSURES DE LA SCLÉROTIQUE.

Les blessures de la sclérotique existent rarement seules; la choroïde et la rétine sont presque toujours intéressées simultanément. On peut les diviser en pénétrantes et non pénétrantes, selon que la totalité ou une partie de l'épaisseur de la fibreuse de l'œil est comprise dans la lésion.

Les blessures qui n'entament qu'une portion de l'épaisseur de la sclérotique sont peu dangereuses; on en a un exemple lorsqu'on se sert, dans l'opération de la cataracte par extraction, pour fixer l'œil, de la pique de Pamard, qu'on implante dans le tissu sclérotidien. On voit aussi parfois des corps étrangers d'un petit volume se fixer dans l'épaisseur de la sclérotique, sans déterminer de troubles graves.

Les plaies *pénétrantes* exposent à une hernie de la choroïde; on combat celle-ci par une compression exercée au moyen d'un bandage à travers les paupières. Il faut se garder de ponctionner la tumeur choroïdienne ou de l'exciser. Il arrive quelquefois que la plaie conjonctivale se cicatrice, pen-

dant que la blessure scléroticale, restant béante, livre pour toujours passage à une petite portion de la choroïde et de la membrane hyaloïde.

Lorsque la plaie de la sclérotique est étendue, l'humeur vitrée s'échappe en abondance. Les cellules du corps hyaloïde se remplissent de sang et forment, entre les lèvres de la plaie scléroticale, une saillie semblable à un fungus. Le plus souvent la vision est détruite, non-seulement en raison de l'issue abondante de l'humeur vitrée, mais encore par suite de la lésion de la rétine et de l'inflammation consécutive. Si le cristallin est resté dans l'œil, il s'opacifie; le plus communément, il s'échappe avec le corps vitré.

Dans les cas de ce genre, lorsqu'on est appelé au moment de l'accident, on fait coucher le malade dans la position horizontale, on maintient les paupières rapprochées par des bandelettes agglutinatives et on soumet le blessé à un traitement antiphlogistique énergique. Si le corps hyaloïde, en partie intact, proémine entre les lèvres de la plaie scléroticale, on excise la portion saillante.

C'est de dehors en dedans que se produisent généralement les blessures de la sclérotique; une manœuvre maladroite ou des mouvements inconsidérés du globe, pendant une opération de cataracte par abaissement ou d'*iridodialyse*, exposent la fibreuse oculaire à être perforée par l'aiguille de dedans en dehors.

Les ruptures de la sclérotique sont la conséquence de coups violents, de coups de poing par exemple, portés sur l'œil ou même sur le pourtour de l'orbite. White Cooper fait remarquer que ces sortes de solutions de continuité sont toujours placées à la partie supérieure ou à la partie supéro-interne de la circonférence antérieure de la sclérotique. Il explique cette particularité, en admettant que le bord supérieur de l'orbite protège le globe et arrête les coups dirigés de haut en bas, tandis que les coups portés directement en avant peuvent écraser l'œil contre la partie supérieure et postérieure de l'orbite; la sclérotique cède alors dans celle de ses parties qui est la plus faible, au-dessus du point où elle a reçu le choc. Cette explication, applicable aux cas où la violence extérieure a agi directement sur le globe, ne l'est plus lorsque la rupture se produit à la suite d'un coup appliqué sur l'arcade orbitaire.

Les ruptures de la sclérotique sont en général accompagnées de troubles graves de la cavité du globe; il se fait des infiltrations ou des épanchements de sang dans l'organe, suivies d'inflammations plus ou moins graves. Souvent aussi le cristallin déplacé sort à travers les lèvres de la solution de continuité de la sclérotique, pour se loger sous la conjonctive (*luxation sous-conjonctivale du cristallin*). La vision est compromise ou abolie pour toujours.

Les blessures non pénétrantes de la sclérotique peuvent être compliquées de la présence d'un corps étranger dans l'épaisseur de cette membrane.

CHAPITRE III.

INFLAMMATION DE LA SCLÉROTIQUE.

Il existe des connexions tellement intimes entre la sclérotique et la conjonctive d'une part, la choroïde de l'autre, qu'il est difficile de décider si les symptômes d'inflammation attribués à la première de ces membranes ne se rapportent pas à l'une des deux autres tuniques de l'œil. En se rappelant la structure fibreuse de la sclérotique, le très-petit nombre de capillaires qu'on y rencontre, on est déjà peu disposé à admettre la phlegmasie de cette membrane. Plusieurs ophthalmologues professent une opinion contraire et pensent que l'inflammation de la sclérotique est fréquente. Se fondant sur ce fait, que le rhumatisme porte spécialement son action sur les membranes fibreuses, ils ont cru devoir considérer l'inflammation de la sclérotique comme de nature rhumatismale, et pour eux il y a identité entre la sclérotite et l'*ophthalmie rhumatismale* (voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 511). Si on consulte les descriptions de Weller, de Mackenzie, de White Cooper, on trouve ou bien des caractères séméiotiques tout à fait insuffisants, ou bien des symptômes qui se rapportent à des affections entièrement différentes de la sclérotite.

C'est particulièrement sur la présence de la *zone vasculaire radiée*, au niveau de la partie antérieure de la sclérotique, que Sichel fonde le diagnostic de la sclérotite. Pour ma part, j'ai cherché bien souvent à retrouver cette zone vasculaire avec la forme figurée par l'auteur. Toutes les fois que, chez un sujet affecté d'ophthalmie, il existe une zone vasculaire péricornéale, elle se présente avec les caractères que nous avons précédemment indiqués en décrivant la kératite (p. 13). Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que Wardrop et Beer diffèrent d'opinion avec Sichel sur le mode d'injection propre à la sclérotite: d'après Wardrop, il n'y a pas de zone rouge autour du bord de la cornée; les vaisseaux sanguins sont le plus souvent également nombreux sur tout le blanc de l'œil; ils s'avancent suivant des lignes presque droites, de la partie postérieure de l'œil jusqu'à la cornée. Beer professe au contraire que les vaisseaux ne sont pas également nombreux sur tout le blanc de l'œil, et qu'ils sont ramassés par places, en faisceaux ou en grappes.

L'existence d'une sclérotite véritable a été mise en doute par Velpeau, qui a invoqué avec raison, contre elle, les arguments suivants: 1° les oculistes ont procédé par induction. Ils ont dit: il y a une ophthalmie rhumatismale; or, puisque, dans le rhumatisme, c'est le tissu fibreux qui s'enflamme, dans l'ophthalmie rhumatismale c'est le tissu fibreux de l'œil, c'est-à-dire la sclérotique qui se prend. A quoi on peut d'abord objecter que le rhumatisme n'affecte pas le tissu fibreux exclusivement, mais qu'il atteint aussi le tissu musculaire, le tissu synovial. 2° Les partisans de la sclérotite ont invoqué, en faveur de cette phlegmasie, l'existence de l'an-