

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

D^R A. DARIER

Premiers essais d'injections sous-conjonctivales
contre le décollement rétinien.

choroïdienne myopique et une strie transversale de choroïdite traverse tout le fond de l'œil.

Ce sont ces altérations choroïdiennes qui me firent penser que les injections sous-conjonctivales de sublimé pourraient avoir un effet salutaire sur le décollement rétinien lui-même. C'est ce que vinrent confirmer les événements. Ce malade guérit très bien de son décollement.

J'ai observé, vers la même époque, deux autres cas du même genre ; mais je n'avais jamais osé les publier, on m'eût traité de fou de penser que quelques gouttes de sublimé injectées sous la conjonctive pussent amener à elles seules la guérison du décollement rétinien, maladie réputée à peu près complètement incurable.

Et puis, à ce moment, mon maître, M. ABADIE, était tout au traitement des décollements par les injections intra-oculaires de teinture d'iode — qui furent bientôt avantageusement remplacées par la ponction électrolytique.

Aujourd'hui le vent a tourné ; de tous côtés sont relatés des cas de guérisons par des injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium, de sulfate de soude, de gélatine, etc. En tous cas, si ce traitement n'est pas meilleur que les autres, il est absolument inoffensif et même peu douloureux grâce à l'acoïne.

En ce moment, je soigne une jeune fille de 20 ans, qui me fut conduite à peu près complètement aveugle. Elle avait perdu son œil droit il y a 4 ans par décollement rétinien. Or, subitement, 4 jours avant de venir, son œil gauche se couvre comme d'un bandeau qui anéantit presque toute vision au point que Mlle M.... voit à peine passer la main à quelques centimètres. A l'ophtalmoscope, on constate la présence de décollements rétiniens en haut et en bas ; entre deux, on voit la papille entourée d'un vaste staphylome myopique.

La ponction électrolytique est décidée pour le lende-

THÉRAPIE OCULAIRE

Injections de chlorure de sodium,
de sublimé, de gélatine, etc...

main ; en attendant, je fais une injection sous-conjonctivale d'une pleine seringue d'une solution de chlorure de sodium à 4 % avec acoïne. Un bandeau compressif est appliqué et l'immobilité absolue est recommandée.

Le lendemain, tout étant préparé pour l'électrolyse, j'enlève le bandeau de la patiente qui ne se contient pas de joie en reconnaissant le monde autour d'elle. Je mesure la vision qui est égale à 1/8 avec — 26 dioptries. De très près elle lit les plus fins caractères.

Le champ visuel est à peu près normal, excepté pour les couleurs, qui sont mal vues en haut.

A l'ophtalmoscope, on ne voit plus trace de décollement, tous les vaisseaux sont bien appliqués sur le fond de l'œil ; vers les régions équatoriales inférieures, aspect un peu trouble, grisâtre, mais pas de décollement visible.

Une série d'injections sous-conjonctivales est pratiquée et l'immobilité au lit est continuée.

Cette malade est encore en traitement, qu'advient-il ?

Néanmoins, c'est là un résultat très encourageant, quoiqu'il soit difficile de rien conclure d'une observation incomplète, car le *post hoc* n'est pas infailliblement *propter hoc* et bien des cas de guérison spontanée de décollement rétinien ont été relatés dans ces dernières années. Il ne faudrait pourtant pas se méprendre sur l'importance de la spontanéité du recollement de la rétine, car pour ma part je n'en ai jamais observé, et le fait seul qu'on fasse tant de bruit autour d'une de ces guérisons spontanées prouve assez combien elles sont rarissimes.

Et puis, ne l'oubliez pas, il n'est pas de plus funeste principe en thérapeutique que celui du laisser-faire et de l'expectation. Il faut vouloir guérir et s'y employer de toutes ses forces et par tous les moyens.

Les injections sous-conjonctivales dans le traitement

D^R A. DARIER

*Les injections d'eau salée
ont déjà donné de nombreux succès.*

du décollement de la rétine ont été tour à tour reprises et abandonnées. M. DE WECKER, qui avait fait autrefois des injections d'eau salée, en vient aujourd'hui aux injections de gélatine, après avoir abandonné les ponctions, les drainages, etc..

Une thèse fort intéressante a été publiée l'an dernier sous la direction du Prof. MELLINGER, de Bâle. Le D^r STAERKELÉ conclut de 23 observations :

1° Que les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium sont sans danger et presque indolores ; elles activent considérablement la résorption des produits pathologiques intra-oculaires.

2° Cette action résolutive est d'autant plus grande que la solution de NaCl est plus concentrée.

3° Dans les décollements rétinien ces injections amènent une amélioration prolongée et dans quelques cas une guérison durable.

4° Les injections sous-conjonctivales d'eau salée améliorent surtout les décollements partiels et de date récente, plus difficilement le décollement total et ancien.

MAZZOLI, VINSELMANN, HAITZ, SENN, etc., ont aussi rapporté des cas de guérison ou d'amélioration plus ou moins marquée par les injections sous-conjonctivales de solutions faibles de NaCl 2 à 4 %.

