

D^r A. DARIER

Guérison en moins de jours qu'il ne fallait de semaines.

de la congestion veineuse si défavorable à la nutrition de la cornée. Le suc de capsules surrénales, par ses propriétés vaso-constrictives intenses, peut amener une décongestion extraordinaire de la cornée et des conjonctives qui deviennent blêmes, cadavériques, et laissent transparaître les vraies granulations jusqu'alors cachées sous une conjonctive trop vascularisée. Nous avons déjà parlé de cette vaso-constriction locale en la combinant avec la déplétion sanguine par les sangsues.

Il est des cas de conjonctivites granuleuses aiguës d'une gravité exceptionnelle et l'on peut avoir la main forcée par les circonstances, soit par une ulcération étendue de la cornée, soit par une intolérance du sujet à toutes les médications. On peut se trouver alors dans la nécessité d'agir chirurgicalement.

J'ai vu des cas de ce genre opérés avec un plein succès par M. Abadie. Des malades dans un état désespéré, ayant été soumis sans amélioration à tous les traitements, voyaient leur martyre cesser après l'opération.

C'est sans doute ce qui a fait dire à notre maître que même les cas de conjonctivite suraiguë étaient justiciables du traitement chirurgical.

C'est un fait incontestable, mais, pour ma part, tant que je n'ai pas la main forcée par les circonstances, je préfère, avant d'intervenir chirurgicalement, ramener l'affection suraiguë à un état de calme relatif.

Alors les soins consécutifs, si longs et si douloureux pour les malades opérés en pleine période suraiguë, sont presque nuls, avec des plaies se réunissant, pour ainsi dire, par première intention.

TREIZIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Maladies de la cornée.— Kératites pour la plupart infectieuses, d'origine endogène ou ectogène.— La cause première des ulcères infectieux est le plus souvent un traumatisme ou une érosion de la cornée. — Traitement des infections cornéennes : prophylaxie, antiseptie, aseptie. — Infections légères traitées par les collyres au cyanure d'hydrargyre et à la Dionine. — Injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium ou de Cn. Hg.— Galvano-cautère. — Topiques locaux : Bleu de méthyle, Iodoforme, Xéroforme, etc....

Nous ne nous sommes encore pour ainsi dire occupés jusqu'ici que de généralités et nous n'avons étudié que les maladies oculaires externes. Il nous reste à envisager aujourd'hui les affections du globe oculaire lui-même.

Nous commencerons par les maladies de la cornée et de la sclérotique, puis nous arriverons aux membranes profondes et aux milieux intra-oculaires.

La notion si importante des infections, ectogènes ou endogènes, prime aujourd'hui toute la pathologie ophtalmologique, aussi est-il logique d'étudier un peu particulièrement l'infection oculaire la plus simple, l'infection ectogène ou traumatique, qui nous expliquera bien des états pathologiques jusqu'ici restés très obscurs dans leur pathogénie.

Nous avons déjà étudié les infections oculaires superficielles ou conjonctivales. Elles n'ont pas de retentissement direct sur l'intérieur du globe oculaire, tant qu'il n'y a pas eu perforation des membranes externes.

D^r A. DARIER

Maladies de la cornée ;
infections endogènes et ectogènes.

En revanche, quelques-unes d'entre elles peuvent entraîner une infection générale, telle la conjonctivite diphtéritique, sur laquelle il n'est pas besoin d'insister, telle aussi l'infection gonococcique, qui peut amener à sa suite des arthrites blennorrhagiques comme le ferait une vulgaire gonorrhée. Cette complication est néanmoins beaucoup plus rare par infection oculaire.

Je n'en ai pour ma part rencontré que 2 ou 3 cas dans vingt années de pratique.

Dans un mémoire publié sur ce sujet (1), je faisais remarquer que cette généralisation de l'infection gonococcique était, le plus souvent, due aux scarifications conjonctivales pratiquées conjointement aux cautérisations au nitrate d'argent. Or, depuis que j'ai cessé de pratiquer ces scarifications, je n'ai plus jamais observé aucun cas d'*arthrite ophtalmo-blennorrhéique*.

