

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

D^r A. DARIER

Importance de la thérapeutique locale
dans les névrites rétrobulbaires.

font concevoir les découvertes de la médecine moderne. Certes, la pathogénie des *névrites du tronc optique* est loin d'être encore bien claire. Néanmoins nous savons que, dans la majorité des cas, ces névrites sont d'*origine infectieuse*.

Nous considérons comme *névrites rétrobulbaires* les cas où une altération pathologique des fibres axiales du nerf optique a amené une atrophie plus ou moins marquée des filets nerveux se rendant à la macula. Tout phénomène inflammatoire peut faire absolument défaut du côté de la papille, et c'est à peine, dans certains cas, si l'on peut noter une pâleur partielle avec excavation atrophique du nerf optique. Le symptôme primordial est la présence d'un *scotome central* plus ou moins absolu avec intégrité relative du champ visuel périphérique.

La névrite est habituellement double d'emblée, mais peut néanmoins, dans quelques cas rares, porter sur un œil d'abord, puis sur l'autre quelque temps après. Il est même possible qu'un seul œil soit atteint, si, par une thérapeutique heureuse, on a réussi à enrayer à temps le mal et à en annihiler la cause.

Théoriquement, le cadre des névrites rétrobulbaires est bien délimité ; mais pratiquement, bien des cas présentent des particularités qui rendent leur classification difficile.

Les formes frustes sont, à notre avis, plus fréquentes que les formes typiques. Si l'on ne veut pas considérer ces dernières comme des *névrites rétrobulbaires*, qu'on les appelle *amblyopies centrales* pour les distinguer des *papillites* et des *névrorétinites*.

La première observation que je vous citerai est la suivante :

THÉRAPIE OCULAIRE

La guérison peut être obtenue souvent par
les injections sous-conjonctivales.

Névrite rétrobulbaire avec rétrécissement du champ visuel et scotome central relatif. Guérison presque complète par les injections sous-conjonctivales.

M. T..., 40 ans, pas de syphilis, douleurs dans les membres quand il s'expose au froid ; jamais de rhumatisme aigu ; ni alcoolisme, ni abus de tabac.

Après s'être exposé au froid tout en transpiration, il est pris de frissons et de lourdeur de tête. Il ne s'alite pas. Le lendemain, il est étonné de ne pas distinguer les gens qui passent dans la rue. Il veut lire et ne peut pas. Il attribue tout cela à son refroidissement et ne s'en préoccupe pas. Cet état se prolongeant, le médecin recommande de cesser l'usage du tabac et de l'alcool (un litre de vin par jour et quelques pipes seulement).

Le malade n'obtenant aucune amélioration, vient à Paris où on le met aux injections de strychnine et aux électrisations, sans résultat. Nous le voyons le 4 juin 1891, *six mois après le début du mal*.

A l'ophtalmoscope, *papilles très pâles, excavations physiologiques profondes*. Champs visuels rétrécis avec *scotome central relatif* ; excentriquement toutes les couleurs sont bien vues : O. D., V. = 1/20 ; O. G., V. = 1/15 lit n° 8. Le malade est soumis aux *injections sous-conjonctivales de 1/20° de millig. de sublimé*, une par semaine à chaque œil sans autre traitement.

Après six injections sous-conjonctivales, le champ visuel est doublé et : O. D., V. = 1/10 ; O. G., V. 1/8, lit n° 4. *Lit son journal*.

Après 15 injections, champ visuel presque normal, à part son scotome central qui persiste, quoique atténué. O. D., V. = 1/8 ; O. G., V. = 1/6 ; depuis ce jour il cesse son traitement.

D^R A. DARIER

*La strychnine, l'électricité, la pilocarpine,
ne sont que des adjuvants.*

Cette guérison relative s'est maintenue ; 6 mois plus tard, V.B. = 1/3, lit n° 2. Un scotome central très léger persiste.

Donc, dans ce cas, nous avons eu une diminution *subite* de la vision des deux yeux, avec rétrécissement *concentrique du champ visuel* et scotome central absolu pour les couleurs et relatif pour le blanc. Malgré un traitement de *quatre mois* par la *pilocarpine*, puis par la *strychnine*, et *l'électricité*, la vision ne s'est point améliorée, pourtant l'usage de l'alcool et du tabac avait été suspendu. Pour moi l'amblyopie n'était due ni au tabac ni à l'alcool, mais bien à un processus inflammatoire portant sur la partie postérieure du nerf optique, une *névrite rétrobulbaire* d'origine infectieuse aiguë ou *a frigore*. Il n'y avait aucune infiltration de la papille quand nous avons examiné le malade six mois après le début de l'affection. Mais ce signe manque le plus souvent ou est assez fugace pour ne pas être visible quand le malade se présente à nous.

Un signe qui, au contraire, est presque constant, quoique nullement caractéristique, et d'une valeur bien relative, c'est la *pâleur du segment temporal de la papille et son excavation plus ou moins profonde*.

