

D^R A. DARIER

Guérisons relatives avec recollement de la rétine,
mais scotome du chp. V.

ment s'il est appliqué sérieusement et surtout si le décollement dorsal est bien observé dès le début.

Il est des cas de décollements traumatiques qui, par suite de la négligence des malades, passent à l'état chronique ; il est alors nécessaire d'employer les moyens les plus énergiques dont nous allons parler tout à l'heure à propos des décollements myopiques graves.

Il est une foule de circonstances qui viennent aggraver le pronostic des décollements rétinien, c'est d'abord l'âge et l'état de santé du malade, puis les antécédents pathologiques de l'œil lui-même, qui peut avoir été atteint d'iritis, d'iridochoroidite, etc., ou même peut être simplement myope avec ou sans lésions choroidiennes.

Enfin le décollement peut être si ancien que la rétine et la choroïde ont subi des altérations telles qu'il est difficile d'arriver à une guérison même relative.

A propos de *guérison*, certains auteurs disent n'avoir jamais vu un cas de décollement absolument guéri. Entendons-nous : une lésion aussi grave que le décollement rétinien ne peut pas guérir sans laisser de traces ; c'est évident. Pourtant, dans le décollement traumatique, la guérison peut être obtenue avec *restitutio ad integrum*.

Dans le décollement myopique, la rétine peut être réappliquée d'une manière complète et la vision peut redevenir aussi bonne et même meilleure qu'auparavant, mais le champ visuel conserve parfois des scotomes correspondant à la partie anciennement décollée. Ces scotomes peuvent quelquefois être aussi étendus qu'ils étaient avant le recollement. J'ai deux cas de ce genre qui, depuis 5 et 6 ans, ont leur rétine parfaitement recollée avec rétrécissement très notable du champ visuel. Il n'y a plus tendance au décollement, mais on ne peut

THÉRAPIE OCULAIRE

Différentes classes de décollements,
tumeurs, exudats choroidiens, etc.

appeler cela qu'une *guérison relative*, c'est évident.

Certes, les cas de guérison complète de décollements myopiques sont très rares, mais ils existent, plus rarement peut-être que les glaucomes guéris par l'iridectomie ; et, pourtant, quel est le glaucomateux iridectomisé qui peut se dire absolument guéri, et qui peut y voir avec netteté sans le secours d'aucun verre ? Et le colobome irien n'est-il pas en lui-même un reliquat pathologique fort gênant ?

Dans les décollements traumatiques, nous devons ranger ceux qui se produisent à la suite d'une perte abondante de corps vitré pendant une opération de cataracte. Dans ces cas, le pronostic doit être très réservé.

Nous arrivons à la classe des décollements qu'on pourrait appeler *secondaires à des altérations pathologiques intra-oculaires*.

Dans les cas de *tumeurs de la choroïde*, le diagnostic est parfois fort difficile au début, l'éclairage postéro-latéral par transparence pourra donner souvent des indications précieuses. Quant au traitement, si les mercuriaux et l'iode à hautes doses sont restés sans effets, il faudra sans hésiter avoir recours à l'énucléation.

Le décollement peut être consécutif à une *hémorragie choroidienne*. Dans ces cas, il nous faudra chercher à amener le plus vite possible la résorption du sang épanché. Quand l'hémorragie est récente, les sangsues sont indiquées, la ponction au début peut provoquer une nouvelle hémorragie. Les injections sous-conjonctivales et le massage peuvent activer la résorption de l'exsudat.

La *choroidite exsudative*, si elle est abondante, peut amener aussi un décollement rétinien, dont le traitement sera indiqué par la nature même de l'exsudat et sa cause. Dans les cas où il y a syphilis, le mercure en injections intra-veineuses et sous-conjonctivales donnera sou-

D^r A. DARIER

*Le plus grave est le décollement
consécutif à la myopie forte.*

vent de brillants résultats. Même en l'absence de syphilis, j'ai vu des cas guérir rapidement par les injections sous-conjonctivales de Cn. Hg.

Ainsi, chez un jeune soldat atteint de décollement rétinien par choroidite exsudative allant jusqu'à la macula, j'ai réussi à faire disparaître complètement le décollement, à ramener une acuité visuelle normale, mais un scotome du champ visuel persista longtemps encore.

Les décollements consécutifs à des *iridochoroidites chroniques* comportent un pronostic des plus fâcheux ; car tous les tissus oculaires sont dans un état de déchéance trophique qui permet bien peu d'espérance. Cependant, il est des cas de ce genre qui ont été entretenus pendant des années avec une faible vision, il est vrai, grâce à un traitement prolongé par les injections hypodermiques ou intra-veineuses de cyanure d'Hg.

