

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

globe. Il peut être général : alors tout le globe est augmenté de volume et d'une couleur bleu foncé ; la cornée devient demi-transparente et les chambres de l'humeur aqueuse sont développées anormalement. Ou bien il est impossible de distinguer les limites entre la sclérotique et la cornée ; celle-ci est opaque, adhérente à l'iris ; la pupille est oblitérée.

**Anatomie pathologique.** Au niveau des saillies staphylomateuses, la sclérotique et la choroïde sont amincies, la rétine atrophiée ; ces membranes adhèrent entre elles, ou bien il existe des épanchements lymphatiques ou séreux, tantôt entre la sclérotique et la choroïde, tantôt entre la choroïde et la rétine. Dans quelques cas, on trouve un épanchement séreux sous-rétinien tellement considérable, que la rétine est refoulée vers le centre du globe et séparée de la choroïde, ne présentant qu'un faisceau plissé, prenant son origine du nerf optique et s'étendant en avant jusqu'à la cristalloïde postérieure.

**Nature du mal.** Le staphylôme scléro-choroïdien est une phlegmasie de la choroïde et de la sclérotique avec amincissement de ces deux membranes qui, cessant d'offrir une résistance suffisante à la pression des liquides intraoculaires, se laissent distendre peu à peu, dans les points les plus faibles, pour former les saillies bleuâtres qui caractérisent l'affection.

**Causes.** Ce sont celles de la choroïdite. Quelques auteurs attribuent un grand rôle à l'état scrofuleux ; Mackenzie décrit la maladie sous le nom de *sclérotite scrofuleuse*. Les femmes y sont plus exposées que les hommes et, chez elles, l'affection est parfois le résultat de troubles menstruels. Sichel la rattache aussi à une disposition hémorroïdale et gouteuse, à la suppression d'une évacuation habituelle. Les plaies pénétrantes de la sclérotique et de la choroïde en sont quelquefois le point de départ. On signale encore le manque d'exercice ; l'habitude de rester enfermé ; les dérangements des fonctions de l'estomac et des intestins ; les fatigues de l'organe de la vision par suite de travaux continus ; l'exposition des yeux à une chaleur ou à une lumière trop intenses.

**Diagnostic.** On pourrait confondre le staphylôme scléro-choroïdien avec le *cancer mélanique* de l'œil. Cette dernière production morbide a une marche plus rapide. Lorsqu'il existe un staphylôme, la ponction de la tumeur donne issue à un fluide aqueux et la saillie s'affaisse momentanément. S'agit-il d'une affection mélanique, la ponction donne issue à une substance noire, demi-solide, et la saillie ne diminue pas de volume.

**Traitement.** Au début, on met en usage les divers moyens préconisés contre la choroïdite. Mackenzie se loue de l'*acide arsénieux* et de l'*arséniate de potasse* ; sous l'influence de l'administration de ces agents, à la dose d'un milligramme, trois fois par jour, pour commencer, il a constaté une contraction des vaisseaux variqueux, une diminution dans l'altération de couleur et dans la saillie de la sclérotique, une amélioration de la vue et de la santé générale. Le même praticien a obtenu de bons résultats de l'emploi du *mercure* et de l'*iodure de potassium*, à une période même déjà avancée du mal. Lorsque la tumeur résiste aux moyens généraux, on peut en solliciter l'affaissement par diverses médications locales : la *cautérisation pra-*

tiquée à plusieurs reprises, et à quelques jours d'intervalle, avec une solution concentrée d'azotate d'argent ou avec le crayon de pierre infernale ; la *ponction* avec une aiguille à cataracte, de façon à vider le contenu de la tumeur. Immédiatement après, on rapproche les paupières et on exerce sur l'œil une compression méthodique, afin de s'opposer au retour de la saillie. Si le staphylôme scléro-choroïdien est très-proéminent, mais bien circonscrit, on peut *exciser* la tumeur. Dans les cas où il existe un grand nombre de tumeurs staphylomateuses ; ou bien encore, s'il y a une seule tumeur d'un volume considérable, que les mouvements des paupières soient gênés, que le malade éprouve des douleurs dans le globe ; si enfin le sujet veut être débarrassé d'une difformité, il convient de faire l'*ablation du segment antérieur de l'œil*, pour obtenir l'atrophie de ce dernier et pouvoir y adapter un œil artificiel. Le procédé opératoire est analogue à celui qui a été décrit pour le staphylôme opaque de la cornée (p. 36), si ce n'est que le couteau est enfoncé dans l'épaisseur de la sclérotique, en arrière des saillies staphylomateuses.

### SECTION XIII.

#### MALADIES DES CHAMBRES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE.

##### CHAPITRE I.

###### CORPS ÉTRANGERS DES CHAMBRES ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE.

Les corps étrangers pénètrent beaucoup plus souvent dans les chambres antérieure et postérieure de l'œil, par la cornée que par la sclérotique, à travers lesquelles ils sont projetés avec plus ou moins de force. Ils sont de diverse nature : des fragments de capsule fulminante, de pierre, de fer, d'ardoise, de verre, une écharde de bois, du petit plomb, la pointe d'une aiguille à cataracte. Le corps étranger occupe tantôt la chambre antérieure, tantôt la postérieure. Dans le premier cas il peut être *mobile* en tous sens, obéissant aux lois de la pesanteur, c'est-à-dire se déplaçant avec les mouvements de la tête (Critchett). Le plus souvent, *il se loge dans une partie de la chambre antérieure*, où il garde une *position fixe* (Petrequin). Il peut se placer *derrière l'iris*, entre celui-ci et le cristallin (White Cooper), ou plus profondément encore, *sous la membrane hyaloïde* restée intacte (Critchett).

Abandonnés à eux-mêmes, les corps étrangers qui ont pénétré dans les chambres de l'œil se comportent différemment. Il est extrêmement rare qu'ils se *résorbent*. Parfois le corps étranger *s'enkyste* (Salomon). Le plus