

D^r A. DARIER

*Injections sous-conjonctivales d'eau salée
et de cyanure d'hydrargyre.*

d'eau salée sur les choroïdites maculaires, trouve à citer seulement le cas que j'ai relaté en 1893. M. le professeur MELLINGER pourtant, qui est au courant de tout ce qui a été publié sur les injections sous-conjonctivales, aurait bien pu montrer à son élève mes deux publications antérieures, autrement plus importantes que la troisième. Il a bien connu aussi les nombreux succès obtenus par Marc DUFOUR, de Lausanne, succès relatés dans la thèse de Auguste DUFOUR (1896). Dans cette thèse, sont rapportés de nombreux cas de choroïdites myopiques (25), dont 21 traitées avec succès par les injections sous-conjonctivales de sublimé.

Le professeur PFLUGER, de Berne, a été aussi plus satisfait des injections sous-conjonctivales que de tout autre traitement dans les maladies de la choroïde.

M. MELLINGER veut remplacer partout et toujours le sublimé par le chlorure de sodium, sous le fallacieux prétexte que le sublimé, trop irritant, aurait produit sur l'œil du lapin des adhérences entre la conjonctive et l'épislère. J'ai montré que ces adhérences ne s'observent chez l'homme que quand l'injection a été faite trop près de la cornée ou trop profondément sous la capsule de Tenon.

J'ai, du reste, répondu aux objections de M. MELLINGER et, tout en reconnaissant la grande valeur de ses travaux sur les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium, j'ai relaté plus haut (voir page 35) une observation bien intéressante de chorio-rétinite maculaire double où, du côté le plus malade, furent faites des injections sous-conjonctivales de cyanure d'hydrargyre, tandis que, du côté où les lésions étaient moins profondes, on fit des injections de NaCl.

Or, dans ce dernier œil, la vision resta altérée, tandis qu'elle redevint normale de l'autre œil après 3 injections de sublimé. Fait encore plus intéressant, le malade ayant des

THÉRAPIE OCULAIRE

*Injections iodo-iodurées très douloureuses
de trichlorure d'iode, de cyanure d'or, etc...*

antécédents spécifiques, le traitement général par des injections hypodermiques de Cn.Hg. n'avait cessé d'être administré pendant le cours de l'affection.

On m'a reproché d'avoir abusé des injections sous-conjonctivales de sels mercuriels au détriment de bien d'autres agents utilisables par la même voie. Ce n'est pas faute d'en avoir cherché, et le chlorure de sodium je l'avais abandonné comme moins actif, sans doute parce que je n'avais pas employé les doses élevées que préconise MELLINGER, (2 à 4 p. 100, une pleine seringue tous les jours ou tous les deux jours).

Le trichlorure d'iode, l'iodure de potassium, le salicylate de soude, etc., ne m'ont jamais donné des résultats supérieurs ni même égaux à ceux obtenus par le sublimé ou le cyanure de mercure. (Je n'emploie plus depuis huit ans que ce dernier sel, qui est moins caustique). Seul, le cyanure d'or dans un cas de névrite rétrobulbaire (1) m'a donné un succès éclatant alors que trois injections de Cn. Hg. et de chlorure de sodium étaient restées sans résultat.

Tout récemment le D^r SOURDILLE (2), de Nantes, a vanté les bons effets des injections iodo-iodurées dans les choroïdites maculaires myopiques, choroïdites disséminées, etc. Tous les 2 jours, il injecte sous la conjonctive bulbaire 4 ou 5 gouttes de la solution suivante :

Iode métallique.....	0,01 à 0,02
Iodure de potassium.....	1 gr.
Eau distillée.....	30 gr.

La douleur durerait un quart d'heure à peine. Mon ami le D^r DE SPÉVILLE m'a dit également que dans 3 cas de choroïdite maculaire myopique, il a obtenu aussi de très bons

(1) *La Clinique Ophthalmologique*, nos 4 et 6, 1896.

(2) *La Clinique Ophthalmologique*, n° 20, 1898.

D^r A. DARIER

Le mieux est de combiner le chlorure de sodium avec le cyanure d'hydrargyre.

résultats, mais que ces injections étaient très douloureuses. J'ai moi-même immédiatement mis en pratique ces injections, comme du reste toutes celles que l'on a proposées comme supérieures aux injections mercurielles.

