

optique ; on ne doit donc pas s'en servir dans les cas où l'on est obligé de mouvoir le regard, ainsi pour la marche. Ce qui est vrai pour les verres hyperboliques est vrai aussi pour la fente sténopéïque, qui, tenue à la main par le patient lui-même tout près de l'œil, lui facilite la vue des objets de petite dimension (caractères fins).

*Tumeurs de la cornée.* — Rien de plus rare que de voir des tumeurs se développer primitivement sur la cornée. Les carcinomes et les sarcomes que l'on observe sur la cornée ne prennent pas naissance dans cet organe, mais bien dans la conjonctive avoisinante et notamment dans le limbe conjonctival. La question des tumeurs a été traitée à propos des maladies de la conjonctive. De même alors nous avons parlé du *dermoïde*, cette tumeur congénitale située en partie sur la cornée et en partie sur la conjonctive.

### CHAPITRE III

## MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE

### ANATOMIE

§ 52. La sclérotique (1) constitue avec la cornée l'enveloppe fibreuse du globe oculaire, dont la forme générale ressemble à une sphère portant un étranglement au niveau de la base de la cornée. Le diamètre moyen de cette sphère (la longueur de l'axe de l'œil) est de 24 millimètres. La sclérotique est le plus épaisse à l'endroit du segment postérieur du globe oculaire ; elle y mesure 1 millimètre d'épaisseur environ. Vers le segment antérieur, son épaisseur diminue graduellement, pour augmenter encore, non loin de la cornée, au niveau de l'insertion des tendons des muscles droits de l'œil, qui, en se confondant avec elle, la fortifient.

La structure histologique de la sclérotique ressemble beaucoup à celle de la cornée. La sclérotique est composée en effet de fines fibrilles de tissu conjonctif réunies en faisceaux. Elles affectent, en général, deux directions différentes : l'une d'avant en arrière (fibres méridionales), et l'autre concentrique avec le bord cornéen (fibres circulaires ou équatoriales). Entre les faisceaux se trouvent des espaces lymphatiques partiellement revêtus de cellules plates, disposition analogue au système des espaces lymphatiques et des corpuscules cornéens dans la cornée. Il s'ensuit que les tissus de la sclérotique et de la cornée se ressemblent ; aussi passent-ils, au bord cornéen, l'un dans l'autre, sans limites nettement tranchées. La sclérotique se distingue de la cornée spécialement parce que dans celle-ci la disposition des faisceaux fibrillaires est beaucoup plus régulière que dans la première.

La sclérotique contient des cellules pigmentaires ramifiées. On les rencontre dans les couches profondes, ainsi que le long des vaisseaux et des nerfs qui la pénètrent. Sur l'œil vivant, on observe quelquefois le pigment à l'endroit où les veines ciliaires antérieures émergent de la sclé-

(1) σκληρός, dur.

tique. Ces endroits se dessinent comme de petits points bruns sur le fond blanc de la sclérotique. Sur les yeux humains, on trouve parfois sur la sclérotique de larges taches, ardoisées ou légèrement violettes, qui résultent d'une pigmentation anormale de cet organe. Ces taches existent régulièrement chez beaucoup d'animaux. — Quand la sclérotique est mince, il est possible de voir, par transparence, le pigment noir de la choroïde qui lui est adossée. Dans ce cas, qui se rencontre spécialement chez les enfants, le blanc de l'œil prend une teinte bleuâtre, comme une mince porcelaine blanche.

La sclérotique est traversée par les vaisseaux et les nerfs qui pénètrent dans l'intérieur de l'œil ; mais elle-même n'en contient qu'un très petit nombre. Par contre, il y a de nombreux vaisseaux dans ce que l'on appelle le tissu épiscléral, c'est-à-dire ce tissu conjonctif lâche qui revêt circulairement la sclérotique, et qui, dans le segment antérieur, y fixe la conjonctive. Au niveau du segment postérieur de l'œil, le nerf optique passe à travers la sclérotique. Celle-ci paraît y avoir une ouverture pour le passage de ce nerf (trou sclérotical). En fait, cependant, les couches internes de la sclérotique se continuent sur le trou sclérotical en formant la lame criblée (fig. 9 ; pour plus de détails, voir § 401).