DOR, BOURGEOIS, puis JOCQS enfin, se basant sur les récents travaux, sur les lois de l'isotonie et de la pression osmotique, ont recommandé des solutions fortes et même saturées pour provoquer la résorption du liquide sous-rétinien par exosmose. Il peut paraître assez difficile de comprendre comment une solution saline, même saturée, peut exercer une action osmotique à travers une membrane aussi dense que la sclérotique ; mais le fait est indéniable. J'en ai eu, dans le cas suivant, un exemple par trop pénible et par trop concluant.

THÉRAPIE OCULAIRE

*Action exosmotique puissante de
solutions saturées.*

Chez une myope de 48 ans, chez laquelle j'avais pratiqué l'ablation du cristallin, j'avais réussi à amener une acuité visuelle extraordinaire. Elle goûta ce grand bonheur pendant 3 ou 4 mois, lorsque soudain survint un décollement rétinien localisé à la macula. La vision fut du coup à peu près complètement anéantie. La pression oculaire était à peine abaissée. Que faire ? Il n'y avait pas à songer à une ponction simple ou électrolytique, pas plus qu'aux pointes de feu. Comment, en effet, arriver à la macula d'un œil de 20 à 23 dioptries ?

Il ne nous restait plus qu'à chercher à provoquer la résorption du liquide sous-rétinien par des injections sous-conjonctivales, des frictions mercurielles péri-orbitaires et surtout par le décubitus dorsal.

Une injection d'une pleine seringue de solution de chlorure de sodium à 10 % (acoïnée) fut faite aussi profondément que possible en arrière du globe oculaire. Un pansement compressif fut appliqué par-dessus une onction à la lanoline hydrargyrique.

Cinq jours plus tard, la malade me revient désespérée disant que son œil est vidé que ce n'est pas la peine de la condamner au lit pour ne pas guérir.

Je constatai en effet que l'œil avait considérablement diminué de volume, la paupière recouvrait plus qu'à moitié le globe affaissé. La cornée s'enfonçait sous la pression du doigt. La vision était à peu près nulle. Aucune plaie n'était vue nulle part, la cicatrice de la cornée par où avait été faite l'extraction du cristallin n'était même plus visible. Les liquides intra-oculaires avaient dû s'échapper par leurs voies d'élimination habituelles, à travers les membranes saines. Il est probable que l'exode des liquides avait été favorisé par le bandeau compressif, qui pourtant n'était pas très serré, mais le chémosis avait dû

D^r A. DARIER

*Discisions vitréennes et injections intra-oculaires
de corps vitré de lapins.*

être assez considérable pour augmenter notablement cette compression.

Quelques injections sous-conjonctivales de sérum artificiel ramenèrent bientôt l'œil à son volume normal ; mais la tension resta toujours inférieure à la normale à cause du décollement qui persiste encore.

M. DEUTSCHMANN, dans deux travaux consécutifs appuyés sur de nombreuses observations, préconise le débriement des tractus fibreux qui provoquent le ratatinement du corps vitré, cause réelle du décollement de la rétine d'après la théorie de LEBER, puis, pour donner une nouvelle vitalité au *vitreum* altéré, il le rénove par l'injection intraoculaire d'une solution de corps vitré de lapin. C'est là une thérapeutique aussi logique que hardie, mais encore faudrait-il que la très intéressante théorie de LEBER fût vraie dans tous les cas. Or ce n'est pas, car, chez les jeunes sujets, le corps vitré est vraiment peu altéré quoique plus fluide qu'à l'état normal.

Dans le même ordre d'idées, sur des yeux atteints de décollements anciens, j'ai fait la tentative suivante : au moyen d'une aiguille creuse, lancéolaire, en platine iridié je fais une ponction au niveau du décollement et aspire le liquide sous-rétinien ; puis, sans ressortir l'aiguille, je l'enfonce plus profondément dans le milieu du corps vitré, au-delà de la rétine décollée et adaptant à l'aiguille une autre seringue remplie de sérum physiologique à 32°, j'injecte ce liquide dans le corps vitré jusqu'à ce que l'œil ait repris une consistance presque normale. Je retire ensuite lentement l'aiguille, jusqu'à ce que la pointe seule reste encore dans la plaie. Alors, mettant l'aiguille qui est en platine en communication avec le pôle positif d'une pile préparée à cet effet, je laisse passer pendant 3 minutes, un courant de 4 à 5 milliampères.

THÉRAPIE OCULAIRE

*L'électrolyse positive a donné de très
bons résultats, en bien des cas.*

Les jours suivants des injections sous-conjonctivales sont faites pendant 3 ou 4 semaines à deux ou trois jours d'intervalle.

C'est là aussi une thérapeutique très rationnelle ; mais qui, comme celle de DEUTSCHMANN, a l'inconvénient d'être un peu compliquée. J'ai injecté aussi à la place du sérum artificiel de l'humeur aqueuse de lapin ou de chat et aussi de l'extrait du corps vitré de lapin.

