

CHAPITRE VIII

TROUBLES DU CORPS VITRÉ

(HYALITIS, SYNCHISIS, HÉMORRAGIE)

246. Les premières tentatives dans cette voie remontent à Giraud-Teulon en 1869. Confiant dans les actions résolutive électrolytiques dues à l'électrochimie, et, d'autre part, considérant le corps vitré comme un milieu chimique apte à se prêter à une véritable électrolyse, il songea, en présence de l'indigence de la thérapeutique spéciale, à son emploi dans les opacités de cet organe. En outre, le passage du courant à travers les tissus devait rendre plus facile, d'après lui, la résorption des exsudats en activant à la fois la circulation et les échanges nutritifs.

247. Lefort, en 1872, proposa de substituer aux courants intenses un courant très faible, mais permanent : il emploie deux petits éléments Morin qu'il laisse agir plusieurs jours de suite. Mais comme cette application continue n'est pas des plus faciles, au bout de quelques jours on fait l'application du courant seulement pendant la nuit. La thèse de Carnut faite sous ses auspices renferme un certain nombre de cas heureusement traités par cette mé-

thode. Little en 1882, Branère en 1884 publient des résultats concordant exactement avec ceux de leurs devanciers.

248. Nous pouvons au point de vue de leur forme classer les troubles du vitré en hyalitis floconneuse, synchisis, et hémorragies ou exsudats post-hémorragiques.

A. — *Hyalitis floconneuse.*

249. Celle-ci est une complication fréquente des choroidites, de tous les troubles nutritifs survenus dans le tractus uvéal.

Dans les formes graves, le nombre et le volume de ces corps flottants augmente tellement qu'ils empêchent de distinguer le fond de l'œil. Souvent alors, au lieu de rester floconneuses, les opacités deviennent membraneuses et comparables à des toiles d'araignée.

Les affections rétiniennes peuvent également s'accompagner de troubles dans les couches adjacentes du vitré.

Pour Poncet¹, ces troubles seraient dus à des migrations pigmentaires de la choroïde. Les cellules épithéliales de la choroïde, en dégénérant sous l'influence de causes variées, mettent leurs granules pigmentaires en liberté : ce pigment traverse la rétine, y cause différents désordres et pénètre dans le corps vitré. Là, ce pigment agit comme corps étranger, irrite les éléments cellulaires et en provoque la prolifération.

¹ Poncet. *Gazette médicale*, 1874.

B. — *Synchisis.*

250. Le synchisis simple, le ramollissement du vitré survient à la suite de choroïdites atrophiques généralisées ou d'hydrophtalmies.

Le synchisis étincelant est caractérisé par la présence dans le vitré de cristaux de cholestérine donnant la sensation de mouches volantes et apparaissant à l'ophtalmoscope, dit Galéowski, sous forme de cristaux déposés, fixés dans des sortes de membranes comme des paillettes d'or dans les voilettes des femmes.

Le synchisis étincelant peut se montrer en dehors de toute inflammation ou lésion des membranes oculaires.

C. — *Hémorragies ou exsudats post-hémorragiques.*

251. Les hémorragies peuvent être spontanées ou consécutives à des traumatismes soit opératoires soit accidentels.

Les hémorragies spontanées ne sont pas exceptionnelles. Les hémorragies du vitré à la suite d'opération de cataracte, sont une complication redoutable à craindre chez les glaucomateux.

Les traumatismes s'accompagnent quelquefois de rupture de la choroïde masquée par l'hémorragie. Les hémorragies du vitré causent des désordres graves : « Un épanchement sanguin, dit Boucheron, peut faire irruption dans le corps vitré et en mo-

difier pour longtemps l'aspect ophtalmoscopique. Il est à signaler que la résorption du sang épanché est d'une durée fort longue et que le corps vitré recouvre rarement une transparence parfaite. La déchirure du tissu vitré, la présence des globules et de la fibrine en agissant comme corps étrangers, amènent la prolifération des éléments propres du corps vitré et des troubles plus ou moins étendus de sa transparence. »

A mesure que le sang se résorbe, on voit dans le vitré à l'examen ophtalmoscopique de larges travées noirâtres laissant entre elles des espaces transparents par où apparaît le rouge du fond de l'œil. Malheureusement ces exsudats ne disparaissent pas toujours complètement et laissent des traces plus ou moins visibles selon les cas.