#### I. --- INFLAMMATION DE LA SCLÉROTIQUE

§ 53. L'inflammation de la sclérotique (sclérite) est une affection assez rare de l'œil ; elle n'atteint jamais que le segment antérieur, c'est-à-dire celui qui est situé entre l'équateur du bulbe et le bord de la cornée. Elle envahit tantôt les couches superficielles seulement, tantôt aussi les couches profondes de la sclérotique. Dans le premier cas, la maladie se termine sans autres suites fâcheuses ; dans le second, au contraire, elle peut devenir dangereuse pour la conservation de la vue, car l'inflammation passe de la sclérotique aux autres membranes de l'œil. Il est donc pratiquement très important de distinguer la forme superficielle de la forme profonde (l'épisclérite et la sclérite des auteurs).

##### a) Forme superficielle de la sclérite (épisclérite)

Cette forme est une inflammation en foyer ; en effet, il se forme sur la sclérotique un bouton inflammatoire circonscrit. Au niveau des endroits malades, par suite de l'accumulation d'un exsudat, la sclérotique montre une saillie, de telle sorte qu'on y observe une élévation tantôt aplatie, tantôt

saillante, pouvant acquérir la grandeur d'une lentille ou même au delà. Cette élévation est parsemée de vaisseaux (épiscléaux) dont la teinte est violette, à cause de leur situation profonde ; elle est fixée à la sclérotique, tandis que la conjonctive, bien qu'injectée, reste mobile. La nodosité est dure, et quelquefois très sensible au toucher. En dehors du bouton, le reste de l'œil peut être exempt d'injection. Les symptômes subjectifs sont très différents ; souvent l'affection ne fait qu'entraîner une légère gêne pour le patient ; d'autres fois il existe des douleurs très violentes qui empêchent pendant longtemps le malade de dormir.

La maladie ne se termine jamais ni par dégénérescence ni par ulcération du bouton ; celui-ci disparaît, au contraire, toujours par résorption. Après que la maladie est restée pendant quelques semaines à son apogée, le bouton s'affaisse lentement, devient plus pâle et disparaît finalement tout à fait, après une existence totale de quatre ou huit semaines. Quelquefois l'affection disparaît sans laisser de traces ; plus souvent, cependant, là où s'est trouvé le bouton, il reste un endroit de teinte ardoisée où la sclérotique paraît légèrement déprimée et où la conjonctive est fixée plus solidement à la sclérotique (cicatrice dans la sclérotique). L'œil ne porte pas d'autres traces de l'affection dont il a souffert.

La sclérite est une affection éminemment chronique, puisqu'elle a pour propriété de récidiver très souvent. A peine un bouton a-t-il disparu — ou même plus tôt — qu'un second se montre à un autre endroit de la sclérotique. Quelquefois la maladie dure jusqu'à ce que toute la circonférence de la cornée ait présenté successivement des nodosités, et que l'on trouve finalement tout autour de cet organe une zone de couleur grise. Alors l'affection est épuisée, car, généralement, on ne voit pas se développer deux fois de suite une épisclérite au même endroit. Mais avant que la maladie en soit arrivée à ce point, il peut s'écouler plusieurs années. Sauf quelques courtes interruptions, le patient peut être incommodé pendant tout ce temps par des accès inflammatoires. Ce qui concourt encore à rendre la maladie incommode, c'est qu'elle attaque très souvent les deux yeux. Eu égard donc à sa longue durée, le pronostic de la forme superficielle de la sclérite est défavorable ; favorable, au contraire, si l'on considère seulement sa terminaison. En effet, la vision n'est pas altérée quelle que soit la durée de l'épisclérite.