Cette observation n'est pas très probante je le reconnais, en voici une deuxième déjà plus concluante :

Amblyopie centrale, non toxique, rhumatisme. Guérison rapide par les injections sous-conjonctivales.

M. H..., 36 ans, rhumatisant, a gardé le lit six semaines pour attaque de rhumatisme articulaire aigu ; le cœur a été pris ; souffre souvent de douleurs dans les mâchoires et dans les oreilles. Pas le moindre abus de tabac ni d'alcool. Depuis un an, M. H... sent sa vue baisser : il

THÉRAPIE OCULAIRE

*Deuxième exemple de guérison
par les injections sous-conjonctivales.*

a beaucoup de peine à faire son travail de clerk de notaire. Depuis le mois de septembre, il a dû cesser tout travail, ne voyant plus à lire ; un nuage se fixe sur les mots qu'il regarde. Quand nous voyons ce malade, nous pensons d'abord à une amblyopie toxique, mais depuis plusieurs mois déjà, M. H... ne fume plus et il n'a jamais fait d'abus de boisson, et pourtant sa vue baisse toujours. A l'ophtalmoscope, *fond de l'œil normal*, excavation physiologique assez accentuée avec pâleur temporaire de la papille.

15 octobre 1891 ;

O. D. : — V. = 1/8, lit n° 8 de Wecker à 20 cent.

O. G. : — V. = 1/6, lit n° 7 à 20 cent.

Champ visuel périphérique normal, mais scotome central relatif, surtout marqué pour les couleurs, dont aucune n'est vue centralement.

29 octobre. Après quatre injections sous-conjonctivales :

O. D., V. = 1/2, lit n° 3. O. G., V. = 2/3, lit n° 2.

Aucun autre traitement que les injections sous-conjonctivales de sublimé. La guérison étant pour ainsi dire complète, on ne pratique plus qu'une injection sous-conjonctivale par semaine, cela pendant deux mois. La vision n'est pas absolument normale, mais enfin le malade est très heureux de pouvoir lire et écrire comme il n'avait pu le faire depuis plus d'un an. A un très faible éclairage, on peut encore constater un scotome central pour le vert sombre.

Comment expliquer dans ce cas l'amélioration pour ainsi dire instantanée de la vision produite par les injections sous-conjonctivales de sublimé ? — C'est difficile.

Si nous avons eu affaire à une amblyopie alcoolique ou nicotinique, la cessation de l'usage du tabac et de l'al-

D^r A. DARIER

*Névrite rétrobulbaire a frigore,
guérison avec restitution ad integrum.*

cool aurait pu faire revenir la vision, mais pas en un laps de temps aussi court. Du reste, le malade ne fumait plus depuis deux mois et il avait toujours été très tempérant. N'est-il pas plus simple de penser que nous avons eu affaire à une amblyopie de nature infectieuse, dont nous ne connaissons pas encore la cause. Auquel cas, l'action antiseptique du sublimé expliquerait la rapide disparition de presque tous les symptômes morbides. Ce malade était rhumatisant.

Il serait trop long de vous relater ici toutes les observations de névrites rétrobulbaires que j'ai recueillies comme améliorées ou guéries par les injections sous-conjonctivales.

Les deux qui précèdent peuvent ne pas paraître bien concluantes, mais il ne faut pas oublier que, dans le premier cas, le mal n'a été traité que six mois après son début, que par conséquent il y avait déjà atrophie partielle des fibres optiques.

Mais la névrite rétrobulbaire prise au début peut quelquefois recéder et guérir complètement, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié.

Dans le numéro d'avril de *La Clinique Ophtalmologique*, 1896, j'ai relaté l'observation d'un cas de névrite rétrobulbaire monolatérale que, en l'absence de toute autre cause étiologique, j'ai cru devoir rattacher à l'action du froid ; voici, en quelques mots, les traits saillants de cette histoire :

Le malade, conducteur de tramway électrique, avait été toute une matinée exposé à un vent glacial qui lui fouettait le côté gauche de la face. Au bout de quelques jours, il s'aperçut que son front était comme engourdi et qu'un nuage obscurcissait sa vue de ce côté. Lorsque j'examinai

THÉRAPIE OCULAIRE

*Amblyopie avec scotome central absolu,
guérison complète.*

le malade, je constatai qu'il était atteint d'une amblyopie presque complète de l'œil gauche au point qu'il distinguait à peine les doigts à quelques centimètres. Le fond de l'œil ne présentait absolument aucune altération. Je pensai à une névrite rétrobulbaire et je fis examiner soigneusement le champ visuel.

La présence d'un vaste scotome central absolu vint confirmer cette supposition.

Or, le nerf optique n'était pas seul malade, car le rameau du trijumeau qui sort par le trou susorbitaire était lui-même paralysé et toute la partie du front et du sourcil innervée par lui était absolument insensible. Un léger degré de proéminence du globe oculaire semblait également indiquer que les tissus du fond de l'orbite étaient intéressés dans le processus inflammatoire.

