

tier. (Voy. *Atrophie de l'œil*.) Dans beaucoup de cas de phthisie de la cornée, la pupille artificielle est praticable ; elle ne l'est jamais dans l'atrophie.

### CHAPITRE III.

#### MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE.

Nous avons étudié (t. I, p. 71) les différences que présente la sclérotique à l'état normal (1). Nous avons aussi fait l'énumération succincte des affections dont elle peut être frappée. Il ne nous reste plus maintenant qu'à décrire ces maladies.

#### ARTICLE PREMIER.

##### SCLÉROTITE.

(*Ophthalmie sous-conjonctivale de d'Ammon, syndesmite variqueuse de Rau, inflammation du corps ciliaire de Wilde, ciclyte de von Artha et de van Roosbroeck*).

La nomenclature de cette maladie, que nous rappelons ici, donne la preuve que les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège qu'elle occupe.

Est-ce, comme je le crois, dans la sclérotique qu'existe l'inflammation, ou bien serait-ce, comme le pense d'Ammon, « la phlogose du tissu que l'on rencontre entre la surface antérieure de la sclérotique et la surface postérieure de la conjonctive ? » Serait-ce dans le muscle ciliaire, comme le pense Wilde, Von Artha et Van Roosbroeck ? La question ne peut être résolue d'une manière absolue en dehors de recherches d'anatomie pathologique.

Cependant, si l'on analyse un à un tous les symptômes de la maladie, sa durée considérable, ses récidives si fréquentes, sa marche qui prouve que l'inflammation peut s'étendre de proche en proche jusqu'à l'intérieur de l'œil, si l'on note surtout l'amincissement constant de la sclérotique, quel qu'ait été le degré de l'inflammation, l'apparition de taches noirâtres à la surface de cette

(1) Voir aussi la note du bas de la page 408.

membrane par suite de cet amincissement, l'ulcération dont je citerai plus loin un remarquable exemple, on demeure convaincu que le mal a dû débiter sur une membrane bien autrement importante que la membrane sous-conjonctivale, c'est-à-dire par la sclérotique.

Je crois moins fondée encore l'opinion qui place le siège de ce mal dans le corps ciliaire, parce qu'il est difficile d'admettre qu'un organe qui n'est qu'un muscle de la vie organique (Bowman) puisse produire en s'enflammant des désordres aussi considérables et d'une aussi longue durée.

La sclérotite que nous étudions ici n'est pas non plus cette prétendue inflammation qui a été décrite depuis Beer, comme le type de l'ophtalmie rhumatismale, et qui n'est qu'une injection symptomatique (nous en parlerons après cet article) ; c'est, nous le répétons à dessein, l'inflammation du tissu propre de la sclérotique, maladie qui s'étend en avant et en arrière aux tissus du voisinage, qui s'accompagne sur le point attaqué de tuméfaction, d'exsudations plastiques, et, comme nous l'avons déjà dit, d'ulcérations fort graves.

Cette maladie attaque assez souvent des personnes d'une constitution faible et dont les fonctions digestives laissent à désirer ; cependant je l'ai vue aussi sur des sujets exempts de semblables conditions, et, en apparence, dans le meilleur état de santé. En général elle est rare avant quinze ans et après quarante ou quarante-cinq ans ; elle m'a paru plus fréquente chez les femmes (1).

**SYMPTÔMES.** — L'inflammation demeure le plus souvent limitée à la surface de la sclérotique. Dans un grand nombre de cas, cependant, elle marche d'avant en arrière et se complique d'ophtalmie interne.

De là deux formes particulières de la maladie, forme *externe* ou *superficielle* et forme *interne* ou *profonde* ; de là aussi une différence considérable dans le pronostic et le traitement.

