

CHAPITRE NEUVIÈME

RÉTINE

Les opérations utiles applicables aux maladies de la rétine sont en nombre fort restreint. Elles se confondent en partie, comme indications et technique opératoire avec celles dont nous avons déjà parlé.

§ I. — Tumeurs.

Le traitement des tumeurs malignes est celui des tumeurs intra-oculaires en général : l'énucléation avec résection simultanée d'une portion notable du nerf optique. Peut-être même le gliome serait-il, comme cela a été dit, d'un meilleur pronostic au point de vue de la récurrence, si le curage total de l'orbite était pratiqué d'emblée, malgré ses ennuis et ses dangers plus grands chez l'enfant.

§ II. — Décollement.

La ponction dans le décollement a été d'abord faite par Sichel père (1860), mais seulement pour lutter contre l'hypertonie qui existe quelquefois, quoique rarement, dans les suites du décollement rétinien. C'est Arlt qui paraît avoir conseillé l'opération pour remettre la rétine en place. Bowman et de Græfe déchiraient la rétine (dilacération), le

premier avec deux aiguilles, le second avec un couteau falciforme. Plus tard de Wecker reprit, en 1870, les ponctions, au couteau de Græfe.

On a aussi recommandé les pointes de feu perforantes et non perforantes (de Wecker et Masselon), l'aspiration (Weber) dangereuse par son mode d'action, bien inutile d'ailleurs, le liquide ne demandant qu'à s'échapper par l'incision, la suture rétinienne (Galezowski), le drainage (de Wecker) avec un fil d'or en anse passé (fig. 120) avec une aiguille courbe creuse et laissé à demeure, les injections iodées (Schöler, Abadie), l'iridectomie (Galezowski, Dransart), l'électrolyse bipolaire ou unipolaire (Schöler, Abadie, Terson père), l'injection de corps vitré de lapin (Deutschmann), la sclérectomie et plusieurs autres procédés, presque tous dangereux ou inefficaces. La ponction nous semble encore justifiée dans quelques cas, de même que les pointes de feu non perforantes et les injections salées péri-oculaires. C'est le traitement d'une hydropisie séreuse.

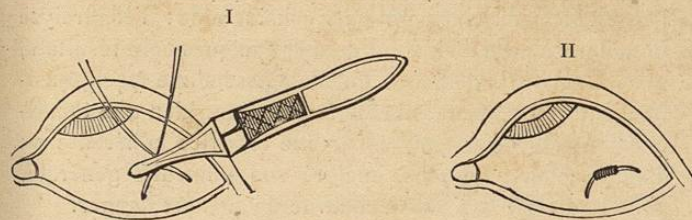


FIG. 120. — Drainage de l'œil.

Dans le décollement rétinien, la ponction sera faite le plus en arrière qu'il sera possible et après avoir pris un tracé absolument rigoureux du *champ visuel*, de façon à intervenir au milieu du décollement. Nous croyons qu'il y a intérêt à attendre que le liquide du décollement ait suivi sa marche naturelle et soit descendu vers la partie inférieure du globe beaucoup plus accessible à une intervention pré-

cise. On combinera à la ponction (où il suffira d'incliner légèrement la lame pour faire sortir le *liquide* sous-rétinien sous la conjonctive, au lieu de faire une plaie en accent circonflexe, qui pouvait donner lieu à une filtration excessive, alors qu'il ne faut qu'une évacuation) le décubitus dorsal, le traitement mercuriel et ioduré, la révulsion sur la conjonctive (pointes de feu) et la tempe, et tous les autres moyens médicaux appliqués au décollement. On a signalé quelques cas de guérison (Hirschberg, Parinaud, de Wecker).

Nous avons obtenu plusieurs fois par ce traitement combiné des restitutions totales du *champ visuel*, suivies ultérieurement de légers décollements n'ayant pas atteint leurs dimensions antérieures et permettant aux malades de se conduire, de voir des objets éloignés et même certains caractères. Il sera bon de prendre fréquemment le champ visuel avant et après l'opération.

Les autres interventions qu'on a appliquées au décollement peuvent présenter plus de danger sans avoir dans l'ensemble une efficacité plus considérable: l'électrolyse unipolaire a paru un instant donner quelques bons résultats, mais il n'est pas démontré qu'elle agisse d'une façon sensiblement différente de celle de la ponction, bien que théoriquement elle puisse provoquer une cicatrice adhérente ou d'autres effets. De plus, malgré son innocuité générale, peut-être n'est-elle pas dépourvue de quelque danger.

