

D^r A. DARIER

Poudres antiseptiques et cautiques
divers.

laisser faire une injection ; une autre fois, c'est un retard qui a entraîné la perte d'une cornée.

En peu de mots, on pourrait dire des injections sous-conjonctivales dans les plaies infectieuses qu'il vaut mieux trop en faire et s'en ressentir que de ne point en faire et s'en repentir.

En effet, tout le mal qu'elles peuvent faire c'est de causer une douleur assez vive quand elles sont faites les unes sur les autres, dans un laps de temps très court ; et d'entraîner quelquefois des adhérences sans importance de la conjonctive à l'épislère. Tandis que leur abstention peut entraîner la perte de la cornée ou de l'œil lui-même. Là, comme toujours, c'est le bon sens clinique qui, avec sa conscience, doit dicter la conduite du thérapeute, lequel ne doit jamais être un sectaire avec idées préconçues et marottes routinières. Il n'y a pas un seul et unique traitement pour chaque maladie ; les réactions individuelles du malade sont aussi diverses et aussi multiples que les différentes modalités d'un même élément infectieux, plus ou moins virulent, plus ou moins toxique.

Il faut savoir, dans le traitement des ulcères infectieux, tirer le meilleur parti possible de toutes les armes que met à notre disposition notre arsenal thérapeutique déjà si pauvre : les lotions, les collyres et les poudres antiseptiques, comme le protargol en poudre, l'iodoforme, le xéroforme, etc. ; les caustiques désinfectants, comme la teinture d'iode, l'acide phénique, etc., ont leurs indications comme le galvano-cautère, les injections sous-conjonctivales et la transfixion de Saemisch.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

QUATORZIEME LEÇON

SOMMAIRE

Traitement des ulcères infectieux à hypopion dans leurs formes les plus graves. — Quelques exemples pratiques. — Le galvano-cautère et les injections sous-conjonctivales sont la base du traitement, mais bien d'autres agents thérapeutiques doivent être, en outre, mis à contribution. Plaies infectieuses de la cornée : — leur gravité, quand elles sont compliquées de cataracte traumatique ; — traitement antiseptique, protection de la plaie par autoplastie conjonctivale ; — complications infectieuses ; — ophthalmie sympathique ; — causes de la gravité particulière des plaies de la région ciliaire.

Nous venons d'étudier les formes, relativement bénignes, d'ulcérations cornéennes de différente nature. Si nous envisageons maintenant la troisième catégorie, celle des *infections cornéennes graves*, où non seulement la vision menace d'être sérieusement compromise par destruction ou opacification du tissu cornéen, mais encore où la perte de l'œil lui-même peut être la conséquence d'une suppuration profonde, il n'est plus permis au clinicien de renoncer, de parti pris, à aucun des moyens thérapeutiques que met à notre disposition notre arsenal déjà trop pauvre ; aussi ne puis-je que répéter ce que j'ai dit tant de fois à ce sujet :

Ce à quoi devraient actuellement tendre tous nos efforts, c'est d'abord à trouver des éléments précis de diagnostic différentiel entre les diverses kératites infectieuses, pour nous donner une base solide de jugement vis-à-vis des différents agents thérapeutiques que nous employons.

D^R A. DARIER

Notions générales sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée.

En attendant, pour agir suivant la logique des notions pathogéniques actuelles, voici quel devrait être le traitement de tout ulcère infectieux grave de la cornée :

1° Aseptisation de tout le pourtour orbitaire, savonnage des sourcils, des cils, de la peau, puis lavage au Cn. Hg. 1/2000 des culs-de-sacs conjonctivaux et des voies lacrymales et de la cornée elle-même.

2° Imprégnation de la surface de l'ulcère au moyen de la fluorescine, du bleu ou du violet de méthyle pour bien pénétrer dans les parties les plus profondes de l'ulcère et délimiter ainsi avec assez d'exactitude toute l'étendue de l'infiltration infectieuse qui doit être éliminée.

3° Détruire aussi complètement que possible, soit par le curetage, soit plutôt par le galvano-cautère, tout le tissu morbide qui doit être anéanti, jusqu'à la limite du tissu sain. La curette peut à la rigueur remplacer le galvano-cautère, mais elle a l'inconvénient de pouvoir inoculer les germes infectieux dans le tissu sain, quand on produit accidentellement une éraflure de l'épithélium. Le galvano-cautère n'expose pas à ce danger ; mais il doit, je le reconnais, être très fin, pas trop incandescent et manié avec une délicatesse, un doigté thérapeutique, que donne seule une longue expérience clinique.

