

D^R A. DARIER

Elles peuvent ainsi agir localement avec rapidité et intensité.

Quant à la suggestion des malades, elle peut exister, mais il n'est pas facile de la leur faire éprouver, au début du moins, avec un traitement fort peu suggestif et suffisamment douloureux pour qu'on ne soit pas tenté de l'appliquer sans qu'il soit absolument nécessaire.

Quand on ne possède pas le maniement d'une médication, on doit toujours, au début, l'appliquer avec la plus grande prudence et dans des cas bénins, jusqu'à ce qu'on en ait bien compris les indications et contre-indications; car malgré le déterminisme le plus exact réglant la prescription d'un traitement nouveau, l'expérience d'autrui ne remplace jamais complètement l'expérience personnelle, surtout dans une science aussi complexe que la médecine où chaque malade présente toujours des réactions variables à l'infini, suivant l'intensité du processus morbide, la disposition du sujet, l'influence des milieux, etc.

Ces quelques généralités une fois posées, nous entrerons, dans notre prochaine leçon, dans le détail des applications thérapeutiques qui conviennent aux différentes formes de choroidites avec observations à l'appui.

VINGT-ET-UNIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Traitement des maladies de la choroïde (Suite). — Observations de choroidites maculaires, guéries par l'action rapide et intense des injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium et de cyanure d'hydrargyre. — Quelqu'infinitésimale que soit la quantité de mercure résorbé, l'action en est vingt fois plus intense que par la voie hypodermique. — Il faut, naturellement, que ces lésions soient soignées aussi près que possible de leur début. — Soi-disant lésions congénitales.

Altérations choroïdiennes de la myopie très améliorées par les injections sous-conjonctivales de Na.Cl. et de Cn.Hg., de solutions iodo-iodurées, etc. — Amélioration très grande de la vision.

Pour illustrer notre étude sur le traitement des choroïdites maculaires, permettez-moi de vous citer un exemple.

Un des premiers cas que j'ai traité est le suivant :

M. X..., 38 ans, sans antécédents syphilitiques, mais souffrant fréquemment de la goutte, se présente avec un trouble très notable de la vision, de près surtout; les objets sont vus diffusément et déformés, et cela depuis près d'un an, avec des alternatives de mieux et de plus mal.

A l'ophtalmoscope, je constate à l'œil gauche un semis de petits points blancs dans la macula; à droite 3 ou 4 points semblables au-dessus et en-dessous de la macula, (ces lésions, je les ai rencontrées plusieurs fois chez des goutteux.)

Tous les traitements étant restés sans résultats, je parviens à persuader au malade qu'il doit essayer des injections sous-conjonctivales de sublimé. Une division de la

D^r A. DARIER

Exemple de choroidite maculaire guérie par quelques injections sous-conjonctivales.

seringue de Pravaz d'une solution de sublimé à 1 ‰ est injectée après cocaïnisation.

Le lendemain, le malade revient furieux, il avait souffert atrocement, disait-il, et ne voulait plus d'un pareil traitement. J'examine la vision et je constate :

O. G. : V = 1/2. — De près lit n° 1 à 30 cent. plus de trouble, plus de métamorphopsie.

La veille O. G. : V = 1/3. — De près lisait à peine le n° 4.

Quand le malade vit ce changement rapide dans l'état de sa vision, il me témoigna une très vive reconnaissance et demanda lui-même la continuation du traitement.

Après 6 injections semblables à la première, le malade s'en retourna pour ainsi dire guéri.

Vous pouvez voir à ce sujet les nombreuses observations que j'ai publiées sur le traitement des choroidites dans les Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie 1892, pages 269 à 290, *observations où le traitement local s'est montré efficace, alors que tous les traitements généraux avaient échoué ou avaient épuisé leur effet.*

Voyons maintenant sur quelle théorie si profondément scientifique s'appuient ceux qui nient aux injections sous-conjonctivales toute action thérapeutique réelle.

D'abord on a nié la possibilité que le mercure pénétrât dans l'intérieur de l'œil.

Le sublimé, en contact avec les liquides albumineux de l'organisme, est transformé en albuminate peu soluble. C'est là un fait bien reconnu pour les solutions fortes employées pour les injections hypodermiques ; mais cela n'est pas prouvé pour les solutions aussi diluées que celles employées pour les injections sous-conjonctivales, et, d'ailleurs, les mêmes effets thérapeutiques sont obtenus par le cyanure de mercure, lequel, en solutions diluées

THÉRAPIE OCULAIRE

Le cyanure d'hydrargyre est l'antiseptique qui donne les meilleurs résultats.

tout au moins, s'absorbe en nature et ne coagule pas l'albumine.

