

D^r A. DARIER

*Gravité des plaies pénétrantes infectantes
du globe oculaire.*

crystalloïde postérieure a été déchirée, perforée, ce qui permet une propagation rapide de la suppuration dans le corps vitré et les membranes profondes de l'œil.

Dans une Revue générale publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (1), nous avons fait autrefois une étude détaillée des traumatismes oculaires, nous la résumerons seulement en quelques lignes.

Nous disions alors que : *la gravité d'une plaie du globe oculaire, quelle que soit sa situation, est absolument subordonnée au degré d'asepsie dans lequel s'est trouvée la plaie jusqu'à sa complète cicatrisation.*

Il est donc de la plus haute importance, aussitôt qu'on le pourra, d'aseptiser le plus complètement possible, comme nous l'avons dit plus haut, la plaie et ses alentours. Les lavages indiqués seront suivis d'une cautérisation au galvano-cautère, intéressant toutes les parties infiltrées grisâtres ou jaunâtres ; il ne faudra pas craindre, quand ce sera nécessaire, d'enfoncer la pointe du galvano-cautère jusque dans la profondeur du cristallin cataracté ou du corps vitré lui-même s'il y a déjà menace de suppuration profonde.

Si la cautérisation a été soigneusement faite, l'aseptisation de la plaie et du foyer infectieux est ainsi à peu près complète ; mais, pour rendre plus efficace encore l'œuvre de désinfection, il ne faut pas hésiter à pratiquer de suite après une injection sous-conjonctivale de cyanure d'hy-

(1) A. DARIER. — Des traumatismes oculaires graves et de leur traitement ; avec considérations sur la pathogénie, la prophylaxie et le traitement de l'ophtalmie sympathique (*Gazette des Hôpitaux*, 10 octobre 1891).

THÉRAPIE OCULAIRE

*La cataracte traumatique compliquée
gravement ces plaies.*

drargyre, d'autant plus forte et d'autant plus abondante que le processus infectieux sera plus avancé. Une pleine seringue ou une demi-seringue, suivant les cas, d'une solution à 1/1500 sera injectée profondément en arrière du globe oculaire pour éviter un trop fort chémosis.

Cette aseptisation bien faite, nous recommandions alors, déjà, dans tous les cas où la chose était possible, de recouvrir la plaie d'un lambeau conjonctival, pour la protéger contre toute nouvelle réinfection ; cette protection de la plaie avait déjà été recommandée par MM. Abadie et E. Meyer et plus tard elle a été chaleureusement prônée par Kuhnt (1), qui fit de la protection conjonctivale une méthode de traitement de toutes les pertes de substances de la cornée, ulcères, traumatismes, etc.

Pour les plaies consécutives aux opérations de cataracte, le recouvrement exact est difficile, aussi je demande la permission d'indiquer en passant le procédé que j'emploie et qui me donne les meilleurs résultats.

Il se recommande dans une foule de circonstances. 1° D'abord, comme nous venons de le dire, pour recouvrir et protéger une plaie qu'on vient de désinfecter ; 2° dans les cas où, après l'opération de la cataracte, la plaie reste entrebâillée ; alors il remplace très avantageusement la suture cornéenne, son exécution étant beaucoup plus facile et beaucoup moins dangereuse ; 3° enfin il est une série de cas où ce procédé de recouvrement conjonctival m'a rendu les plus grands services, c'est dans les hernies secondaires de l'iris après l'extraction simple de la cataracte. Dans ces cas, l'excision du lambeau irien hernié qui se fait le plus souvent quelques jours après l'opération

(1) KUHN. — *De l'utilisation de la conjonctive dans la pratique et de la chirurgie oculaire*, 1 vol. 8°, édité par Bergmann à Wiesbaden, 1898.

D^r A. DARIER

Protection des plaies par autoplastie de lambeaux de conjonctive.

de la cataracte, laisse à sa suite une plaie entrebâillée et dans un état de réceptivité infectieuse tout particulier (irritation traumatique et tiraillements iriens ou capsulaires). Depuis longtemps, je ne fais plus ces excisions secondaires sans protéger la plaie par le procédé ci-dessous.

Il ne faut pas craindre de recouvrir un bon tiers ou même la moitié supérieure de la cornée; car, la rétraction s'opérant bientôt, il ne reste plus qu'un très petit empiètement conjonctival sur le limbe cornéen.

Cette autoplastie prévient la formation de cicatrices cystoïdes et filtrantes, dont l'infection ultérieure est toujours si redoutable.

Voici comment je pratique cette opération, qui doit être faite avec beaucoup de soins pour donner des résultats :

Une injection de cocaïne 2 % avec acoïne 1 % est faite sous la conjonctive au-dessus du bord de la plaie à recouvrir. Cette injection doit être assez abondante pour détacher la muqueuse du tissu épiscléral et préparer pour ainsi dire le lambeau dans toute l'étendue qu'il doit avoir. La dissection se fait alors très facilement avec les ciseaux à strabismes ; il ne faut pas craindre de décoller la conjonctive aussi loin que possible jusque vers le fond des culs-de-sac, depuis le droit interne jusqu'au droit externe en passant par-dessus l'insertion du droit supérieur.