4° S'il y a du pus dans la chambre antérieure, en assez grande quantité, et que le tonus oculaire soit augmenté, il faut évacuer ce pus soit par galvano-poncture, si la cornée est ulcérée ou infiltrée dans toute son épaisseur, soit par une ponction périphérique à la lance, ce qui est préférable dans la majorité des cas.

5° Enfin, l'infection envahit presque toujours des régions que ne peuvent atteindre les moyens thérapeutiques que je viens d'énumérer.

Je n'en veux pour preuve que l'iritis et les synéchies

THÉRAPIE OCULAIRE

Destruction du tissu morbide et préservation des tissus sains.

qui compliquent presque toujours les ulcères graves de la cornée.

Eh bien! c'est là où jamais que sont indiquées *les injections sous-conjonctivales*. C'est là, en effet, qu'elles donnent des résultats merveilleux, ainsi que Secondi, le premier, l'a si bien fait remarquer et tant d'autres après lui.

Donc, en résumé, tant que l'examen bactériologique ne nous aura pas donné un diagnostic précis sur la nature bénigne ou maligne d'un ulcère infectieux de la cornée, nous devons nous comporter envers lui comme s'il contenait le germe le plus pernicieux (il va sans dire qu'il ne s'agit ici que des formes cliniques sérieuses et non pas de ces kératites herpétiques, lymphatiques, arthritiques, etc., qui sont sans gravité, quoique souvent tenaces).

Je dis donc : aseptisation des annexes et surtout des voies lacrymales, des cils et de la conjonctive, destruction du tissu morbide par le galvano-cautère, aseptisation des milieux oculaires par une injection sous-conjonctivale, imprégnation de la surface de l'ulcère par le bleu de méthyle, l'iodoforme ou mieux le xéroforme.

Au bout de quelques jours, la guérison est en bonne voie. Au clinicien de voir s'il doit laisser aller, ou intervenir à nouveau. Il doit aussi savoir si l'état général comporte des indications spéciales : déplétions sanguines, antipyrétiques, analgésiques, toniques, etc., ce sont là des banalités qui n'ont pas besoin d'être recommandées à un médecin.

Nous ne serons bien fixés sur la valeur respective des différentes interventions, injections sous-conjonctivales, galvano-cautérisations, paracentèses, lavages, etc..., contre les ulcères cornéens, que quand, en regard de chaque

D^R A. DARIER

Cautérisations ponctuées pour conserver la transparence cornéenne.

observation clinique, nous aurons l'examen bactériologique précis de ce même cas.

S'il est urgent quelquefois de cautériser à fond et à blanc tel ulcère à forme serpiginieuse rapide (*ulcus rodens*) pour conserver les parties encore transparentes de la cornée, il est d'autres fois indiqué de pratiquer des cautérisations plus légères, pointillées, pour ne pas entraîner de leucomes très opaques.

Tel le cas suivant que je viens d'observer tout récemment et qui nous présente un exemple fort intéressant de régénération partielle d'une cornée presque complètement détruite.

Un vieillard se présente à moi, malade depuis dix jours, porteur d'un ulcère cornéen qui a détruit la cornée dans son entier sans laisser trace de tissu transparent. Un bourrelet hyperémique surplombe, au niveau du limbe, la surface ulcérée et aplatie. La chambre antérieure n'existe plus ; au centre de l'ulcère on voit une excroissance fongueuse, un magma blanc jaunâtre paraissant être l'hypopion qui s'est échappé à travers une perforation spontanée de la cornée. Je ne cache pas au malade la gravité de son état et, à tout hasard, après aseptisation aussi soignée que possible des paupières, des voies lacrymales, etc., je touche l'ulcère au galvanocautère à peine rouge, en pointillé serré, de façon à respecter le plus possible ce qui reste du tissu cornéen. Je pratique ensuite une injection sous-conjonctivale d'une pleine seringue de solution de Cn. Hg. à 1/1500, aussi loin que possible de la cornée ; puis je fais appliquer deux sangsues à la tempe. Le pansement est laissé en place, pendant deux jours, après lesquels je suis immensément surpris de voir qu'une zone de tissu transparent s'est formée tout autour de la cornée ; l'ulcère a pris une teinte plus transparente, moins jaune.

THÉRAPIE OCULAIRE

Observations cliniques, formes infectieuses graves, leur traitement.

Nouvelle intervention comme ci-dessus avec, en plus, insufflation de protargol en poudre sur toute la surface ulcérée.