Mais, admettons que le mercure ne pénètre pas dans l'œil ou seulement en quantité infinitésimale. Comment expliquer alors l'action thérapeutique, que même les plus sceptiques ont dû constater ? Est-ce l'eau injectée qui agirait, comme le veulent certains auteurs, à la façon d'un courant laveur ? Le fait est très possible dans les cas où l'on injecte une pleine seringue de liquide, mais, d'un autre côté, comment expliquer le cas où l'action thérapeutique se produit, après l'injection d'une seule goutte de liquide ?

J'ai fait de nombreuses contre-épreuves en employant différents liquides, eau distillée, sérum artificiel, etc. Je n'ai jamais obtenu des résultats comparables à ceux que donnent les injections de sublimé ou de cyanure de mercure.

D'après une autre explication, ces injections agiraient par la révulsion qu'elles produisent. Il y a un peu de vrai dans cette hypothèse, mais combien peu !

Pourquoi chercher si loin une explication, au lieu de s'en rapporter à la saine et simple observation clinique ?

Est-il possible de prétendre que le sublimé injecté n'aurait aucune action chimique, antiseptique, altérante ou simplement modificatrice de la nutrition ? Car le liquide qui produit le chémosis conjonctival constitué par la solution de sublimé injectée et les liquides albumineux extravasés, finit par se résorber ; il entre dans la circulation générale et dans les espaces lymphatiques de l'œil, soit en nature, soit à l'état d'albuminates redissous, soit même, si l'on veut, à l'état de parcelles insolubles transportées par les corpuscules blancs, comme le seraient des parcelles d'encre de Chine injectées sous la conjonctive.

Donc, que l'on admette telle théorie que l'on voudra, il

D^R A. DARIER

*Quelque minime que soit la quantité résorbée,
elle suffit pour guérir.*

n'est pas possible de nier scientifiquement, de par la théorie seule, toute action thérapeutique aux injections sous-conjonctivales de sels mercuriels.

Expérimentalement, la controverse reste ouverte. Mais, en tous cas, les expériences faites sur le lapin ne pourront jamais infirmer les résultats cliniques nombreux obtenus par tant de praticiens distingués.

Une autre objection couramment faite, est que la quantité de mercure injectée est si minime qu'il n'est pas possible qu'on puisse lui attribuer une action thérapeutique quelconque.

Nier un fait bien observé n'est point un raisonnement. Le fait étant acquis, il faut l'expliquer ; mais ce n'est pas toujours facile.

Une seule goutte de solution Cn. Hg. à 1/1000 injectée sous la conjonctive contient 1/20^e de milligramme de sel mercuriel, dont une partie, probablement assez considérable, sera entraînée par la circulation générale et sera perdue pour l'œil ; il en pénétrera donc très peu dans l'intérieur de l'œil, admettons au minimum 1/60^e de milligramme.

1/60^e de milligramme pénètre dans l'intérieur de l'œil, c'est infiniment peu, mais qui pourra nous dire comment agit cette faible dose ? Si ce n'est pas comme simple bactéricide, serait-ce, peut-être, comme stimulant des éléments anatomiques : sérum, cellules, phagocytes, etc., chargés de la défense de l'organisme ? Comment le savoir ? Mais cette objection n'a, du reste, quelque valeur que pour ce qui concerne les accidents infectieux traumatiques. Or, dans ces cas, les doses injectées sont ordinairement dix et vingt fois plus fortes.