Or, je dois dire d'abord, que le premier cas, dans lequel je les ai essayées est un cas de choroïdite maculaire ancienne qui avait résisté à 20 injections intra-veineuses de Cn. Hg. et à 12 injections sous-conjonctivales du même sel. J'ai pu constater d'abord que ces injections étaient incomparablement plus douloureuses que celles de Cn. Hg. Quant aux effets meilleurs, je les attends encore. Mais, si les injections iodo-iodurées n'ont pas réussi dans ce cas, je ne les regarderai pas pour cela comme inactives, car j'ai dit dès mon premier travail, et tous, vous le comprenez bien : *dans les choroïdites maculaires, on ne peut obtenir des résultats que tant que la lésion n'est ni trop ancienne ni trop profonde, tant qu'elle n'a pas étouffé ou détruit irrémédiablement les éléments sensoriels de la rétine.*

Il est souvent impossible de savoir, même après un examen ophtalmoscopique des plus minutieux, si une lésion maculaire est guérissable ou non. Mais on peut dire que tant qu'on n'a pas essayé les injections sous-conjonctivales, on n'a pas le droit d'affirmer que la lésion est irréparable. J'ai vu, en effet, un cas où un foyer maculaire avait été pris pour un colobome congénital, subir une amélioration surprenante par les injections sous-conjonctivales.

Quelle est la valeur respective des injections de sublimé, d'eau salée, d'iode, etc. ? voilà qui serait intéressant à établir d'une manière bien précise.

Tant que cette étude n'aura pas été faite, je m'en tiendrai aux injections que je pratique depuis les travaux de MELLINGER, qui ont prouvé l'action lymphagogue du chlo-

THÉRAPIE OCULAIRE

La vision des myopes est très améliorée par ces injections.

rure de sodium. Une solution de ce sel à 2 0/0 (dose moyenne employée par MELLINGER) me sert de véhicule au cyanure d'hydrargyre 1/5000. J'en suis venu à ces injections diluées parce que, de même que pour les injections hypodermiques ou intraveineuses la quantité de liquide agit par sa masse. De fait, avec 5 divisions de la seringue de Pravaz d'une solution à 1/5000 ainsi formulée :

Cyanure d'hydrargyre	0,01
Chlorure de sodium	1 gr.
Eau dist. stérilisée	50 —

j'injecte la même quantité de cyanure qu'avec une division de solution de 1/1000. En outre, j'injecte la même solution saline que préconise l'école de Bâle. La dose injectable de cette solution varie de 1/4 à une pleine seringue et le lieu de prédilection est l'équateur de l'œil, loin de la cornée et de préférence en haut et en dehors.

Mais, il ne faut pas pour cela renoncer aux solutions à 1/1000 qui seules sont capables d'enrayer une infection traumatique ou opératoire grave, contre laquelle je n'hésite pas à injecter une demi ou une pleine seringue de ces fortes solutions tous les deux ou trois jours pour enrayer une panophtalmie ou une ophtalmie sympathique. *C'est faute d'avoir su proportionner les doses à l'intensité du processus morbide à combattre que bien des auteurs ont rapporté des observations négatives.* (1)

Enfin, dans un tout récent travail basé sur une expérience de cinq années, M. SENN, de Saint-Gall, dans l'*Archiv. für Augenheilkunde* 1901, nous montre que, même en Suisse, d'où est parti le courant des injections de chlorure de sodium, on commence à rendre justice aux injections sous-conjonctivales de cyanure d'hydrargyre.

(1) Voir pour la technique des injections s.-conjonctiv., p. 45 et 77.

D^R A. DARIER *L'action lymphagogue de la dionine ne peut égaler celle des injections sous-conjonctivales.*

Il dit que, dans le traitement opératoire de la myopie élevée, pour obtenir un bon résultat, il faut toujours améliorer d'abord la vision centrale, généralement très compromise par des altérations choroïdiennes, et, pour arriver à ce but, M. SENN ne connaît pas de meilleur moyen que les injections sous-conjonctivales de cyanure d'hydrargyre à 1/5000 et même à 1/2500, *les injections de chlorure de sodium s'étant montrées trop peu actives, ou ayant promptement épuisé leur efficacité.*

Il soumet ainsi toutes les myopies élevées à un traitement de six semaines par les injections sous-conjonctivales, puis il pratique l'extraction ou la discision, et il obtient ainsi des résultats infiniment supérieurs pour l'acuité de la vision.

Mais, revenons-en au traitement des choroïdites.

Certes, les injections sous-conjonctivales ont leurs inconvénients, elles sont quelquefois difficiles à faire accepter par les malades, elles sont plus ou moins douloureuses, et, si l'on pouvait trouver une médication plus facile et plus active ce serait un grand bienfait.

Dernièrement, le D^R SUCKER (1) a relaté 2 cas de choroïde qui auraient été grandement améliorés par l'emploi de la *thyosinamine*. Je me suis empressé de mettre à l'épreuve cet agent thérapeutique qui possède des propriétés semblables à celles de l'iodure de potassium. Je l'ai employé en pilules, en injections hypodermiques et sous-conjonctivales, mais jusqu'ici, sur un total de 20 observations, je n'en ai pas trouvé de bien encourageantes.

WOLFFBERG avait cru trouver dans la dionine un succé-

(1) 2 cas de choroïdite traités par la thyosinamine. *La Clinique Ophtalmologique*, n° 18, 1898.