Bref, après 3 ou 4 interventions, il se forme, au bout d'un mois, un leucome occupant le centre de la cornée, tandis qu'en haut une zone transparente laisse la possibilité de pratiquer, un mois plus tard, une iridectomie qui permet au malade de compter les doigts.

Permettez-moi de vous retracer brièvement un autre cas fort instructif et qui nous montre, par un exemple frappant, l'importance des injections sous-conjonctivales, quand il s'agit d'une infection vraiment sérieuse.

Un ouvrier se présente à ma clinique avec un *ulcère infectieux de la cornée* gros comme une tête d'épingle ; le corps étranger, un éclat de marteau, n'est pas resté dans la plaie. La chambre antérieure n'a pas été ouverte, mais la plaie, ronde, à bords très nets, s'enfonce comme un clou blanc presque jusqu'à la membrane de Descemet. Il n'y a pas d'hypopion, pas de chémosis, peu de photophobie, peu de douleur. Je touche au galvano-cautère toute la partie blanche, infiltrée de la plaie ; mais je ne juge pas la situation assez grave pour faire une injection sous-conjonctivale, et je prescris simplement, toutes les demi-heures, des instillations du collyre ci-dessous au Cn. Hg. 1/1000 et à la Dionine.

Le lendemain il y a une aggravation très grande ; le malade se présente avec un ulcère serpiginieux *plus grand qu'une lentille*, d'un blanc grisâtre, avec hypopion, chémosis et douleurs assez marquées. Je cautérise de nouveau au galvano-cautère toute la surface ulcérée et j'injecte sous la conjonctive, profondément, en arrière du globe, une pleine seringue de Cn. Hg. 1/1500 acoïnée (voir page 77). Deux sangsues sont appliquées à la tempe pour diminuer le chémosis provoqué par l'injection.

D^r A. DARIER *Supériorité des injections sous-conjonctivales sur les instillations simples.*

Deux jours plus tard, tout est changé : *le malade n'a plus souffert*, dès le lendemain de l'injection sous-conjonctivale. L'ulcère a complètement changé d'apparence, il n'a plus cet aspect blanc gris, pseudo-membraneux; les bords sont en voie de cicatrisation, il n'y a plus d'hypopion, les paupières sont encore un peu tuméfiées. On reprend les instillations de collyre au Cn. Hg. à 1‰. Tout va bien pendant 5 jours; mais deux jours de fête ayant empêché le malade de se présenter à la clinique, nous le voyons de nouveau avec une infiltration grisâtre de mauvaise nature accompagnée de douleurs violentes et de rougeur de l'œil.

Nouvelle galvano-cautérisation et injection sous-conjonctivale qui enrayent de nouveau le processus infectieux; mais cette fois l'iris s'est accolé à la face postérieure de la cornée.

Bref, le même traitement dut être renouvelé à 4 ou 5 reprises et le malade guérit avec un leucome grand comme une petite lentille. Six semaines après, une iridectomie optique rendit une bonne vision.

Il n'est pas possible de trouver un exemple plus probant pour démontrer la supériorité des injections sous-conjonctivales de Cn. Hg. sur les simples instillations.

D'un autre côté, l'injection sous-conjonctivale n'est pas toujours suffisante à elle seule pour enrayer un processus suppuratif grave.

Ainsi, dans un cas d'*ulcère à hypopion déjà très étendu*, compliqué de suppuration des voies lacrymales, une injection sous-conjonctivale de Cn. Hg. à 1/5.000 faite par un confrère ne produisit d'autre résultat qu'une disparition momentanée des souffrances du malade. Quand je le vis, l'ulcère occupait les 2/3 de la cornée, l'hypopion atteignait le bord pupillaire, un chémosis péri-cornéen très

THÉRAPIE OCULAIRE

Il faut savoir procéder progressivement dans l'application des topiques.

marqué contre-indiquait toute nouvelle injection sous-conjonctivale.

Je pratiquai d'abord un lavage soigné des voies lacrymales, pleines de pus, puis je touchai au galvano-cautère à peine rougi toute la surface ulcérée, préalablement teinte en vert par la fluorescine. Le tissu cornéen, sur un diamètre de 6 mm., était détruit jusqu'à la membrane de Descemet et, malgré la légèreté avec laquelle les galvano-cautérisations avaient été pratiquées, l'humeur aqueuse suinta petit à petit; des sugillations hémorragiques se montrèrent sur l'iris, accompagnées de douleurs ciliaires assez vives. La chambre antérieure s'étant effacée sans que le pus se fût écoulé, je n'osai cependant pas en pratiquer la paracentèse. Je me contentai, pour ce jour-là, de toucher la surface ulcérée à la teinture d'iode et d'insuffler du xéroforme par-dessus, prescrivant au malade des instillations aussi fréquentes que possible (nuit et jour) avec la solution :

Cyanure d'hydragyre.....	0,01
Dionine.....	0,10
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,10
Eau distillée.....	10 gr.