Mais, je dois le dire, mes résultats n'ont pas été plus brillants qu'avec des procédés beaucoup plus simples. Néanmoins, je crois que cette méthode est peut-être appelée à donner des succès là où d'autres moyens auront échoué.

Dans ces dernières années, j'ai vu appliquer par M. ABADIE l'électrolyse dans de nombreux cas de décollements rétiens et cela avec des succès assez nombreux. C'est pourquoi j'ai mis moi-même en pratique cette méthode assez simple et en même temps très active.

M. le prof. TERSON (1), de Toulouse, a rapporté de nombreux cas de décollements guéris par l'électrolyse et, tout dernièrement encore, le D^r MARAVAL, d'Oran, a publié le résultat de sa pratique, (2) et il conclut que :

1° L'électrolyse donne, dans les cas récents de décollements de la rétine, une amélioration réelle et constante, elle permet parfois d'obtenir une guérison définitive.

2° Son application n'offre aucun danger et un courant de 5 milliampères influence plutôt favorablement la nutrition générale de l'œil.

3° L'intervention peut sans inconvénients être renouvelée plusieurs fois à quelques jours d'intervalle.

(1) *Bulletin de la Société Française d'ophtalmologie*, 1896.

(2) *La Clinique Ophtalmologique*, n° 17, 1901.

D^R A. DARIER

*Pointes de feu, pilocarpine,
sangsues, ponctions, décubitus prolongé.*

Il est de toute importance de n'employer pour l'électrolyse que des lames d'or ou plutôt de platine iridié; car l'acier est rongé par l'action chimique puissante du courant, et quand on retire le couteau il est tout ébréché, sort difficilement et peut provoquer des déchirures vasculaires entraînant la perte de l'œil par hémorragie intra-oculaire comme j'ai eu l'occasion de l'observer une fois.

Voilà, en quelques mots, les principaux moyens d'action que nous avons pour guérir le décollement rétinien.

Nous devons y ajouter les *ponctions simples* qui ont donné de bons résultats à bien des auteurs,

Les pointes de feu ont été également vantées; elles peuvent être appliquées conjointement à d'autres interventions. Les applications de *sangsues* à la tempe rendent des services dans certaines indications spéciales.

Les sudations par le salicylate de soude ou surtout par la *pilocarpine* peuvent être des adjuvants précieux.

Mais, avouons-le, un des facteurs les plus importants dans le traitement du décollement rétinien est certainement le *décubitus dorsal* pendant un mois ou six semaines. Vouloir tenir au lit des gens en bonne santé pendant 2, 3 ou même 6 mois, me paraît un remède pire que le mal, et l'abus que j'avais vu faire du *décubitus* m'en avait fait tout d'abord un ennemi déclaré; mais l'expérience m'a montré que laisser lever les malades avant un mois était le plus souvent une grande imprudence.

Tout dernièrement encore, j'avais guéri par électrolyse suivie d'injections sous-conjonctivales un décollement myopique assez étendu. Au neuvième jour, le malade ne voulut plus garder le lit; il s'en retourna chez lui contre ma volonté. Le jour de son départ, il n'y avait plus trace de décollement. V = 1/2 champ visuel normal.

Un mois plus tard, le malade me revint avec un décollement total.

THÉRAPIE OCULAIRE

*Le décollement traumatique
peut être suivi de guérison complète.*

Si ce cas avait été un fait isolé, je n'en tirerais pas de conclusions, mais, malheureusement, j'ai toujours constaté que les malades qui ne guérissaient pas étaient le plus souvent ceux qui n'avaient pas gardé le lit assez longtemps.

*
**

Maintenant que nous avons passé en revue les principales méthodes thérapeutiques du décollement, voyons ensemble quelle sera la meilleure conduite à tenir en face des différentes modalités cliniques de cette affection.

Le plus simple et en général le plus bénin des décollements rétiens est bien certainement celui qui est causé par une contusion du globe oculaire. Naturellement, il ne faut pas que le *traumatisme* ait été assez violent pour entraîner des lésions multiples et profondes, vastes déchirures choroïdiennes, avec hémorragies abondantes dans le corps vitré, luxation du cristallin, et déchirures de l'iris, avec ou sans ruptures de la sclérotique.

Non, nous voulons parler seulement de ces cas où un choc plus ou moins violent sur un globe oculaire non antérieurement malade, ni trop fortement myope, a provoqué un détachement de la rétine sans autre complication qu'une hémorragie sous-rétinienne peu abondante.

Dans ces conditions, si le patient se présente peu de temps après l'accident, la guérison sera obtenue par quelques jours de repos au lit avec un simple bandeau compressif après application de 2 ou 3 sangsues s'il y a eu hémorragie rétinienne. Si le recollement ne s'est pas produit au bout de 5 ou 6 jours, on pourra avoir recours aux injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium une pleine seringue, à 2 ou 4, puis s'il le faut à 10 ou même 20%. Rares seront les cas qui résisteront à ce traite-