J'avais conclu à l'origine gonococcique de ces arthrites généralisées chez des nouveau-nés, par similitude d'évolution des phénomènes morbides, avec ceux produits par les arthrites blennorrhagiques. Pour en avoir la preuve absolue, il eut fallu rechercher dans les épanchements articulaires, la présence de gonocoques ; nous avons reculé devant ces recherches par trop expérimentales.

Or, quelque temps plus tard, le Professeur DEUTSCHMANN, de Hambourg, eut l'occasion de faire ces recherches, et il constata microscopiquement la présence de gonocoques dans le liquide, extrait par aspiration, des articulations malades de un ou deux enfants. — Nous avons donc aujourd'hui la preuve qu'une conjonctivite purulente peut entraîner à sa suite une infection générale

(1) Deux cas d'arthrites ophtalmo-blennorrhéiques chez les nouveau-nés. *Annales d'Oculistique*, 1888.

THÉRAPIE OCULAIRE

Degré de virulence de l'agent infectieux ;
état du terrain.

de tout l'organisme. — Ne savons-nous pas aussi qu'une blessure de la conjonctivite peut être la cause initiale d'un tétanos mortel ? (1)

*
**

Nous commencerons donc d'abord par étudier les *infections traumatiques* superficielles.

Le type le plus simple de ce genre est l'érosion cornéenne ou toute autre plaie superficielle de la coque oculaire, ayant donné accès à la pénétration de germes infectieux. Dans ces conditions, il nous faut prendre en considération les indications cliniques de toutes sortes qui peuvent se présenter à nous.

La première chose à connaître serait la nature de l'infection elle-même, la biologie et la virulence de l'agent infectieux ; mais c'est là un desideratum des plus difficiles à atteindre.

Devrions-nous attendre, avant d'intervenir, que nous ayons le résultat d'un examen bactériologique ? Non, certes. D'abord, l'état de nos connaissances ne nous permet pas encore d'affirmer, d'une manière absolue, le degré de virulence d'un microorganisme.

Voyez pour la diphtérie : telle conjonctivite pseudo-membraneuse cliniquement bénigne fournira des cultures de bacilles très virulents. Telle autre au contraire, avec des bacilles peu virulents, aura un cours foudroyant, soit parce qu'on aura trop tardé à faire l'injection d'antitoxine, soit parce que l'infection était compliquée de streptococcie.

Il y a là, en cause, non seulement la question de germes, mais la question de terrain et celle de l'oppor-

(1) Voir la *Clinique Ophtalmologique*, n° 12, 1897.

D^R A. DARIER

*Ulcères infectieux de la cornée.
causés par un traumatisme initial.*

tunité de l'intervention thérapeutique. Certainement, nous arriverons un jour à connaître mieux et les modalités infectieuses et les moyens de les combattre, de les enrayer ou de les atténuer.

Mais aujourd'hui, déjà, avec nos modestes connaissances actuelles, nous pouvons beaucoup, si nous savons bien vouloir. Il ne faut pas l'oublier, la volonté, je ne saurais trop vous le répéter, a une influence énorme en thérapeutique et le pessimiste ne devrait jamais se faire médecin-praticien : il pourra faire un bon physiologiste, mais il sera toujours un mauvais thérapeute.

Combien de maladies de la cornée, et des plus variées, ont pour origine une infection superficielle par simple érosion épithéliale, soit traumatique, soit par lésion neurotrophique primitive !

Que de fois, à la suite d'une blessure presque imperceptible par corps étranger, ne voyons-nous pas se produire tout autour comme une auréole grisâtre qui peut parfois envahir une bonne partie de la cornée et en entraîner la perte complète par suppuration.

Nous avons alors affaire à l'*ulcère serpigineux*, que l'on rencontre souvent chez les moissonneurs, souvent aussi chez les ouvriers. Il n'est pas toujours facile de remonter exactement au traumatisme initial ; mais par expérience nous savons que le plus souvent ce que l'on appelait des abcès de la cornée ne sont que des infections locales dont l'initium infectieux a passé inaperçu. Si l'on cherchait bien, on serait surpris de voir combien de kératites qu'on croyait dues à un état général défectueux relèvent en somme d'une inoculation locale restée latente pendant un certain laps de temps.