Le lendemain, un mieux notable s'était produit : l'ulcère n'avait pas progressé, il n'avait plus cet aspect blanc grisâtre à bords épais et infiltrés, il était recouvert d'une légère pellicule d'un brun jaunâtre (résidus d'iode et de xéroforme), qui se laissa facilement détacher, mettant à jour le tissu cornéen, ulcéré, mais presque transparent. Au centre un point jaunâtre légèrement saillant nous montre que l'hypopion, concrété en cet endroit, ne demande qu'à sortir. Je le saisis avec une pince à iris et en extrais une bonne partie. Nouvelles galvano-cautérisations en

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

D^r A. DARIER

Il faut suivre attentivement toutes les indications cliniques.

pointillé, sur les bords de l'ulcère suivies d'attouchement à la teinture d'iode et au xéroforme.

Le troisième jour, encore un peu d'amélioration ; le malade ne souffre plus et dort bien (Dionine[®]). Un gros bourbillon de pus est encore extrait de la chambre antérieure avec la pince ; même pansement, mêmes instillations fréquentes au Cn. Hg. 1/1000, avec Dionine. Les voies lacrymales sont toujours soigneusement désinfectées. Le chémosis bulbaire a presque disparu.

Deux ou trois jours plus tard, tout chémosis ayant disparu et l'infection paraissant bien enrayée, des injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium amenèrent une sorte de régénération des bords de l'ulcère cornéen et le leucome consécutif fut beaucoup plus petit que n'avait été la surface primitivement ulcérée.

La première injection de Cn. Hg. avait eu certainement une action favorable, mais insuffisante, et si les cautérisations électriques et les topiques antiseptiques les plus variés n'avaient été mis en usage, il est fort à craindre que la vision de cet œil n'eût été gravement compromise.

Vous le voyez, nous n'avons pas trop de toutes les armes les plus variées de notre arsenal thérapeutique pour venir à bout de certaines formes graves d'ulcères infectieux de la cornée.

Ce n'est pas par le galvano-cautère seul, ou les injections sous-conjonctivales, ou la paracentèse de la chambre antérieure, ou les cautérisations avec tel ou tel topique plus ou moins spécifique que vous arriverez à guérir les formes si variées d'infections cornéennes. Telle série pourra être favorable à telle ou telle méthode thérapeutique, telle autre lui résistera. Tant que nous ne connaissons pas la nature du microbe pathogène et le degré de virulence de chaque infection, il nous faudra nous laisser

THÉRAPIE OCULAIRE

Kératites purulentes, diphtéritiques, scrofuleuses graves.

guider par la saine observation clinique en mettant dans notre jeu tous les appoints que peuvent nous fournir l'expérience des uns et des autres. Et, malgré tous ces efforts nous ne serons pas encore absolument sûrs de guérir tous ces cas qui se présenteront à nous ; car il est des états pathologiques si graves que malheureusement ils résistent encore à tous nos moyens thérapeutiques. Il est en effet des formes d'ulcères cornéens qui, malgré toute intervention, détruisent en peu de jours et fatalement toute la cornée si une thérapeutique intelligente et acharnée ne leur est opposée dès le début.

D'autres formes très graves d'ulcères infectieux de la cornée nous sont fournies par les complications cornéennes consécutives à l'ophtalmie purulente, à la conjonctivite diphtéritique et même à certaines kératites scrofuleuses profondes chez des sujets très débiles. Ces complications comportent des indications spéciales ; mais le traitement que nous venons d'indiquer pour les ulcères en général peut s'appliquer à ces dernières également.

*
**

Ce que nous venons de dire des ulcères infectieux de la cornée s'applique aussi bien aux plaies infectées à la suite d'un traumatisme accidentel ou opératoire, mais des circonstances diverses peuvent compliquer plus gravement encore la situation.

Ainsi, les suppurations consécutives à l'opération de la cataracte empruntent à la présence des masses cristalliniennes émulsionnées dans l'humeur aqueuse une gravité toute spéciale ; il en est de même, du reste, des infections qui se produisent à la suite de traumatismes cristalliniens. La gravité devient encore plus grande si la