D. — *Traitement galvanique de ces différentes formes.*

252. Les courants continus donnent des résultats rapides, surtout dans la première forme ; dans l'hyalitis floconneuse. C'est dans ces cas que l'on voit en quelques séances le vitré s'éclaircir et le fond d'œil devenir visible. Ce qui explique la facilité avec laquelle ces troubles disparaissent, c'est qu'ils se produisent sans altération profonde de la structure du vitré : « C'est, dit Boucheron, dans cette catégorie de troubles vitrés sans désorganisation du tissu, mais avec encombrement d'éléments en dégénérescence, qu'il faut ranger les cas de guérison rapide par les courants continus. »

Evidemment la disparition des troubles du vitré n'implique pas le rétablissement de la vision : mais elle permet l'examen de membranes profondes et donne la possibilité d'arriver à un diagnostic certain. Voici deux observations de Giraud-Teulon (et nous pourrions en ajouter de nombreuses autres personnelles) où, le vitré éclairci, on se trouve en face de lésions des membranes.

XXVIII. — M^{me} A., trente-six ans : 5 février 1872, se plaint d'amblyopie ; V. OD = 20/75 ; V. OG = distingue la lumière. L'examen ophtalmoscopique fait reconnaître à gauche un corps vitré complètement trouble tenant des flocons membraneux suspendus et laissant à peine entrevoir la région de la papille. A droite injection papillaire, la rétine est appauvrie au point de vue vasculaire. Nous diagnostiquons une hyperémie des nerfs optiques compliquée d'épanchement ancien à gauche.

5 mars. Pôle positif d'une pile Remak de 12 éléments est placée cinq minutes sur chaque œil, le pôle négatif étant derrière l'oreille. (Nous nous occupons des deux yeux à la fois, l'électricité continue nous ayant paru avoir quelques effets dans les lésions nutritives des nerfs optiques.)

Au bout de cinq minutes, le malade lit de l'œil gauche les caractères 200. Pas de changement à droite.

8. L'amélioration persiste. Le même courant est appliqué : le malade lit le n° 75 et déchiffre un peu du 50.

L'examen ophtalmoscopique peut être alors facilement pratiqué et nous montre le disque optique dans le même état que celui du côté opposé (Giraud-Teulon).

XXIX. — Gouzy, sergent au 35^e, blessé à Chevilly le 30 septembre 1870, à l'apophyse malaire avec section du nerf facial.

Au bout de six semaines les mouvements des paupières reparassent en partie, l'œil cependant distingue seulement la lumière.

L'examen ophtalmoscopique montre un vitré absolument obscurci par un fin pointillé cachant complètement le fond d'œil.

12 novembre. Nous commençons les courants continus avec 12 éléments Remak.

Après huit applications de cinq minutes, pas d'amélioration de l'acuité.

Mais le vitré est éclairci et l'examen ophtalmoscopique nous montre un décollement de la rétine et une atrophie scléreuse de la papille (Giraud-Teulon).

253. Le synchisis étincelant est très heureusement influencé par les courants continus. En voici une observation très nette rapportée par Branère :

XXX. — A. S., soixante-huit ans, rhumatisant. Il y a à deux ans, chute de voiture, enfoncement du frontal gauche. Large cicatrice avec fistule à un centimètre et demi au-dessous de l'extrémité interne du sourcil gauche.

V. OG = 3/10. Synchisis étincelant très net. De nombreuses paillettes de volume assez gros, cristallines et brillantes, flottent dans le vitré. Pas de troubles papillaires.

O. D. normal.

18 juin, première séance de courants continus.

3 juillet, quatorzième séance, V. OG = 8/10. Le vitré ne renferme plus de paillettes étincelantes, il n'y a plus qu'un trouble grenu et fin. Les douleurs péri-orbitaires ont cessé.

Le champ visuel s'est considérablement élargi.