Peut-être avez-vous entendu parler d'*abcès secs de*

THÉRAPIE OCULAIRE

*Il en est de même de bien des
kératites diverses.*

la cornée (FUCHS ARLT), infiltrations cornéennes plus ou moins centrales, plus ou moins circonscrites pouvant durer des mois sans aboutir à la suppuration et se terminant par des leucomes.

FUCHS (1) reconnaît aujourd'hui que ce sont là des infections locales, traumatiques, d'une virulence peu marquée.

Je suis depuis longtemps de cet avis et l'expérimentation thérapeutique m'en avait donné presque la preuve par l'action remarquable des injections sous-conjonctivales et tout récemment encore par celle de la Dionine.

Et les *kératites arborescentes* (*kératitis dendritica*) et les *kératites stellaires* (*kératitis stellata*) ne montrent-elles pas par leur forme et leur développement qu'elles sont de nature parasitaire ?

Et les *kératites dites arthritiques* n'ont-elles pas pour cause une infection locale, si, en revanche, elles sont entretenues par un état général dyscrasique ?

N'avez-vous pas vu souvent une kératite phlycténulaire survenir à la suite d'un traumatisme cornéen ou conjonctival très léger ?

Mais nous étudierons la thérapeutique de ces infections avec les autres *kératites*. Aujourd'hui, nous voulons jeter un coup d'œil général sur les traumatismes du globe oculaire, de la cornée d'abord, ensuite, de la sclérotique, puis du corps ciliaire et des membranes profondes.

*

**

En présence d'une plaie oculaire infectée, la première indication, capitale entre toutes, sera de détruire sur place, autant que faire se pourra, l'agent infectieux dans son foyer.

(1) *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, juillet 1901.

D^r A. DARIER

La destruction du foyer d'infection est la première indication thérapeutique.

Aucun moyen n'atteindra mieux ce but que le galvano-cautère convenablement manié. (Le thermo-cautère, instrument grossier et terrorisant, utile dans les grandes interventions destructives, phlegmons oculaires, etc., devrait être exclu de l'instrumentarium applicable à l'œil vivant et surtout à la cornée.)

Dans quelques cas désespérés de suppuration ou d'infection traumatique du corps vitré, Van Millingen (1), par des galvano-cautérisations profondes, réussit à amener une prompte et complète guérison.

C'est là un fait anciennement connu, et avant les injections sous-conjonctivales, les cautérisations au galvano-cautère représentaient le seul moyen efficace que nous eussions d'enrayer les suppurations survenant à la suite de l'opération de la cataracte.

M. Abadie a même publié de nombreux articles sur ce sujet, pendant que j'étais son chef de clinique. Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs vantent cette intervention thérapeutique comme une nouveauté (2).

Mais dans les cas où il s'agit d'une infection cornéenne centrale, la cautérisation trop profonde ou trop large pourra entraîner à sa suite un leucome qui compromettrait grandement la vision de cet œil.

(1) VAN MILLINGEN. — Ueber endoculare Galvanokausis (*Centralblatt f. Augenheilkunde*, juin 1899.)

(2) E. BAÜMLER. — Zur Behandlung infectiöser Augenverletzungen (*Klinische Monatsblätter f. Augenheilk.*, janv. 1900.) (3 cas de plaies pénétrantes infectieuses de la cornée.)

E. BAÜMLER. — Zur galvanokaustischen Behandlung infectiöser Staarwunden (2 cas d'infection après opération de cataracte guéris par le galvano).

PETERS a également publié deux cas favorables. HANNIG et EVERS-BUCSH ont également guéri par le galvano-cautère des infections du corps vitré.

THÉRAPIE OCULAIRE

Importance du galvano-cautère dans les infections graves.

C'est alors que les injections sous-conjonctivales pourront, bien souvent, à elles seules, enrayer le processus morbide. Elles ont l'avantage non seulement d'avoir une action antiseptique puissante, mais encore elles stimulent l'activité nutritive des éléments cornéens, provoquant souvent une reconstitution des tissus, sans presque laisser à leur suite de cicatrice ou de leucome.

Ce fait, qu'un des premiers, j'avais mis en lumière, a été confirmé par de nombreux auteurs et par Mellinger et Marty en particulier.