Par trois injections rétrobulbaires de Cn. Hg. je réussis à ramener en quelques jours une restitution *ad integrum* de la sensibilité, de l'acuité et du champ visuel de ce malade.

Je veux encore vous parler d'un cas qui présente une grande analogie avec le précédent.

Mme A., 24 ans, femme très robuste, reçut il y a cinq mois un violent coup de brancard de voiture sur le rebord orbitaire externe de l'œil droit, coup qui ne fut suivi d'aucun symptôme du côté des yeux.

Ce n'est qu'il y a six semaines ou deux mois que Mme A., qui allaite un bébé depuis dix mois, voit sa vue baisser de l'œil droit ; un léger brouillard voile les objets fixés. Ce brouillard s'épaissit de plus en plus, progressivement, au point que, au bout de quelques semaines, le 28 avril la malade ne distingue plus aucun objet de cet œil ; c'est à grand-peine si elle voit la main se mouvoir à quelques centimètres.

D^R A. DARIER *L'hystérie pourrait expliquer, et les troubles visuels, et la soudaineté de la guérison.*

A l'examen ophtalmoscopique, pas d'altération appréciable du fond de l'œil, à part une rougeur de la papille un peu plus marquée que de l'autre côté. Aucun trouble des milieux n'explique une amblyopie si forte.

Pour éliminer l'hypothèse hystérie, j'explore soigneusement la sensibilité cutanée, qui est normale; pas d'anesthésie du pharynx, aucun stigmate d'hystérie, pas de trouble de l'accommodation, emmétropie.

Le champ visuel, pris avec peine, mais avec grand soin, impliqua un diagnostic positif qui mettait l'hystérie hors de cause. L'amblyopie considérable, si peu explicable par l'examen ophtalmoscopique, avait pour cause un *vaste scotome central absolu* dans lequel ni le blanc, ni les couleurs n'étaient perçus. L'étendue du champ visuel périphérique n'était pourtant presque pas diminuée.

C'est là une forme spéciale d'amblyopie point aussi rare qu'on pourrait le croire et qu'on observerait plus souvent si on prenait le champ visuel dans bien des cas où on le croit imprenable.

L'allaitement prolongé a-t-il été pour quelque chose dans le développement de cette amblyopie? En tout cas, j'ordonnai à la malade de sevrer son enfant.

Me rappelant le cas précédent, à peu près identique, j'appliquai à ma malade la même thérapeutique.

Après 3 injections de cyanure d'hydrargyre à 1/5000, il n'y a aucun changement encore dans la vision. La solution était-elle trop faible? Une dernière tentative fut faite, cette fois avec une solution plus forte et non plus de Cn. Hg., mais de *cyanure d'or et de potassium* 1/1500, à la dose d'une 1/2 seringue. La douleur fut très violente dès le début; le chémosis très notable. Je prescrivis d'appliquer trois sangsues le soir même.

Trois jours après, le 12 mai, je revois la malade qui a

THÉRAPIE OCULAIRE

La guérison survint à la suite d'une injection de cyanure d'or.

la conjonctive encore très chémosique, mais elle peut entr'ouvrir son œil, et je note avec étonnement qu'elle compte les doigts à 2 mètres, puis qu'elle a une acuité mesurable de 1/10. Au campimètre, le scotome central n'est plus appréciable que pour le vert et le rouge.

Le 15 Mai V. = 1/2. Le 18 Mai V. = 2/3;

Le 22 Mai V. = 1.

Le champ visuel est redevenu normal, à part un scotome central minuscule pour le vert et un léger rétrécissement du champ visuel pour cette couleur, fait presque constant dans les vraies névrites rétrobulbaires.

Quelle étrange et rapide métamorphose! Si je n'avais observé que ce seul cas de ce genre, je n'eusse pas hésité à porter le diagnostic *d'hystérie*, malgré la forme absolument insolite du trouble visuel. Tout n'est-il pas en effet possible dans cette bizarre et capricieuse névrose?

Les effets miraculeux de la métallothérapie pourraient expliquer cette cure, car les premières injections de sels mercuriels étaient restées sans effet, tandis qu'une injection d'un sel *d'or* avait, en neuf jours, ramené une vision normale. Mais n'est-il pas plus simple de dire que l'injection de cyanure d'or avait été plus active, parce qu'elle était un à titre beaucoup plus élevé, 1/1500, que les injections au Cn. Hg. 1/5000; qu'en outre, elle profitait d'un terrain préparé par les trois injections précédentes; le cyanure d'or ayant aussi une action thérapeutique plus énergique que celui du mercure. Pour ma part, je suis convaincu que le même résultat aurait été obtenu par une injection au Cn. Hg. 1/1000, et que nous ne sommes pas là en présence d'un cas d'hystérie, car il y a trop de rapport entre cette observation et la première qui, elle, présentait des stigmates anatomiques éliminant toute idée d'hystérie ou de simulation.