Laissons de côté cette question difficile à résoudre par la théorie, quoique bien évidente et bien simple en pratique, et considérons un cas très simple : un foyer de

THÉRAPIE OCULAIRE

*Par la voie sous-conjonctivale, action
vingt fois plus forte qu'hypodermiquement.*

choroïdite maculaire syphilitique. Le traitement local agit, d'après mon expérience personnelle et celle de bien des auteurs, plus rapidement que le traitement général : ne peut-on pas l'expliquer en raisonnant de la façon suivante : 1/20^e de milligramme injecté sous la conjonctive, en admettant une déperdition des deux tiers, laisse pénétrer dans l'œil 1/60^e de milligramme. Une injection hypodermique à la dose habituelle de 1 centigramme, si l'on estime le poids moyen du corps à 60 kilogrammes, n'amènera une pénétration du sublimé dans le globe oculaire que de 1/1000^e de milligramme en évaluant le poids de l'œil à 6 grammes environ. *Donc, par la voie sous-conjonctivale, il pénétrerait une quantité de mercure près de vingt fois plus forte que par la voie hypodermique.*

On objectera que les injections hypodermiques peuvent se répéter tous les jours et qu'on peut faire une cure de frictions intensives. Mais je n'ai jamais eu la prétention de remplacer le traitement général. J'ai dit seulement que *le traitement local par les injections sous-conjonctivales est un traitement de vitesse et d'intensité* qui peut rendre de grands services et donner, dans certains cas, un coup de fouet au processus pathologique, qu'il soit employé seul ou concurremment avec le traitement général.

Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une altération choroïdienne de date récente, portant sur la macula ou sur ses alentours immédiats, c'est non pas le traitement général qui est de première indication, mais bien le traitement local ; et le seul efficace que nous possédions aujourd'hui, nous devons le confesser, est celui par les injections sous-conjonctivales.

Nous ne saurions trop le répéter, c'est au plus tôt qu'il faut agir et le plus énergiquement possible quand la vi

D^r A. DARIER

Action puissante sur les lésions au début,
moindre plus tard.

sion centrale peut être définitivement éteinte par une lésion de la macula.

Il va sans dire que le traitement général ne doit pas être négligé pour cela.

Permettez-moi donc de vous citer ici une observation toute récente qui mettra bien sous vos yeux tous les détails de l'évolution pathologique du processus et de l'efficacité du traitement dans les cas de petits foyers maculaires que, pour ma part, je considère comme des tubercules isolés de la choroïde.

Mlle X., âgée de 21 ans, d'une belle santé apparente, a été antérieurement soignée pour un peu d'anémie. Sa mère et son oncle sont morts tuberculeux; elle souffre depuis un an d'une douleur très localisée sur le cou-de-pied, au niveau de l'os naviculaire. (Y a-t-il là une lésion osseuse tuberculeuse ?).

Mlle X... se présente le 6 janvier 1900, se plaignant de voir une tache devant son œil gauche.

O. D. : V. = 2/3 — lit n° 1.

O. G. : V. = 1/3 à 1/2 — lit n° 1, difficilement.

A l'examen ophtalmoscopique, au-dessus de la macula, on voit un foyer choroïdien blanchâtre proéminent et arrondi sur lequel passe un vaisseau. Celui-ci paraît nettement déplacé et soulevé par l'exsudat. On peut évaluer la différence de hauteur entre le sommet de ce foyer et la rétine à 2 Dioptries.

On fait une injection sous-conjonctivale (1/2 seringue) de Cn. Hg. à 1/1000 avec acoïne et on applique un pansement.

Le 8 janvier. Deuxième injection sous-conjonctivale.

Le 10. *Le foyer a disparu*, il reste à sa place une zone d'infiltration grisâtre. Le vaisseau qui le contournait a repris à peu près sa direction rectiligne. Le scotome a disparu. V. = 1/2 à 2/3. On fait encore une troisième injection.

THÉRAPIE OCULAIRE

Exemple : trois foyers soignés à
différentes périodes.

Le 13. La malade se plaint de nouveau d'une tache noire.

A l'ophtalmoscope, on aperçoit toujours la zone grisâtre à la place de l'ancien foyer, mais on en voit *un deuxième* nouveau au-dessous de la macula, contourné lui aussi par un vaisseau surélevé de 1,5 D. à 2 D. de hauteur. Il est blanchâtre et paraît nettement conique.

Le 20. La malade ayant été indisposée n'a pu venir se faire soigner de 8 jours. La vision a baissé : V. = 1/3.

A l'ophtalmoscope, même aspect, avec, en plus, un *troisième foyer* ponctiforme très blanc ressemblant tout à fait à un tubercule, entre la macula et le deuxième foyer, il est également placé le long d'un petit vaisseau.

Le 23. On fait une quatrième injection sous-conjonctivale à 1/1500. Mais un temps précieux ayant été perdu, il est à craindre que l'effet des injections sous-conjonctivales ne soit plus aussi marqué qu'il l'avait été pour le premier foyer pris à son début, c'est ce que montre la suite de l'observation que je ne veux pas vous citer tout au long.