Enfin, comme nous l'avons vu plus haut, certaines *choroidites atrophiques*, surtout quand elles sont étendues, peuvent avoir pour conséquence un décollement rétinien. Les cas de cette catégorie, s'ils ne surviennent pas chez des myopes, sont ceux où les injections sous-conjonctivales donnent les meilleurs résultats.

Je vous ai même cité une de mes premières observations où, malgré une myopie de 7 D, la guérison fut ainsi très rapidement obtenue et cela depuis près de 10 ans.

Nous arrivons maintenant à la forme grave entre toutes, au décollement pour ainsi dire *idiopathique* que l'on rencontre si souvent dans la *myopie élevée*. La distension progressive de la coque oculaire, encore assez élastique chez les jeunes sujets, peut acquérir des proportions considérables, mais la rétine et la choroïde, moins extensibles, peuvent se déchirer ou se décoller.

On comprend combien dans de telles conditions peut

THÉRAPIE OCULAIRE

*Thérapeutique à suivre dans
les différentes formes de décollements.*

être difficilement obtenue une guérison même relative.

Devons-nous pour cela nous abstenir de toute intervention ! Non certes, mais nous devons chercher par tous les moyens qui sont en notre pouvoir à obtenir si ce n'est une guérison, tout au moins un arrêt du mal.

Voici, à mon avis, la conduite à tenir dans les différents cas qui peuvent se présenter.

1° Un myope (de plus de 6 à 7 dioptries) se présente à nous avec un décollement partiel, un quart ou un tiers de la rétine étant décollé, depuis quelques jours seulement ; notre premier devoir sera de prescrire immédiatement le décubitus dorsal et de pratiquer d'abord une puis plusieurs autres injections sous-conjonctivales de NaCl à 2, à 4, puis à 10 %.

Si, au bout d'un mois, la rétine est bien recollée, nous permettrons au malade de se lever une heure, puis deux heures par jour en observant bien et le fond de l'œil et surtout le champ visuel pour le bleu. (Le champ visuel pour le blanc ne montre aucune défectuosité dans les décollements très légers, alors qu'un scotome pour le bleu nous donne exactement les limites des parties décollées de la rétine).

On continuera pendant toute cette période d'observation les injections sous-conjonctivales, que l'on fera alors au Cn. Hg. à 1/5000, puis à 1/3000 et 1/2000, les sels hydrargyriques ayant une action manifestement salutaire sur les altérations choroïdiennes myopiques, qui sont au fond la cause du décollement.

Les applications de sangsues, de ventouses scarifiées, les pointes de feu sur la sclérotique, seront des adjuvants précieux qui pourront nous rendre souvent de réels services, de même que les sudations par la pilocarpine, etc...

Je n'ai jamais observé aucun effet favorable des myotiques. Quant au bandeau compressif, il est utile, mais ne

D^r A. DARIER

Les injections sous-conjonctivales suffisent dans les cas légers.

doit pas être trop serré de crainte de complications désagréables.

2° Nous venons d'envisager le cas où la guérison avait été obtenue par les moyens indiqués plus haut. Mais il arrive souvent qu'après 8 jours d'attente aucun résultat n'a été obtenu ; ou bien, après un recollement immédiat, la rétine se détache à nouveau du 3° au 15° jour.

Alors il ne faut pas perdre un temps précieux en tentatives vaines. Il faut avoir recours immédiatement à des moyens plus énergiques. Les indications sont assez nettes : un liquide plus ou moins abondant, plus ou moins altéré, est épanché entre la rétine et la choroïde ; le liquide ne s'est pas résorbé sous l'influence des injections salées, il faut lui ouvrir une issue par une ponction.

La *ponction simple* a donné, en maintes circonstances, de bons résultats, mais, pour notre part, craignant toujours un renouvellement trop rapide du liquide extrait, nous préférons combiner la ponction avec une injection sous-conjonctivale forte qui, par son pouvoir osmotique, préviendra peut-être un nouvel épanchement sous-rétinien.

La *ponction électrolytique* a le grand avantage, sur la ponction simple, qu'après l'évacuation du liquide sous-rétinien, le courant, passant à travers la choroïde, la rétine et les liquides intra-oculaires, peut provoquer une inflammation adhésive qui pourra, dans quelques cas, maintenir la rétine accolée à la paroi oculaire.

Voici, du reste, comment je procède dans les cas que nous venons d'envisager, comme dans :

3° Ceux où le décollement date déjà d'un certain temps et ceux où il est trop étendu pour qu'il nous soit permis d'arriver à un résultat par les moyens parachirurgicaux que nous avons énumérés ci-dessus.

THÉRAPIE OCULAIRE

La ponction électrolytique sera indiquée dans les cas graves.

L'œil étant bien cocaïnisé et aseptisé, le malade étant couché bien horizontalement dans son lit, la pile à courant constant de 9 petits éléments de Gaiffe étant disposée avec son rhéostat et son galvanomètre sur un meuble bien stable, je procède à la ponction électrolytique en me servant de la lame en platine iridié à double tranchant recommandée par M. ABADIE ; elle est reliée par un fil isolé au *pôle positif* de la pile, le *pôle négatif* étant appliqué sur le bras.