254. Dans le synchisis simple je n'ai retiré aucun avantage de l'emploi des courants continus.

255. Les épanchements sanguins dans le vitré

seraient, d'après Boucheron, d'un pronostic fâcheux à cause de la désorganisation et de la déchirure du tissu du vitré qu'ils entraîneront presque toujours. « Je n'ai pas rencontré, ajoute-t-il, d'observation qui puisse me renseigner sur la valeur de l'électrisation dans ces circonstances. »

J'ai employé plusieurs fois des courants continus dans des hémorragies intra-vitréennes. Dans un cas, il s'agissait d'une hémorragie qui survint chez une opérée de cataracte le cinquième jour après l'opération, fit rompre la cicatrice et s'épancha largement au dehors. Après cicatrisation de la plaie cornéenne, je me trouvais en présence d'une chambre antérieure et d'un vitré remplis de sang.

Dans le second cas, il s'agissait d'une déchirure traumatique de la sclérotique que j'avais traitée, par la suture avec succès. Deux mois après, sans cause appréciable, il se produisit une hémorragie profuse du vitré abolissant complètement la vision.

Dans ces deux cas, j'ai eu recours aux courants continus, et n'ai eu qu'à m'en louer. Certes, la guérison a été longue, mais c'est déjà beaucoup que d'être assuré de sa possibilité.

Voici ces deux observations :

XXXI. — M^{me} P..., soixante-huit ans, se blesse l'œil le 15 septembre, en se cognant contre un pieu.

Elle m'est adressée le 25 septembre. L'œil gauche porte en dehors une déchirure scléro-cornéenne d'environ 1 centimètre de longueur : à travers les lèvres entre-bâillées de la plaie, le vitré fait hernie et filtre à la moindre pression ; l'iris est enclavé dans la plaie. L'œil distingue encore la lumière. La plaie ne paraît pas infectée.

Nous faisons une kératotomie supéro-interne, mais l'iris est tellement tendu que tous nos efforts pour l'attirer en dehors sont vains, et l'iridectomie est impossible.

Nous passons à travers la lèvre postérieure scléroticale de la plaie un fil de catgut très fin, les deux extrémités du fil ne pouvant trouver un point d'appui sur le lambeau de conjonctive adhérent à la cornée sont insérés, l'une en bas l'autre en haut, dans la conjonctive bulbaire puis nouées l'un à l'autre. Les lèvres de la plaie sont ainsi parfaitement coaptées, mais la pression exercée par les fils plisse la cornée.

Cette pression n'entraîne pas de complication cornéenne. Le lendemain, la cornée a repris sa forme, et après huit jours la cicatrisation est complète.

Les douleurs peu violentes ont persisté quarante-huit heures après l'opération. L'iris est enclavé en dehors dans les lèvres de la plaie. Le cristallin a été expulsé ou luxé ainsi que le prouve la présence d'une seule image de Purkinje.

La vision, avec verres, est alors revenue égale à 2/5. Malheureusement un mois après se produit une hémorragie intra-vitréenne, qui abolit complètement la vision. Trente séances d'électrisation avec courants continus ont éclairci le vitré.

On aperçoit alors de larges exsudats intra-vitréens, et des plaques d'atrophie choroïdienne. La vision est quantitative.

1^{er} janvier 1894. L'électrisation a été continuée pendant encore trente séances. L'hyalytis s'est éclaircie. — V avec verre + 11 et Cyl. + 5 = 1/5.

XXXII. — M^{me} J., soixante-dix ans, est opérée de la cataracte (avec iridectomie) le 1^{er} novembre 1894. L'œil était normal comme tension et aspect extérieur : la cataracte fut extraite avec quelque difficulté à cause de l'indo-

cilité de la malade. Le cinquième jour, je trouvai le pansement inondé de sang ; l'hémorragie intra-oculaire avait fait rompre la cicatrice scléro-cornéenne, un caillot sanguin tenait entre-bâillées les lèvres de la plaie. Je débarrai la plaie, la coaptai sous pansement un peu compressif, fis appliquer à deux reprises 10 sangsues sur le front et derrière l'oreille, purgatifs répétés. La cicatrisation se fit rapidement, et le quinzième jour je puis laisser l'œil découvert ; mais la chambre antérieure était pleine de sang, la vision nulle : là malade n'avait pas même la perception lumineuse. J'employai alors les courants continus à raison de 3 milliampères en deux séances de vingt minutes par jour. En cinq jours l'hyphéma avait disparu : la malade percevait la sensation lumineuse ; la pupille était large et sans exsudats, mais le vitré inéclairable à l'ophtalmoscope. Après soixante séances d'électrisation, l'acuité était de $1/15$. A l'ophtalmoscope on apercevait le rouge du fond de l'œil entre des travées noirâtres intravitréennes, restes de l'hémorragie.