Quoi qu'il en soit, lorsque la ponction est faite aseptiquement, prudemment et bien au centre du décollement en n'enfonçant que d'un demi-centimètre et en dirigeant l'instrument un peu obliquement en arrière (de même que dans l'électrolyse), elle entraîne parfois, jointe à la révulsion temporale, au décubitus dorsal, et au traitement hydrargyrique et ioduré, des améliorations considérables comme étendue de champ visuel et comme acuité; on ne doit donc nullement rejeter l'opération *a priori*, surtout dans les cas récents et pas trop hypotones. Mais on doit se rappeler

qu'un décollement ne se produit presque toujours que dans un œil assez désorganisé, et que l'avenir et même les résultats immédiats sont subordonnés à l'état variable de l'œil, le décollement n'étant qu'une complication d'un processus ancien. Il en est autrement lorsque le décollement est actif, dû à des inflammations choroïdiennes ou rétinienues (albuminurie, syphilis, affections eczémateuses), auquel cas l'opération doit céder le pas, pendant quelque temps au moins, au traitement purement médical qui pourra guérir.

Dans le décollement coexistant avec *des tumeurs intra-oculaires*, la ponction, dite exploratrice, est exceptionnellement d'un certain secours pour le diagnostic.

On la pratique, soit pour voir si la néoplasie ou le décollement contiennent du liquide ou seulement du sang, soit pour réaccoler sur la tumeur une rétine largement décollée et voir, avant la reproduction du liquide, si la rétine coiffe une tumeur rendue ainsi plus évidente (Hirschberg, Fränkel).

En réalité la ponction exploratrice est d'un résultat souvent difficile à interpréter.

Nous renvoyons sur ce point à ce que nous en avons dit ailleurs¹, ainsi que pour le diagnostic entre les décollements de la rétine simulant le gliome et celui des tumeurs elles-mêmes.

Les déboires de la chirurgie intra-oculaire à outrance contre le décollement ont provoqué une réaction et on s'est alors adressé à une chirurgie non pénétrante, *péri-oculaire*, qui au moins ne risque pas de provoquer de lésions nouvelles dans le corps vitré déjà gravement atteint.

Les injections salées sous-conjonctivales et intra-ténoïennes (de Wecker, Dor) sont à essayer, combinées aux déplétions sanguines temporales par les sangsues ou les

1. O. HAAB. *Atlas manuel d'ophtalmoscopie*. 2^e éd. franç., par A. Terson et Cuénod.

ventouses Heurteloup, plus brutales, la révulsion à la tempe (vésicatoires volants), le décubitus dorsal et le traitement hydrargyrique et iodo-bromuré : même à la concentration de 10 pour 100, elles entraînent une violente douleur et une vive réaction ; il est prudent de faire préalablement une injection de morphine à la tempe. Elles peuvent précéder ou suivre plus tard la ponction, suivant l'état et l'âge du décollement. Tout au début, *tant que le décollement n'a pas encore fusé en bas*, elles seraient seules indiquées avec les pointes de feu. Quand le décollement est fixé, on pourra les tenter seules ou suivies ultérieurement de la ponction, surtout en cas d'insuccès plus ou moins complet des injections.

Quant à la ponction, il est dangereux de la répéter plusieurs fois, ces yeux hypotones n'ayant que trop de tendance à diminuer de volume, à s'enflammer et à s'atrophier. A la rigueur une deuxième ponction sera faite dans certains cas seulement et on s'en tiendra là.

§ III. — Embolie et ischémie.

Dans l'embolie et dans l'ischémie de la rétine, des paracentèses et même l'iridectomie ont été pratiquées pour faire voyager le caillot plus en avant ou affluer le sang, en diminuant brusquement la tension intra-oculaire. Toutefois ces opérations, qui d'ailleurs semblent inoffensives (paracentèse), seront en général mal interprétées par le malade et on fera souvent bien de s'en tenir au massage de l'œil, aux révulsifs et à d'autres moyens locaux et généraux.

CHAPITRE DIXIÈME

NERF OPTIQUE

§ I. — Affections diverses (atrophies, névrites).

Les opérations sur le nerf optique, lorsque le globe est conservé, sont assez délicates et obligent à désinsérer un des muscles, droit interne ou droit externe, pour pouvoir arriver sur le nerf. C'est ainsi qu'on a pratiqué l'*élongation*¹, (de Wecker) avec un crochet mousse, le *débridement des gaines* (de Wecker), la *section simple* du nerf optique pour obvier à la persistance de sensations lumineuses pénibles chez certains aveugles (de Græfe), la *section du nerf optique au sommet de l'orbite* dans le cas de gliome propagé au nerf (de Græfe), la *section intra-oculaire* des nerfs ciliaires par une incision sclérale derrière la *région ciliaire* (E. Meyer, de Græfe, 1866), la *section des nerfs ciliaires* extérieurs pour obvier à l'irritation et à l'ophtalmie sympathique (de Græfe, Snellen, 1873), la *section du nerf optique* et des nerfs ciliaires (Rondeau, Boucheron, 1876, Schöler) contre l'ophtalmie sympathique, la *résection du nerf optique* avec section des nerfs ciliaires (Schweigger, 1885, de Wecker.)

L'*élongation* ne nous semble pas recommandable. Le *débridement* des gaines resterait souvent d'un effet hypothétique ou dangereux et dans les papillites méningitiques et

1. DE WECKER ET LANDOLT. *Traité d'opt.*, tome IV.