L'épisclérite n'atteint, en règle générale, que les adultes, et spécialement les personnes âgées. Dans un certain nombre de cas, cette maladie paraît avoir quelque rapport avec les affections rhumatismales ou goutteuses ; ailleurs, l'origine en est obscure. Quant au traitement, il se montre peu efficace. Il est possible de rendre les souffrances plus tolérables, et la résorption de l'inflammation plus rapide, mais nous sommes impuissants

à prévenir les récidives. Comme traitement interne, si l'on a des motifs de soupçonner que le rhumatisme est l'origine de l'affection, on administre le salicylate de soude. En outre, on recommande les moyens sudorifiques, les révulsifs sous forme d'eau minérale laxative, l'iodure de potassium, etc. Localement, par le massage, l'on peut chercher à précipiter la résorption de la tumeur (*Pagenstecher*). A cet effet, on introduit dans le cul-de-sac conjonctival un peu de graisse soit pure, soit sous forme de pommade au précipité jaune. Alors, au moyen des doigts appliqués sur la paupière, on masse et on presse la tumeur, facilement sentie à travers les voiles palpébraux. Si l'affection est accompagnée de fortes douleurs, outre le massage, l'on peut appliquer des compresses d'eau chaude, de l'atropine, et l'on pratique des soustractions sanguines locales (six ou dix sangsues à la tempe). Quant au massage, il est souvent impossible de l'exercer ici, à cause de la vive douleur qu'il provoque dans le bouton. Dans ces derniers cas, on a encore recommandé la scarification de la tumeur (*Adamück*), ou le curetage au moyen d'une curette tranchante (*Schöler*).

#### b) Forme profonde de la sclérite

Dans cette forme, il existe aussi du gonflement de la sclérotique, soit sous forme de bosselures isolées, soit, plus souvent, sous forme d'une tuméfaction diffuse. Dans ce dernier cas, la sclérotique est gonflée sur une large étendue, sans bosselures; quelquefois elle présente une injection de teinte uniformément rouge bleuâtre tout autour de la cornée. Mais, ce qui distingue surtout la forme profonde de la forme superficielle, c'est la marche et l'extension de l'inflammation sur les autres parties de l'œil. Dans la forme qui nous occupe, pas plus que dans la forme superficielle, l'inflammation ne se termine par dégénérescence des produits inflammatoires. Ceux-ci, en effet, finissent par se résorber, mais laissent après eux une cicatrice de teinte sombre. En même temps, la sclérotique, à l'endroit de la cicatrice, a subi un amincissement notable, au point qu'elle est devenue trop faible pour résister à la pression intraoculaire même normale. C'est ainsi que l'on observe une ectasie au point qui a été malade. Celle-ci se montre sous deux formes, ou bien sous forme de simple agrandissement de la surface sclérale, ou bien sous forme de tumeurs bosselées au niveau des parties amincies de la sclérotique. Dans le premier cas, toute la zone sclérale colorée en gris par l'inflammation et entourant la cornée s'élargit de plus en plus. De cette manière, la cornée et les parties avoisinantes de la sclérotique sont refoulées en avant, de sorte que le globe oculaire s'allonge en forme de poire d'arrière en avant. Dans le second cas, au contraire, l'on voit survenir une ectasie circonscrite de l'endroit aminci, s'élevant au-dessus du

niveau de la sclérotique saine. Il se fait ainsi que, tout autour de la cornée, on remarque une série de bosselures qui, en raison de leurs parois amincies, paraissent noirâtres. A cause de leur situation au niveau du corps ciliaire, on les a désignées sous le nom de staphylômes ciliaires. D'habitude ces deux sortes d'ectasies entraînent le développement d'une hypertonie, un agrandissement général du volume de l'œil et, finalement, la perte complète de la vue.