Il est important de noter que le premier foyer ayant été traité tout à fait au début a disparu en quatre ou cinq jours sans autre traitement que trois injections sous-conjonctivales de Cn. Hg.

Le 2^e foyer traité un peu tard, n'a guéri que très lentement et a laissé une cicatrice choroïdienne indélébile.

Le 3^e et plus petit foyer pris presque à son apparition a disparu, comme le premier, en cinq ou six jours.

L'évolution de ces trois foyers montre bien de quelle haute importance est la thérapeutique locale de ces affections, alors même qu'il n'y a aucun antécédent spécifique, et qu'il y a tout lieu de croire qu'on a eu affaire à des tubercules de la choroïde.

D^R A. DARIER

Les lésions, soi-disant congénitales, peuvent être améliorées.

L'effet des injections est d'autant plus actif et rapide qu'elles auront été pratiquées plus près du début, alors que les éléments anatomiques n'ont pas encore été complètement anéantis. Aucun traitement ne peut agir avec autant de rapidité et d'intensité comme le prouvent les faits ci-dessus.

Cependant, il n'est pas toujours absolument nécessaire d'arriver au début des lésions pour obtenir des résultats, il s'agit seulement d'arriver avant que les éléments nobles, cônes et bâtonnets, ne soient complètement atrophiés ou détruits par le processus morbide.

J'ai vu, en effet, des cas de foyers de choroïdite centrale, pris pour des altérations congénitales, bénéficier notablement et du traitement général par les injections sous-cutanées d'abord, et du traitement local par les injections sous-conjonctivales ensuite.

J'ai vu aussi des chorio-rétinites disséminées ayant envahi la macula depuis longtemps, bénéficier grandement des injections sous-conjonctivales alors que le traitement général était resté sans effet, ou avait cessé d'agir ; plusieurs observations sont relatées, avec dessins à l'appui, dans les *Bulletins de la Société Française d'Ophthalmologie* de 1892. Bien d'autres cas se sont présentés à moi depuis, améliorés de la même façon dans une bonne partie des cas.

Dans les *choroïdites pigmentaires* et même quelquefois dans les rétinites pigmentaires, les résultats obtenus par la thérapeutique locale sont quelquefois surprenants, alors même que des traitements spécifiques étaient restés sans résultats. Nous ne saurions trop le répéter, *les injections sous-conjonctivales ont une action, pour ainsi dire spécifique, sur les maladies de la choroïde.*

THÉRAPIE OCULAIRE

Thérapeutique des altérations choroïdiennes de la myopie élevée.

*
**

Nous arrivons maintenant aux *lésions choroïdiennes de la myopie*.

Il y a peu de jours encore, j'ai été frappé par le fait suivant : Une sœur de charité se plaint à moi d'avoir la vue de son œil droit très troublée depuis plus de six mois. Le médecin qui me l'adresse avait pensé à une hémorragie rétinienne.

Il y a une myopie très forte, surtout du côté malade, mais malgré tous les verres correcteurs, on ne peut que faire compter les doigts à 30 centimètres. A l'examen ophtalmoscopique, vaste staphylome myopique avec lésions maculaires très marquées, mais pas d'hémorragie.

Sans trop en attendre de résultat, je fais à la patiente des injections de chlorure de sodium à 2, puis à 4 % et ensuite au cyanure d'hydrargyre à 1/5000.

Six injections en tout furent pratiquées en 15 jours, et la malade me quitta enchantée, pouvant lire de son œil, le numéro 6 de Wecker, et ayant une acuité égale à 1/8 avec — 16 D. — La malade, qui se plaignait de voir tous les objets qu'elle fixait couverts d'une grosse tache noire, ne voit plus qu'un léger brouillard, à travers lequel les objets transparaissent assez nettement.

Je pourrais vous citer d'assez nombreuses et nouvelles observations venant corroborer celles que j'ai déjà publiées, mais l'accord est en train de se faire sur ce sujet et presque tous les expérimentateurs sérieux sont unanimes à reconnaître que le traitement de choix des altérations choroïdiennes de la myopie est celui par les injections sous-conjonctivales.

Or, dans un travail publié dans le premier numéro du *Zeitschrift für Augenheilkunde*, M. BURRI, de Bâle, relatant les effets favorables des *injections*