**Forme superficielle.** — L'affection, lorsqu'elle débute, prend toujours cette forme ; elle est alors partielle le plus ordinairement et limitée à une étendue fort peu considérable de la surface externe de la sclérotique. Elle se présente sous l'aspect d'une ou de plusieurs petites élévations d'un blanc jaunâtre, d'apparence gris-

(1) Il y a aussi une *sclérotite traumatique* ; nous en dirons quelques mots plus loin. (Voy. *Blessures de la sclérotique*, p. 402.)



seuse, placées très près de la cornée dans la région qu'occupe le muscle ciliaire (corps ciliaire).

La conjonctive dans le point malade est soulevée, et une rougeur que nous décrivons tout à l'heure couvre la tumeur dans son ensemble et s'étend vers ses limites. Dans les cas légers, et surtout au début du mal, on pourrait croire tout d'abord à une conjonctivite pustuleuse, en voyant une injection fasciculaire se terminant du côté de la cornée par une ou plusieurs élévations de couleur blanche; mais avec plus d'attention et en groupant les symptômes que nous décrivons, l'erreur devient impossible. Ajoutons cependant que si la maladie est en voie de résolution, le diagnostic anatomique devient assez difficile; cependant la durée du mal, toujours longue, ne laisse aucune incertitude.

Au-dessous de ces élévations la sclérotique fait une saillie manifeste en dehors, dans l'étendue de la largeur d'un grain de chènevis, quelquefois sur une surface de 1 centimètre et davantage, et cela sur un ou plusieurs points à la fois. Lorsqu'elle est très large et très saillante, on pourrait croire qu'elle va s'ouvrir et donner passage à la choroïde, mais on n'a fort heureusement rien à craindre de semblable.

Cette tumeur siège le plus souvent à la partie externe du globe, généralement un peu au-dessous de l'extrémité du muscle droit. Ensuite, sous le rapport de la fréquence, je l'ai vue au-dessus de ce muscle, entre lui et le droit supérieur; mais lorsqu'elle s'est montrée une fois sur un point, il peut arriver qu'elle apparaisse tout à coup dans un point quelconque de la circonférence de la cornée, et spécialement dans l'un des intervalles musculaires indistinctement. Je l'ai vue quelquefois aussi placée vers le bas de l'œil à 1 centimètre au moins du corps ciliaire.

Tant que l'affection est limitée à une seule tumeur, le malade n'éprouve aucune gêne; mais il n'en est plus ainsi quand la partie antérieure de l'œil devient successivement ou simultanément dans divers points le siège de tumeurs semblables.

Alors l'injection se généralise et toute la surface du blanc de l'œil est d'un rouge plus ou moins vif.

A ce moment il n'est pas rare de voir survenir des accidents du côté de la cornée, très probablement par suite de la compression des nerfs ciliaires plutôt encore que par la propagation de l'inflammation à son tissu.

Tant que la maladie demeure limitée à une tumeur très petite,

que le globe demeure exempt d'injection dans son ensemble, la vision n'éprouve aucune modification; le malade peut reconnaître, en se plaçant dans une lumière convenable, les objets les plus fins et lire avec facilité. L'iris a conservé sa couleur, la pupille sa mobilité, et l'on ne voit, en dehors de tout ce que nous avons décrit, qu'un seul symptôme commun à toutes les ophthalmies, un état brillant général de la cornée et de la surface du bulbe. Mais si les tumeurs s'élèvent, se multiplient, que l'œil se couvre de bosselures assez semblables par leur aspect à des abcès, en même temps que la rougeur se généralise, il survient de la photophobie, de la douleur oculo-frontale, et tous les accidents d'une ophthalmie aiguë.

*Forme profonde.* — Pour que les membranes internes participent à l'inflammation, il n'est pas indispensable que la sclérotique soit frappée à plusieurs endroits à la fois. Cependant cette complication est le plus ordinairement nécessaire.

Lorsque la maladie a atteint la face postérieure de la sclérotique sur un point seulement, il n'est pas rare, en même temps que l'on constate une injection, une photophobie plus vives, de remarquer des désordres du côté de la pupille.