THÉRAPIE OCULAIRE

Dans les affections de la macula il faut agir avec rapidité et intensité.

dané des injections sous-conjonctivales ; mais l'action lymphagogue de la dionine, pour si énergique qu'elle soit, est trop fugace pour donner des résultats appréciables dans le traitement des choroïdites. Aussi, jusqu'à plus ample informé, je ne saurais que répéter ce que je disais en 1893 à la Société d'ophtalmologie de Paris (1) :

C'est justement dans les *affections de la macula* qu'il est de la plus haute importance d'intervenir *avec rapidité et intensité*. Or aucun moyen ne possède ces deux qualités plus que la thérapeutique locale par les injections sous-conjonctivales. Les injections sous-conjonctivales ont fait leurs preuves dans tous ces cas-là et, abstraction faite de toute théorie, les faits, nombreux déjà, parlent d'eux-mêmes et s'imposent.

Il ne faudrait pourtant pas me faire dire que l'on peut guérir toutes les affections maculaires. *Une lésion ayant entraîné la destruction complète d'éléments anatomiques aussi importants que les éléments nerveux de la macula ou du nerf optique, je ne pense pas qu'il puisse venir à personne l'idée de les ressusciter.* Quand j'ai parlé de quelques cas où j'avais amélioré la vision de certains malades atteints de choroïdites maculaires myopiques, on m'a répondu qu'il était impossible de guérir des lésions semblables, qui sont d'un ordre purement mécanique.

Le fait est vrai ; mais il est vrai aussi que, chez le myope, il se produit souvent des poussées aiguës de différente nature, que de tout temps on n'a pu amender que par les traitements mercuriels. C'est dans des cas de ce genre que j'ai obtenu d'excellents effets des injections sous-conjonctivales de sublimé, partant toujours de ce principe que,

(1) *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris*, 1893, pages 27 et suivantes.

D^r A. DARIER

*L'action locale sera toujours
plus rapide que les médications générales.*

dans un processus aigu, local, il faut agir le plus énergiquement, le plus promptement et le plus localement possible.

Or quel doit être notre idéal en médecine ? C'est de faire de la chirurgie, si vous me permettez le mot. C'est, en d'autres termes, d'attaquer le mal où il se trouve et non de nous attarder à le circonvenir par des moyens indirects, auxquels nous ne sommes que trop souvent réduits.

Même dans des affections générales telles que la syphilis, la tuberculose et le rhumatisme, la thérapeutique tend de plus en plus à localiser ses moyens d'action !

Dans un organe aussi délicat que l'œil, il ne nous est pas toujours possible d'atteindre le siège du mal ou par le fer ou par le feu ; mais nous devons toujours chercher autant que possible à mettre en contact immédiat l'agent médicamenteux avec la lésion.

Nous aurons à nous occuper, dans notre prochaine leçon, des maladies de la rétine elle-même, affections qui, pour la plupart, relèvent de maladies générales par altérations sanguines. Nous aurons peu de chose à dire sur le traitement local de ces affections, qui sont plutôt du ressort du praticien. Tout au plus avons-nous à donner notre avis au sujet des lésions ophtalmoscopiques et des troubles apportés à la fonction visuelle par les *rétinites albuminuriques, diabétiques, leucémiques*, etc.

L'athérome et l'artériosclérose ont également un retentissement très fréquent sur les vaisseaux rétinien et ces rétinites hémorragiques peuvent avoir une grande importance diagnostique pour le clinicien. Nous ne nous arrêterons pas à faire un cours de pathologie générale ; mais nous aborderons de suite l'intéressant chapitre des *décollements rétinien*, et nous étudierons l'action remarquable des injections sous-conjonctivales, de l'électrolyse, etc...

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Traitement du décollement de la rétine : Premières tentatives d'injections sous-conjonctivales. — Injections intra-oculaires de teinture d'iode. — Ponctions simples de la sclérotique. — Ponction électrolytique. — Injections intra-oculaires de sérum artificiel, d'humeur aqueuse, et de corps vitré de lapin. — Formes cliniques des décollements rétinien ; leurs indications thérapeutiques particulières. — La guérison complète du décollement est-elle chose impossible ? — Les injections sous-conjonctivales, la ponction électrolytique et le décubitus dorsal sont nos plus puissantes armes.

Lors de mes premiers travaux sur les injections sous-conjonctivales de sublimé, j'avais eu l'occasion de traiter quelques rares cas de décollements de la rétine, dans lesquels j'avais essayé, sans trop de conviction, la valeur de cette nouvelle méthode thérapeutique.

J'ai encore en observation, en ce moment, un des premiers malades ainsi traités. C'est un homme d'une cinquantaine d'années, très myope, qui vint me voir pour la première fois en 1892 pour un trouble très marqué du seul œil qui lui restât, l'autre étant perdu depuis 12 ans par décollement rétinien.

La vision était notablement abaissée et un scotome, très nettement délimité à la partie supérieure du champ visuel, correspondait au décollement peu marqué encore, mais bien évident, qui siégeait dans la région équatoriale inférieure. La papille est entourée d'une zone d'atrophie