C'est là, certes, un précieux appoint en faveur des injections sous-conjonctivales, car, partis de l'idée de l'antiseptie simple, nous arrivons à prouver que ces injections, à côté de leur action antiseptique, ont une action eutrophique des plus marquées dont nous aurons à nous occuper encore, à propos des troubles du corps vitré, des infiltrations profondes de la cornée, des hémorragies, des exsudats rétiens, etc...

Nous avons déjà étudié longuement les indications générales des injections sous-conjonctivales dans notre III^e leçon.

Nous entrons aujourd'hui dans le détail de leurs applications thérapeutiques. Mais n'allez pas croire, surtout, que nous ne nous occuperons que de cette médication seule. Loin de là, car nous devons la considérer comme un moyen exceptionnel, comme une intervention énergique, comme ressource dernière, alors que tous les traitements classiques se seront montrés insuffisants.

En cherchant à en poser les indications détaillées, nous trouverons l'occasion de passer en revue les principaux modes de traitements applicables à chaque affection, en nous plaçant toujours à un point de vue un peu partial,

D^R A. DARIER

Action antiseptique et eutrophique des injections sous-conjonctivales.

je vous en avertis, mais mieux vaut, je crois, donner un avis personnel basé sur une longue expérience, que de faire de doctes considérations ou de savantes critiques sur les idées d'autrui.

Nous avons déjà vu que, d'une manière générale, on peut formuler ainsi les principales indications de la thérapeutique locale par les injections sous-conjonctivales :

Toutes les fois qu'il s'agira de combattre une infection aiguë ou chronique, primaire ou secondaire, venue soit de l'extérieur par une érosion cornéenne ou un traumatisme grave, soit de l'intérieur par infection répercutée ou métastatique (syphilis, rhumatisme, tuberculose, etc.), les injections sous-conjonctivales de Cyanure d'hydrargyre nous fourniront le moyen le plus rapide et le plus énergique pour enrayer le processus morbide local. Et cela souvent après que le traitement général est resté sans effet, ou alors que l'on prévoit que son action serait trop lente à se produire. En tous cas, cette thérapeutique locale n'empêche en rien le traitement général, qu'elle ne peut que seconder dans tous les sens.

*
**

Nous pouvons ranger au nombre des infections traumatiques, les ulcères infectieux de la cornée, car ils ont presque toujours pour point de départ une érosion plus ou moins traumatique de l'épithélium cornéen suivie d'une infection plus ou moins profonde, plus ou moins grave et virulente.

Certaines phlyctènes suppurées, certains abcès de la cornée traités à la façon des ulcères infectieux, bénéficie-

THÉRAPIE OCULAIRE

Indications respectives du chlorure de sodium et du Cyanure d'Hg.

ront aussi, grandement, de la thérapeutique par les injections sous-conjonctivales.

Donc en face d'une infection traumatique ou d'un ulcère infectieux de la cornée, le clinicien ayant déjà acquis une certaine expérience antérieure du dosage et de l'efficacité des injections sous-conjonctivales, devra bien peser les indications pour et contre ce mode de traitement, et se rendre compte s'il y a lieu d'avoir recours à des injections fortement antiseptiques, ou s'il est préférable de faire des injections eutrophiques au chlorure de sodium, ou encore si l'on doit combiner l'action des unes ou des autres avec celle des cautérisations ignées, nécessaires toutes les fois que le processus infectieux est très violent.

D'après notre expérience personnelle, voici la ligne de conduite à tenir en présence des cas qui nous occupent. Nous envisagerons 3 catégories de cas :

1° L'infection n'est pas encore évidente, mais elle est à redouter ;

2° L'infection existe déjà, mais elle ne s'accompagne pas de phénomènes inflammatoires très violents.

3° L'infection est grave et menace de compromettre la vision ou d'entraîner la perte complète de l'œil.

1° Il s'agit d'un cas très bénin : un ouvrier a reçu sur la cornée un corps étranger, un éclat de métal, de pierre ou de bois, qui a produit une plaie superficielle non encore manifestement infectée.

Après anesthésie par la cocaïne et extraction du corps étranger, s'il y est encore, il faut faire d'abord une détermination exacte de l'étendue de la perte de substance ou de