Le premier et le plus visible de tous, c'est l'adhérence à la capsule sur un ou plusieurs points de cette ouverture. L'iris ne se décolore pas, ou du moins ce symptôme n'est pas toujours sensible. Des exsudations se développent aussi dans la pupille, surtout à la circonférence de cette ouverture, et l'on ne doit pas perdre de vue que c'est là l'un des dangers les plus sérieux que le malade ait à courir. En même temps, ainsi que je l'ai vu sur une femme que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs années de suite, et qui fut atteinte, à distance, de cette affection sur les deux yeux, l'amincissement de la sclérotique peut être poussé si loin pendant le travail inflammatoire, que le globe oculaire, entièrement noir à sa surface antérieure, devienne complètement mou, comme dans l'atrophie générale ou la fistule de la cornée, ou, si je voulais trouver une comparaison plus exacte, comme un œuf privé de sa coquille; de telle sorte qu'en touchant l'œil à travers les paupières, il est facile de déformer la pupille et de donner à cette ouverture l'apparence d'un cœur de carte à jouer. Mais cela est très exceptionnel.

Lorsque la sclérotique a subi un ramollissement partiel ou gé-



néral, on n'a pas toujours à craindre de graves accidents ; peu à peu, et à mesure que l'inflammation diminue, des exsudations s'organisent sous la conjonctive, font corps avec cette muqueuse et avec ce qui reste encore de tissu sclérotical, et dès lors le globe reprend peu à peu sa consistance normale.

*Rougeur.* — Les petites tumeurs que nous avons indiquées s'accompagnent, quand elles sont isolées comme dans la forme externe au début, d'une rougeur partielle. Les vaisseaux qui la constituent sont de couleur rosée à la surface et prennent une teinte livide violacée vers les couches profondes. Cette dernière couleur est pathognomonique, et nous verrons tout à l'heure, surtout lorsque l'affection a profondément atteint la fibreuse, qu'elle deviendra de plus en plus prononcée, jusqu'à prendre une teinte noirâtre provenant de l'amincissement de l'enveloppe de l'œil. Si l'on appuie sur le globe par l'intermédiaire de la paupière, les vaisseaux pâlisent sous la pression et s'injectent avec rapidité dès qu'on les laisse libres. Ils viennent de plusieurs sources ; ceux qui sont à la surface de la sclérotique sont généralement courts, droits ; ceux qui rampent au-dessous de la conjonctive forment en s'unissant de petites masses rougeâtres dans lesquelles, même à la loupe, il est impossible de les suivre.

Évidemment la plupart de ces vaisseaux sont là de nouvelle formation, et contiennent entre eux un exsudat graisseux demi-transparent qui donne à l'ensemble un aspect particulier caractéristique.

*Douleur.* — Les malades, tant que l'affection est limitée, n'éprouvent aucune douleur, sinon quand on exerce une pression sur le globe de l'œil. Quelques-uns cependant se plaignent d'une tension douloureuse dans l'œil et dans l'orbite, principalement pendant la nuit, surtout s'ils ont fait quelques écarts de régime. J'ai observé bon nombre de sujets qui n'ont consenti à s'occuper de leur affection que sur les instances de leur famille, convaincus que leur maladie n'offrait absolument rien de sérieux, puisqu'ils n'éprouvaient pas la moindre gêne. Mais lorsque l'affection se répète sur plusieurs points de l'œil simultanément, que la cornée s'infiltré à sa circonférence, alors les malades éprouvent des douleurs très vives qui s'accompagnent d'une photophobie des plus gênantes.

*MARCHE.* — *DURÉE.* — La marche de la sclérotite est des plus lentes et des plus insidieuses. Il n'est pas rare qu'elle soit

limitée sur un seul point pendant plusieurs mois, et à peu près avec les mêmes caractères anatomiques. Si, lorsque la partie atteinte la première commence à se cicatrifier, un autre endroit devient malade, il peut arriver que l'affection se perpétue ainsi pendant une ou plusieurs années.