Les complications du côté des autres parties de l'œil constituent également une propriété distinctive de la forme profonde de la sclérite. Elles concernent la cornée ainsi que l'uvée. Du côté de la cornée, l'on observe des infiltrations ayant leur siège dans les couches profondes, mais qui ne subissent pas la fonte purulente; elles se résorbent, au contraire, tout en laissant après elles des opacités permanentes, — kératite sclérosante (voir page 201). Du côté de l'iris, nous trouvons les symptômes de l'iritis, particulièrement des synéchies postérieures et même une séclusion de la pupille, jamais cependant de l'hypopyon. Pour ce qui concerne la choroïde, l'inflammation en atteint surtout la partie antérieure, et, par suite des opacités qu'elle développe dans le corps vitré, elle altère la vision: Presque toutes les parties de l'œil souffrent donc dans la forme profonde de la sclérite; aussi doit-elle être regardée comme infiniment plus dangereuse que la forme superficielle.

La sclérite profonde attaque presque toujours les deux yeux, et traîne pendant des années, puisque le traitement est impuissant à l'arrêter. Elle entraîne comme conséquences des opacités cornéennes épaisses, la séclusion de la pupille avec ses suites funestes, des opacités du corps vitré et du cristallin, de la myopie d'un degré très élevé par suite de l'allongement de l'axe de l'œil, et finalement de l'hypertonie provoquée par l'ectasie de la sclérotique. L'affection finit donc toujours par entraîner de graves lésions, ou même quelquefois la perte complète de la vue. A l'encontre de ce qui se voit pour la forme superficielle, la forme profonde attaque surtout les individus jeunes (pas les enfants, cependant). On la rencontre souvent en même temps que les signes de scrofule, de tuberculose ou de syphilis héréditaire. Chez la femme, où la sclérite profonde est plus fréquente que chez l'homme, ce sont des troubles de la menstruation qui paraissent en être la cause.

Le traitement a peu d'action sur la sclérite profonde. Il doit surtout être dirigé contre la diathèse qui pourrait être la source de l'affection. On se sert pour cela de moyens diététiques et pharmaceutiques choisis parmi les médicaments qui contiennent de l'iode (iodure de potassium, iodure de fer, des eaux minérales iodurées). Lorsqu'il existe des troubles menstruels, on administre des préparations de fer. En ce qui concerne le traitement

local de l'œil, il faut combattre les inflammations de la cornée et de l'iris par les procédés ordinaires. Lorsque la maladie est plus avancée, il devient fréquemment nécessaire de pratiquer une iridectomie. Cette opération se pratique soit pour des motifs optiques, par exemple pour déplacer la pupille derrière les parties de la cornée encore restées transparentes, soit pour prévenir l'hypertonie intraoculaire qui peut être provoquée par la séclusion de la pupille ou par l'ectasie de la sclérotique. Toutefois, l'iridectomie ne se pratiquera, autant que possible, que lorsque tous les symptômes inflammatoires auront disparu.

La forme superficielle et la forme profonde de la sclérite ne se distinguent pas nettement l'une de l'autre, car leurs symptômes se confondent souvent. En effet, il nous est généralement impossible de voir, sur l'œil vivant, jusqu'à quelle profondeur l'inflammation a pénétré dans la sclérotique. Nous admettons, il est vrai, que, dans la forme profonde de la sclérite, l'inflammation pénètre plus profondément, mais, pour étayer cette affirmation, nous n'avons aucune preuve directe. C'est plutôt l'amaïssement consécutif de la sclérotique ainsi que la propagation de l'inflammation à l'uvéa sous-jacente qui nous permettent d'arriver indirectement à cette conclusion. Certains auteurs admettent que la sclérite profonde prend sa source dans une inflammation de l'uvéa, et ils la nomment pour cela sclérochoroïdite ou uvéosclérite. Néanmoins toutes les données que nous possédons sur le siège propre de l'affection sont de nature purement hypothétique, puisque jusqu'ici il ne nous a pas encore été donné de faire l'autopsie d'un œil atteint de sclérite.