La malade partit le 15 décembre avec une acuité de $1/10$.

J'insiste sur la seconde observation parce que les cas de conservation de la vision, après hémorragie interne et rupture de la plaie dans l'opération de cataracte ne sont pas, je crois, très fréquents.

Quelle a été l'influence exacte du galvanisme et la part qui lui revient dans la guérison ? On ne saurait le dire exactement, mais du moins, je ne crois pas que, sans l'emploi des courants, je fusse arrivé à un éclaircissement relativement si rapide et à des acuités satisfaisantes.

Par contre, les courants continus ont complètement échoué dans un cas d'hémorragie à répétition.

L'électricité m'a permis de rendre la vision utile à un malheureux qui avait reçu en pleine figure la décharge d'une mine ; un œil fut emporté, l'autre assez grièvement blessé. Le malade m'arriva un mois après l'accident, les paupières presque complètement soudées ensemble ; une large canthoplastie les libéra et me permit d'examiner l'œil : dilatation pupillaire, pas de lésions externes du globe, mais aucune perception visuelle. A l'examen ophtalmoscopique on ne distinguait absolument rien. Je pensai à une hémorragie de vitré, et malgré l'absence de sensation visuelle, je tentai une cure par l'électricité ; au bout de deux mois de traitement, le malade distinguait l'ombre de la main promenée devant la flamme d'une lampe. A travers les travées noires des caillots sanguins on apercevait la lueur rouge du fond de l'œil. A ce moment le cristallin s'opacifia rapidement. Je continuai l'électrisation pendant deux mois encore, puis pratiquai l'extraction de la cataracte. Elle fut laborieuse de part les adhérences irido-capsulaires, et surtout la dégénérescence molle du cristallin. Cependant, après six mois de traitement, je pus renvoyer le malade avec une acuité de $1/30$.

Dans un cas analogue, Frankhauser employa avec succès un courant de 5 milliampères. Le malade avait été atteint d'un traumatisme oculaire avec hémorragie intra-oculaire empêchant tout examen ophtalmoscopique ; la pupille était immobile, hyperthonie. toute vision était abolie. Après un traitement de quatre mois par l'iodure, le mercure et le jaborandi, il n'y avait pas de résultats et les divers praticiens consultés posaient un pronostic mauvais. Après

quatre semaines d'électrisation à trois séances par semaine, de dix minutes, la transparence des milieux commença à se rétablir. Après un an de traitement, la vision était remontée à 10/20.

256. Quant à l'intensité des courants et à leur mode d'emploi, on a obtenu des guérisons par les courants très faibles permanents (méthode de Le Fort) comme par les courants plus intenses; par les courants centrifuges, comme par les courants centripètes.

Branère, c'est-à-dire le professeur Bergonié de Bordeaux, sous la direction duquel étaient faites ces applications, employait un courant de 3 à 8 milliam-pères avec des séances de cinq à dix minutes. J'ai employé des courants plus faibles (2 à 4 milliam-pères) et ai fait des séances plus longues, de vingt à vingt-cinq minutes.

Courserant au lieu d'appliquer le courant sur la paupière lui fait traverser une dissolution d'iodure de potassium baignant l'œil, il a ainsi en vue l'introduction diadermique du principe médicamenteux s'ajoutant à l'action de l'électricité.

Bibliographie.

- GIRAUD-TEULON. Electrothérapie des opacités du corps vitré. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1871, p. 1159.
- LE FORT. De la guérison de la cécité due à l'opacité du corps vitré par l'application de courants continus faibles et permanents. *Gazette médicale de Paris*, 1874.
- CARNUS. Des troubles du vitré et de leur traitement par des courants continus. Thèse, Paris, 1874.
- LITTLE. De l'influence du courant galvanique dans les opacités du vitré. *Transaction of the amer. ophth. Society*, 1882.

BRANÈRE. Valeur thérapeutique des courants continus dans les troubles du vitré. Thèse, Bordeaux, 1884-85, n° 28.

COURSERANT. Du bain d'œil électrique. *Société française d'ophtalmologie*, 1885.

FRANKHAUSER. Electricity in hémorragie in the eye-ball. *N.-York med. journal*, 9 septembre 1894.