Sur un médecin des hôpitaux de Paris, le docteur M... S..., presque complètement ankylosé à la suite d'une affection arthritique des plus opiniâtres, la sclérotite, bien que dans sa forme la plus bénigne, n'a pas duré moins de quinze à dix-huit mois, et ne s'est pas compliquée d'inflammation de l'iris.

Chez la malade dont j'ai parlé plus haut, elle a duré plusieurs années, passant de la forme superficielle à la forme profonde, et je crains bien qu'elle ne récidive encore à l'état aigu sur plusieurs points dans l'œil atteint le dernier.

Presque tous les malades chez lesquels la sclérotite a été de quelque durée deviennent myopes à divers degrés ; cela tient à ce que le diamètre antéro-postérieur de l'œil s'allonge. Le globe présente alors une saillie manifeste à son côté externe et l'ophthalmoscope permet de constater que la choroïde s'est amincie autour de la papille du nerf optique, ou même qu'elle a entièrement disparu en cet endroit. (*Choroïdo-sclérotite* de A. Græfe.)

C'est là d'ailleurs un symptôme commun à diverses amblyopies et sur lequel nous reviendrons en nous occupant des affections amaurotiques.

*TERMINAISONS.* — La sclérotite se termine le plus souvent par résolution, et, un fait remarquable, c'est que je n'ai jamais vu le même point s'enflammer deux fois. Le mal peut environner ainsi, à diverses distances de temps, tout le pourtour sclérotical de la cornée, et, cela arrivé, il ne reparaitra plus, seulement il laissera sur les parties atteintes une teinte noirâtre indélébile. Chez la femme dont les yeux sont devenus mous pendant l'inflammation, les sclérotiques ont une couleur noirâtre, comme ardoisée, qu'elles conserveront toujours. J'ai vu de jeunes femmes fort chagrînées par cette terminaison, qui, cependant, est véritablement heureuse.

Dans un seul cas j'ai vu l'œil se prendre de choroïdite très grave et la cornée devenir opaque dans toute son étendue. Il a fallu sept ans pour que l'œil se perdît complètement.

*L'ulcération de la sclérotique et de la cornée est rare ; en voici un fait qui s'est terminé par la destruction de l'œil.*



*Observation.* — M. P..., actuellement capitaine-commandant du Palais-Royal, fut pris en 1847 d'une sclérotite présentant au début les apparences les moins graves. La tumeur était isolée au côté externe, un peu au-dessous du muscle droit. Le blanc de l'œil n'était pas injecté, sauf en dehors. Cependant, vers le mois de janvier 1848, la maladie se généralisa et occasionna bientôt la perte totale de l'œil. A cette époque, la tumeur prit un volume un peu plus considérable, et bientôt la conjonctive et la surface externe de la sclérotique s'étant ulcérées sur deux points différents fort rapprochés l'un de l'autre, la dernière de ces membranes fut complètement détruite d'avant en arrière presque circulairement, dans l'étendue d'environ 5 millimètres, et je vis, au fond de l'ulcère, la choroïde parfaitement reconnaissable et mise à nu. Bientôt la cornée présenta dans le voisinage deux ulcérations profondes qui se confondirent avec celles de la sclérotique sans que rien pût enrayer leur marche; une hernie choroïdienne survint; les humeurs de l'œil s'échappèrent, et un phlegmon à marche lente détruisit le bulbe dans sa totalité.

La douleur ne s'éleva jamais très haut à partir de ce moment, car, pendant les événements de février 1848, ce malade resta à la tête de sa compagnie sans interrompre un instant son service. Il porte aujourd'hui un œil artificiel.

J'ai revu bien des fois depuis l'ulcération simultanée de la conjonctive, de la sclérotique et de la cornée, cas semblables à ceux publiés par M. Bowman (*Ann. d'oculist.*, t. XXX, p. 9); mais je n'ai jamais observé que ce seul fait dans lequel il soit survenu une perforation complète et de graves accidents.