Dans les cas bien développés, la sclérite est une affection caractéristique et facile à reconnaître. Le diagnostic devient quelquefois difficile dans les cas légers et à marche abortive. Ainsi, par exemple, un bouton sclérotique, quand il est petit et surtout quand il est situé près du bord cornéen, peut être confondu avec une efflorescence de la conjonctivite lymphatique. Le signe distinctif est que la nodosité sclérotique ne siège pas dans le limbe même; elle ne se trouve pas non plus dans la conjonctive, mais bien en-dessous d'elle, car on peut faire glisser cette membrane sur la nodosité. Enfin la marche ultérieure ne tardera pas à éclaircir le diagnostic. En effet, la nodosité lymphatique se transforme en un ulcère de la conjonctive par destruction de la surface, ce qui n'arrive jamais pour les boutons de sclérite. Dans la kératite parenchymateuse, on trouve quelquefois, en même temps autour de la cornée, une sclérite légère et diffuse. De même, dans la syphilis, on observe parfois dans la sclérotique des nodosités isolées, mais jamais elles n'acquièrent le caractère typique et récidivant de la sclérite.

Les taches grises de la sclérotique, restes d'une sclérite superficielle, ne deviennent pas ectatiques, d'où l'on peut conclure que la sclérotique n'y a pas subi un amaïssement notable. Nous ne savons pas encore avec certitude d'où vient la teinte sombre de ces taches. Est-elle due au pigment sous-jacent de la choroïde que l'on voit à travers la sclérotique par transparence, ou bien provient-elle d'une accumulation de pigment dans la sclérotique même?

Dans la forme profonde de la sclérite, on voit souvent une zone sclérale, avoisinant immédiatement la cornée, prendre un éclat semblable à de la porcelaine, et devenir blanche avec reflet violet (*Arlt*).

Les ectasies du segment scléral antérieur qui proviennent d'une sclérite profonde, doivent s'expliquer d'une autre manière que celles qui se développent à cet endroit dans d'autres circonstances. Les ectasies du segment antérieur de la sclérotique (staphylômes ciliaires et intercalaires) sont, dans le plus grand nombre de cas, des suites d'une hypertonie qui provoque, si elle dure longtemps, un allongement de la sclérotique primitivement normale. L'amaïssement de la sclérotique est une conséquence ultérieure de l'ectasie. Dans la sclérite, les choses se passent en sens inverse. Ici, la sclérotique commence d'abord par être amaïssée, puis elle cède à la pression intraoculaire, celle-ci fût-elle normale et restât-elle normale encore pendant longtemps. L'hypertonie qui finit par survenir également ici est la conséquence de l'ectasie.

## II. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA SCLÉROTIQUE

§ 34. Tous les traumatismes qui atteignent la cornée et la conjonctive intéressent en même temps la sclérotique. Les lésions traumatiques sclérales sont surtout graves quand elles perforent entièrement la sclérotique.

La question de savoir si, par le traumatisme, les enveloppes du bulbe ont été perforées ou non, est d'une grande importance, puisque, dans le premier cas, tout traumatisme, si insignifiant qu'il soit, doit toujours être considéré comme sérieux. En effet, la perforation ouvre une porte à l'infection de l'intérieur de l'œil. L'infection de l'œil, dans ces circonstances, provoque presque toujours une inflammation éminemment dangereuse pour l'organe. Ce que je vais dire dans les lignes suivantes, regardant aussi bien les lésions perforantes de la cornée que celles de la sclérotique, s'applique aux unes et aux autres.

Les symptômes les plus importants d'une perforation sont :

a) L'abaissement de la pression intraoculaire. Ce symptôme acquiert une valeur toute spéciale dans les petites blessures de la sclérotique, recouvertes par des ecchymoses conjonctivales, et soustraites par conséquent à l'inspection directe. La diminution de la pression intraoculaire n'existe naturellement que tant que la blessure n'est pas fermée ;

b) Si la perforation se trouve au niveau de la chambre antérieure, celle-ci est moins profonde ou complètement abolie, aussi longtemps que la blessure n'est pas fermée ;

c) Lorsque la blessure est un peu plus grande, la perforation se trahit par la hernie des tissus sous-jacents. Le plus souvent on voit l'uvéa se présenter dans l'ouverture de la plaie, sous forme d'une masse pigmentée