L'œil étant luxé aussi fortement que possible avec une pince à fixation, pour mettre bien à jour l'endroit de la sclérotique qui correspond au décollement, la lame est alors introduite aussi en arrière que possible, pour éviter les procès ciliaires.

Je pénètre à environ 2 ou 3 millimètres de profondeur, et, imprimant un mouvement de torsion au couteau, je provoque la sortie du liquide sous-rétinien. On fait alors passer le courant très doucement et progressivement de manière à ne pas provoquer de secousses ; quand le courant est arrivé à 4 ou 5 milliampères on le laisse agir pendant 2 ou 3 minutes.

Pendant la dernière minute, on retire très lentement l'aiguille de façon à ce qu'au moment de la sortie il ne reste plus, depuis un instant, que la fine pointe en contact avec la plaie. Le courant est également diminué decrescendo parallèlement à l'extraction de l'aiguille.

Une fois l'électrolyse terminée, une injection sous-conjonctivale d'une pleine seringue de la solution suivante est pratiquée un centimètre plus loin que la ponction :

- Chlorure de sodium..... 1 gramme.
- Cyanure d'hydrargyre..... 0 gr. 005.
- Eau distillée..... 10 grammes

L'acôïne, très nécessaire pour rendre cette injection aussi peu douloureuse que possible, étant précipitée par

ces fortes doses de chlorure de sodium sera avantageusement injectée préalablement, et la canule restant en place, la solution salée sera injectée par-dessus presque sans douleur. S'il y a un chemosis très marqué ou de vives douleurs on appliquera 2 ou 3 sangsues à la tempe. Le *décubitus dorsal* doit être observé avec rigueur et le pansement levé seulement le 4^e jour. Le plus souvent on est agréablement surpris par un recollement parfait. D'autres fois il y a un peu de réaction, un peu d'iritis et de trouble du corps vitré. Il faut faire des instillations d'atropine et des frictions hydragyriques autour de l'orbite, et dès que la rougeur aura diminué, reprendre les injections sous-conjonctivales, mais diluées d'abord.

Dans quelques cas, il peut n'y avoir que recollement partiel. Il faut alors faire de nouvelles électrolyses ; mais pour cela il faut qu'il n'y ait plus de phénomènes inflammatoires. Les pointes de feu, les sangsues, les sudations par la pilocarpine, alternant avec les injections sous-conjonctivales, compléteront parfois la guérison.

Enfin, si après un mois ou 6 semaines de vains efforts le décollement se reproduit toujours on pourra faire l'essai des injections intra-vitréennes dont nous avons parlé plus haut.

Nous avons enfin toute la série trop nombreuse hélas, des *décollements rétinien chroniques* ayant résisté à tous les traitements et qui finissent par entraîner une désorganisation complète de l'œil. Il se forme d'abord une cataracte, puis l'œil s'atrophie plus ou moins.

Toute intervention est contre-indiquée dans ces conditions, à moins d'indications spéciales, luxation du cristallin cataracté, accidents glaucomateux inflammatoires ; mais alors nous sortons du traitement des décollements rétinien.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Traitement des maladies du nerf optique. — Notre impuissance vis à vis des atrophies d'origine médullaire ou cérébrale. — Dans la *névrite rétrobulbaire*, nous avons encore un puissant moyen d'action dans les injections sous-conjonctivales, surtout quand le processus dépend d'une maladie infectieuse, et que la névrite est tout au début ou au déclin de la période aiguë. — Exemples de ces différentes formes cliniques. — *Névrite a frigore*. — *Névrites toxiques*, alcool, tabac, etc., guérissant par la suppression de l'agent toxique. — La *névrite rétrobulbaire héréditaire* de Leber ne guérit pas, mais ne se termine presque jamais par la cécité complète.

Il nous reste à étudier aujourd'hui la thérapeutique des maladies du nerf optique. Une seule paraît réellement accessible à nos traitements, c'est la névrite rétrobulbaire.

Nous avons vu, à propos de l'ophtalmie sympathique, que, par les injections sous-conjonctivales, nous avons un moyen d'action puissant sur le nerf optique lui-même, nous allons en avoir encore une nouvelle preuve.

Quand le *nerf optique* a été touché sérieusement, nous le savons tous, il est bien rare qu'il guérisse avec *restitutio ad integrum* ; nous ne le voyons que trop dans bien des *névrites rétrobulbaires* qui, malgré tous les traitements, se terminent le plus souvent par une atrophie partielle du nerf optique.

Ce que nous devons donc chercher, c'est l'indication thérapeutique donnée par la pathogénie telle que nous la