Avant de rabattre le lambeau conjonctival par-dessus la plaie, il faut avoir bien soin *d'aviver minutieusement* cette dernière soit avec un instrument tranchant, ce qui est toujours préférable (couteau, ciseaux, curette, etc.), soit au moyen d'attouchements au nitrate d'argent, à la teinture d'iode ou au galvano-cautère.)

Ceci fait, il ne reste plus qu'à abaisser par-dessus le lambeau conjonctival en s'assurant qu'il peut, sans tractions, recouvrir un tiers ou mieux la moitié de la cornée. Le lambeau sera maintenu solidement en place par une

THÉRAPIE OCULAIRE

Collyres et injections sous-conjonctivales antiseptiques.

suture à la soie faite de chaque côté du diamètre horizontal de la cornée.

Au bout de 4 à 5 cinq jours, les fils seront enlevés, s'ils ne sont pas tombés spontanément. La conjonctive ne restera adhérente qu'aux parties avivées, et la rétraction conjonctivale s'opérant, on n'aura pas à craindre un trop gros bourrelet cicatriciel.

Ce procédé est celui qui m'a le mieux réussi dans tous les traumatismes oculaires portant sur la périphérie de la cornée ; il est bien supérieur à la suture en bourse et aux recouvrements en lambeaux détachés ou en bandellettes.

Mais avec une plaie ainsi protégée, on n'est pas en droit de croire que tout est fini et qu'il ne reste plus qu'à se croiser les bras ; loin de là, la surveillance doit être constante jusqu'à ce que tout soit rentré dans l'ordre et que la guérison soit complète.

Le jour même ou le lendemain, une réaction assez violente peut se produire. Il faut alors retirer le pansement, appliquer 2, 3 ou 4 sangsues à la tempe et faire des instillations continues du collyre suivant :

Cyanure d'hydrargyre.....	0.01
Chl. de cocaïne.....	0.10
Dionine.....	0.10
Eau stérilisée.....	10 gr.

Instiller 2 ou 3 gouttes de collyre toutes les 1/2 heures dans l'œil malade. (Suivant l'indication fournie par l'état de la pupille, on ajoutera 0,05 d'atropine ou d'ésérine).

La réaction inflammatoire passée, il s'agira de savoir s'il y a lieu de pratiquer de nouvelles injections sous-conjonctivales ; mais, dans le doute, ce ne sera pas l'abstention qui sera sage ; bien des cas ont mal tourné à cause d'une

D^R A. DARIER

Gravité particulière des plaies pénétrantes
de la région ciliaire.

trop longue expectation; mieux vaut une ou deux injections de trop qu'une de pas assez. Ici, comme toujours, le sens clinique est notre seul maître. Ce n'est souvent que par une lutte acharnée de tous les jours que la guérison est obtenue.

Nous n'avons pas la prétention d'affirmer que l'on obtiendra toujours des résultats absolument favorables. Nous savons combien une erreur ou une faute sont faciles à commettre dans cette lutte si difficile de la thérapeutique contre les éléments infectieux; on croit avoir enrayé les progrès du mal et, quelques jours après, l'infection renaît, pour ainsi dire, de ses cendres. Il ne faut donc jamais désarmer et tenir les malades très longtemps en observation pour intervenir chaque fois que les indications cliniques sont précises. C'est ce que nous avons été obligés de faire dans la plupart des cas que nous avons observés. A deux ou 3 exceptions près, il a fallu presque toujours renouveler à plusieurs reprises la cautérisation et les injections sous-conjonctivales, quelquefois même intra-oculaires.

Plus la chirurgie fait de progrès, plus elle devient conservatrice, l'oculistique ne fait pas exception à cette règle.

Quant aux indications de l'énucléation, elles sont pour nous déjà trop fréquentes et assez précises.

Il y a lieu d'énucléer toutes les fois que la blessure est trop grave pour qu'il soit permis d'espérer conserver un organe utile soit pour la vision, soit seulement pour la forme, et aussi toutes les fois que l'œil renferme un corps étranger que l'on n'a pu extraire.

Les plaies de la région ciliaire ont de tout temps été considérées comme des plaies de la plus grande gravité.

L'expérience n'a-t-elle pas montré, en effet, qu'une plaie

THÉRAPIE OCULAIRE

Lésions trophiques et infections
insidieuses.

pénétrante de cette partie de l'œil (abstraction faite des complications immédiates) entraînait souvent à sa suite, soit une *irido-choroïdite suppurative aiguë* se terminant soit par un phlegmon de l'œil, soit par une *atrophie progressive du globe* oculaire et très souvent aussi se compliquait d'une irido-choroïdite secondaire de l'autre œil (*ophtalmie sympathique*). Une cécité complète pouvait donc souvent être la conséquence d'une simple plaie de la région ciliaire.