Les *taches de la cornée* sont aussi très fréquentes à la suite de cette maladie; mais il est remarquable que la plupart de celles qui occupent le centre de la membrane finissent par s'effacer, et que la vision n'en est que médiocrement altérée. J'ai dit plus haut que dans un seul cas que j'ai observé la cornée a perdu complètement sa transparence.

Les *adhérences entre l'iris et la capsule*, et les *exsudats* plastiques dans la pupille, sont l'une des complications les plus fâcheuses de cette capricieuse affection.

**PRONOSTIC.** — Il est généralement favorable en ce qui touche la conservation de la vision; mais le médecin ne peut être trop réservé sous le rapport de la durée; il doit avoir présentes à l'es-

prit toutes les complications de la maladie, ses récidives fréquentes, lorsqu'il est obligé de se prononcer dans ce sens. J'ai vu, comme M. Wilde (*Ann. d'oculistique*, vol. XXXII, p. 226), des malades qui ont mal accueilli d'abord les avertissements que je leur donnais sur la durée de leur maladie, et qui plus tard ont fait la triste expérience que rien ne leur avait été exagéré.

**TRAITEMENT.** — Les moyens à prescrire contre cette maladie doivent naturellement varier suivant l'intensité du mal, ses complications et l'état général du malade.

Dans le premier degré de la maladie, alors que l'affection ne gêne pas la vision et n'occasionne aucune douleur, on ne doit se décider que difficilement à employer d'autres moyens locaux que des collyres aromatiques chauds et en même temps très faibles. Des fomentations avec une infusion de camomille ou de romarin, de l'eau chaude, additionnée d'un alcoolat quelconque, peuvent parer à pousser le mal vers une résolution plus rapide.

Si l'inflammation s'élève, le premier soin est de dilater la pupille avec l'atropine et de la tenir en cet état à peu près pendant toute la durée de la maladie pour la protéger contre les adhérences qui pourraient s'établir entre elle et la capsule du cristallin. En même temps, on place l'œil dans des conditions de lumière modérée, et l'on prescrit des onctions de belladone autour de l'orbite. Des conserves bleues, entourées de taffetas noir, si le malade peut sortir, sont aussi d'une grande utilité.

Mais si l'inflammation provoque des douleurs intenses, qu'en même temps il y ait de la photophobie, et que la tumeur ou les tumeurs de la sclérotique s'élèvent, il sera facile d'améliorer rapidement les accidents en pratiquant sur les tumeurs mêmes et parallèlement à la circonférence de la cornée quelques scarifications profondes qui auront pour résultat immédiat de faire tomber la tension des parties, comme cela arrive dans un abcès ordinaire. On atteint ainsi la conjonctive, le fascia dans toute son épaisseur, et la surface soulevée de la sclérotique. Après que la petite hémorragie a cessé, des lotions d'eau fraîche sont conseillées pendant une ou deux heures, et le malade est soulagé aussitôt. Le lendemain l'amélioration continue; mais s'il en est autrement, ce que l'on doit en général rapporter à des incisions trop ménagées et timides, on en pratique de nouvelles sans avoir jamais à craindre le moindre accident. (Voy. *Saignée de l'œil et scarifications*, page 18.)



Des ventouses ou des sangsues artificielles ou naturelles appliquées à la tempe n'ont assurément pas les mêmes avantages que les scarifications ; cependant on peut les prescrire aussi avec profit dans l'état aigu.

Les révulsifs cutanés ne m'ont pas paru bien réussir dans la période de déclin de la maladie ; cependant quelques mouches volantes peuvent être appliquées sur le front.

Les moyens généraux doivent varier suivant l'idiosyncrasie du malade. De même que d'Ammon, j'ai remarqué que chez les sujets que j'ai observés, la circulation abdominale laissait à désirer, et j'ai obtenu de l'amélioration en prescrivant des moyens capables de l'activer. Ainsi, chez les hémorroïdaires, quelques sangsues à l'anus, l'usage de l'aloès à l'intérieur, les bains de siège, les frictions alcooliques sur le ventre, etc. Chez les femmes mal réglées et chlorotiques, le fer et un régime approprié.

