

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 maladroitement 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-



neau vasculaire radié à la partie antérieure de la sclérotique. Or les inflammations aiguës du tissu fibreux sont toujours disséminées et dépourvues de vascularisation régulière; elles ne se maintiennent pas au delà de quelques jours, sur une seule bandelette fibreuse, au milieu de larges plaques aponévrotiques ou ligamenteuses. Dans la sclérotite, la rougeur existerait au début et constituerait la seule altération; elle est sous forme de rayons et reste toujours limitée à une zone peu étendue de la membrane, en avant. Mais dans l'inflammation des tendons, des aponévroses, des ligaments, la phlegmasie offre des changements tout différents. 3° Les caractères assignés par les auteurs à la sclérotite (anneau radié péricornéal, larmoiement, photophobie) se montrent sur le tiers au moins des malades atteints d'ophtalmies. 4° Il n'est pas possible d'admettre que la sclérotique, si épaisse, si dense, si peu vasculaire, si peu sensible, soit plus sujette que les autres membranes de l'œil à l'inflammation, quand il est reconnu que les aponévroses, les tendons, les ligaments, le tissu fibreux en général s'enflamment avec tant de difficulté, si tant est qu'ils soient jamais le siège primitif d'inflammation aiguë spontanée. 5° Ce qui prouve que la sclérotique n'a pas de tendance aux inflammations, c'est que les plaies, les déchirures, les contusions de cette membrane se cicatrisent sans être suivies des symptômes de la prétendue sclérotite. 6° L'anneau rouge, placé autour de la cornée dans beaucoup d'ophtalmies, est formé par les anastomoses des vaisseaux qui vont se rendre à l'iris. Il se développe sous l'influence des maladies de la cornée et non de celles de la sclérotique. 7° Le larmoiement et la photophobie appartiennent à la kératite ou à l'iritis. Velpeau conclut que la maladie décrite sous le nom de *sclérotite* est ou une kératite, ou une iritis, et que la sclérotite diffuse, annulaire des modernes est une *pure création de l'esprit et doit être rayée du cadre pathologique*.

Il n'est pas démontré que l'affection décrite par d'Ammon sous le nom d'*ophtalmie sous-conjonctivale* (voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 100), qui est considérée par quelques auteurs comme une sclérotite circonscrite, et que j'ai observée plusieurs fois, soit en réalité une phlegmasie propre à la sclérotique. Il y a tout lieu de penser, au contraire, qu'il s'agit d'une maladie primitive de la choroïde et que la sclérotique ne se prend que consécutivement. Ces lésions rentrent donc dans le cadre de la scléro-choroïdite.

#### CHAPITRE IV.

##### STAPHYLÔME SCLÉRO-CHOROÏDIEN.

On a donné ce nom à une affection caractérisée par une ou plusieurs tumeurs de volume variable, de couleur bleuâtre, situées en arrière de la circonférence de la cornée, et formées par une saillie anormale de la sclérotique et de la choroïde. On la désigne encore par d'autres appellations :

*staphylôme de la sclérotique, staphylôme de la choroïde, varices de la choroïde, sclérotico-choroïdite, cirsophthalmie, sclérotite scrofuleuse.*

**Symptômes.** Il existe sur la circonférence antérieure de la sclérotique, à quelques millimètres en arrière du limbe de la cornée, une ou plusieurs saillies, de couleur ardoisée ou bleuâtre, d'un volume qui varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois ou même d'une noisette, arrondies, ovales ou irrégulières, recouvertes par la conjonctive. Chacune des saillies est formée de petits lobules ou de bourrelets réunis par la base. Dans les autres points de son étendue, la sclérotique est généralement saine, parfois amincie. L'œil peut ne pas présenter d'autres altérations; souvent la pupille change de forme; elle devient ovale, dans le sens vertical ou transversal, ou oblique, ce que l'on explique par un tiraillement de l'iris vers la saillie staphylomateuse. Quelquefois le bord pupillaire offre un aspect frangé. La pupille peut être rétrécie, irrégulière, adhérente à la capsule du cristallin. L'iris est parfois rétracté au point de disparaître presque entièrement et de ne laisser qu'un limbe fort étroit circonscrivant une pupille très-dilatée. Le fond de l'œil offre une apparence particulière; il paraît souvent bleuâtre, verdâtre, vert de mer. La cornée ne reste pas étrangère à ce travail inflammatoire; elle est le siège d'opacités, soit à la périphérie seulement, soit dans une plus grande partie de son étendue. La conjonctive et le tissu cellulaire subjacent sont sillonnés de vaisseaux variqueux. Les troubles fonctionnels sont subordonnés à l'altération des membranes de l'œil; la vision peut être conservée, s'il n'existe qu'une ou plusieurs saillies staphylomateuses; elle est troublée ou abolie, lorsque des exsudats se sont formés dans la pupille ou dans l'épaisseur de la choroïde. Les sujets accusent parfois des douleurs dans l'orbite et sur les branches de la cinquième paire qui s'irradient autour de cette cavité. Lorsque cette *irido-choroïdite* affecte une marche plus aiguë, les douleurs deviennent pulsatives; elles s'accompagnent parfois de fièvre.

**Marche. Terminaisons.** La maladie demeure parfois stationnaire, pendant des années; on l'a vue se terminer par une guérison spontanée: alors la tumeur s'affaisse peu à peu. Dans le plus grand nombre des cas, la saillie staphylomateuse s'accroît lentement; en même temps, apparaissent d'autres bosselures qui prennent l'aspect mamelonné; l'œil augmente sensiblement de volume. Souvent la cornée est encadrée par un bourrelet complet ou incomplet, formé de saillies inégales et livides (*staphylôme du corps ciliaire*). Le sommet du staphylôme s'amincit par la distension incessante de la tumeur qui finit parfois par se rompre; alors l'humeur aqueuse est évacuée, ce qui apporte un soulagement notable aux douleurs, jusqu'à ce que les saillies staphylomateuses se distendent de nouveau. La rupture est parfois suivie d'une phlegmasie aiguë de l'œil, à la suite de laquelle cet organe s'atrophie.

**Variétés.** Le staphylôme sclérotico-choroïdien n'occupe pas seulement la partie antérieure de l'œil; bien plus fréquemment il se développe en arrière, au voisinage du nerf optique. Il en sera question plus tard (voy. *Scléro-choroïdite postérieure*). D'autres fois, il se forme sur les parties latérales du