La cause première de cette gravité d'un traumatisme relativement minime est restée très obscure jusqu'aux découvertes récentes de la microbiologie.

Jusqu'alors quoi de plus naturel que de chercher l'explication de la gravité des blessures du corps ciliaire dans l'importance anatomique ou physiologique de l'organe lésé? Or, il est établi depuis longtemps que l'iris et les procès ciliaires jouent un rôle capital dans la nutrition de l'œil. Il découle naturellement de ce fait qu'une altération profonde de cette partie de l'œil peut avoir des conséquences graves pour son avenir.

Mais où l'on ne voyait autrefois qu'une action purement mécanique, nous voyons aujourd'hui un processus infectieux, parasitaire, détruisant progressivement et de plus en plus profondément les tissus oculaires, pour se propager même, par l'intermédiaire des nerfs optiques et du chiasma, jusqu'à l'œil du côté opposé.

Ne savons-nous pas déjà que de simples plaies de la cornée peuvent amener, elles aussi, une panophtalmie, une phthisie progressive du globe oculaire et même une ophtalmie sympathique? Il peut en être de même pour des blessures purement scléroticales, alors même que ni le corps ciliaire ni l'iris n'ont été lésés. Donc, nous pouvons dire pour les plaies de la région ciliaire de même que pour les précédentes :

D^r A. DARIER

*L'infection reste l'élément redoutable de toutes
les plaies du bulbe.*

La gravité d'une plaie pénétrante quelconque du globe oculaire, quelle que soit sa situation, est absolument subordonnée au degré d'asepsie dans lequel a été tenue la plaie jusqu'à sa complète cicatrisation.

Tout ce que nous pouvons concéder aux théories anatomiques, c'est que, suivant la région intéressée, la plaie peut offrir une réceptivité plus ou moins grande aux éléments infectieux. Une plaie de la coque oculaire envisagée en elle-même offre à peu près partout la même résistance aux germes infectieux, qu'elle porte sur la région ciliaire ou ailleurs. Mais la coque oculaire une fois traversée, l'élément microbien trouvera un milieu de culture et des voies de propagation absolument différents, suivant la région intéressée. De la cornée, l'infection doit traverser la chambre antérieure, envahir l'iris, puis les procès ciliaires pour se propager au segment postérieur de l'œil. Une plaie infectée de la région ciliaire, au contraire, permettra la propagation immédiate du processus inflammatoire à la fois à la chambre antérieure et à tout le tractus uvéal.

Une particularité des plaies de la région ciliaire est aussi la difficulté que l'on a, dans certains cas, de savoir si, oui ou non, l'infection a eu lieu ; car l'infection peut faire son chemin en arrière, d'une manière lente, insidieuse, et envahir petit à petit tout le cercle ciliaire sans amener de phénomènes réactionnels bien marqués, jusqu'à ce qu'on s'aperçoive que l'œil est en train de s'atrophier, ou jusqu'à ce qu'éclate soudain une ophthalmie sympathique.

Pour les plaies de la cornée, au contraire, tout se passe le plus souvent au grand jour et une intervention opportune peut conjurer le danger. Voilà toute la différence qu'anatomiquement nous sommes forcés d'admettre et par expérience et par raisonnement. La loi générale de l'infectivité n'en est aucunement ébranlée.

QUINZIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Maladies de la cornée (Suite). — Kératites superficielles, kératites profondes. — Kératite phlycténulaire ou pustuleuse. — Traitement général : quinine, tanin, fer, iode, arsenic. — Traitement local : pommade jaune toujours, atropine quelquefois. — Kératite fasciculaire. — Ulcère marginal, ulcère arthritique ; traitement général : salicylate, quinine, lithine. — Traitement local : dionine et pansement occlusif. — Kératite arborescente. — Herpès cornéen fébrile. — Zona. — Kératite bulleuse. — Kératite maculeuse. — Kératite parenchymateuse circonscrite par contusion. — Kératite en grillage. — Kératite striée. — Kératite parenchymateuse hérédo-spécifique. — Dents d'Hutchinson.

En divisant cliniquement les kératites en deux grandes classes, les *kératites superficielles* et les *kératites profondes*, nous établirons plus facilement les principales indications thérapeutiques des maladies de la cornée.

Pour les kératites superficielles, aboutissant presque toutes à l'ulcération plus ou moins étendue, plus ou moins profonde de la cornée, nous aurons à tenir compte de toutes les indications relatives à l'aseptisation du foyer morbide qui, forcément en contact avec l'air et les sécrétions oculaires, ne peut manquer de s'infecter, quelque antiseptiques que puissent être les larmes. Presque toujours aussi, il y a conjonctivite et quelquefois blépharite concomitantes.

Il sera donc, dans tous ces cas, recommandé de pratiquer une stérilisation aussi parfaite que faire se peut des culs-de-sac conjonctivaux et des bords palpébraux par des