L'iodure de potassium seul ou uni au fer sera utile, soit chez les femmes chloro-anémiques, soit chez les hommes affaiblis par diverses causes, pourvu qu'il n'occasionne aucun dérangement dans l'appétit, ce que j'ai vu assez souvent, ou des maux de gorge, quelquefois même une fluxion plus vive vers l'œil enflammé. J'ai donné aussi avec quelque avantage l'huile de foie de morue unie à partie égale de sirop d'écorces d'oranges, en même temps que des amers sous forme de tisane.

M. d'Ammon, dont les observations sont toujours marquées au coin de la pratique, conseille au début le sulfate de potasse à la dose de 8 à 12 grammes par jour dans 200 à 250 grammes d'émulsion d'amandes douces ; je l'ai prescrit et j'en ai été satisfait ; malheureusement ce moyen, de même que tous les autres, n'empêche pas toujours le mal de passer à un degré plus élevé et d'exiger un traitement plus énergique.

Si des abcès surviennent vers la cornée et la sclérotique, il faut se hâter d'employer la compression. (V. p. 15.)

## ARTICLE II.

### INJECTION PÉRIKÉRATIQUE.

(*Sclérotite, ophthalmie rhumatismale des auteurs.*)

Il n'y a pas de conjonctivite aiguë, de kératite, d'iritis, de choroïdite, de rétinite, sans complication de l'injection périkératique,

et cela se conçoit si l'on n'oublie pas la solidarité de vascularisation qui existe entre toutes les membranes internes et externes de l'œil.

Mais cette rougeur qui existe à la surface de la membrane albuginée de l'œil, qu'on observe dans presque toutes les ophthalmies, est-elle une inflammation de cette membrane ou tout simplement un phénomène d'injection par continuité ? Peut-on admettre que cette injection, telle que l'ont décrite les auteurs sous le nom de sclérotite, ne soit qu'un symptôme de la kératite ou de l'iritis, ou d'autres inflammations de l'œil ? Ne doit-on pas admettre, au contraire, qu'elle constitue une inflammation de la fibreuse ?

Il est certain, et l'observation le prouve tous les jours, que la rougeur scléroticale est loin d'avoir l'aspect d'une inflammation, qu'elle n'en a point non plus la marche ni les terminaisons ; que toujours elle est liée à une inflammation plus grave, qui doit nécessairement fixer l'attention du médecin. Dans la kératite, par exemple, dans la kératite aiguë surtout, la sclérotique et la conjonctive s'injectent, et certes ce n'est pas la rougeur symptomatique de ces deux membranes qui offre le plus de danger. L'inflammation réelle et simple de la sclérotique que nous avons décrite plus haut (art. I<sup>er</sup>, p. 386) est rare ; nous appuyons cette assertion sur les observations qui précèdent et sur cette remarque-ci, que les tissus analogues s'enflamment difficilement.

L'injection périkératique est partielle ou générale, elle s'accompagne de symptômes aigus ou chroniques ; elle est toujours symptomatique de l'inflammation de quelque une des membranes les plus importantes de l'œil.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — *État aigu.* — La rougeur, dans l'injection périkératique, affecte une forme particulière qu'il faut avant tout connaître, celle d'un cercle complet ou non de largeur variable (2 à 5 millimètres), qui encadre la cornée en la touchant. Au delà de ce cercle, la sclérotique est à peine rose ; le plus souvent même elle est absolument blanche, circonstance qui, avec d'autres caractères que nous étudierons, prouve que la plupart des sclérotites des auteurs ne sont que le résultat d'un phénomène très simple, de la vascularisation produite par l'inflammation d'une autre membrane.

C'est donc en avant seulement qu'il faut chercher les caractères de l'injection.