

D^r A. DARIER

Névrites optiques dues à la lactation ;
pas de scotome central.

Et puis, la suite de l'observation de la malade vint confirmer pleinement le diagnostic de névrite rétrobulbaire, car, à l'examen ophtalmoscopique, la papille de l'œil malade qui, au début, n'avait montré pour toute altération qu'une rougeur un peu plus marquée que celle de l'autre côté, présente aujourd'hui une pâleur manifeste dans le segment temporal, région des fibres maculaires.

On a relaté déjà un certain nombre d'observations d'amblyopies consécutives à la lactation (1), mais ces derniers cas ne ressemblent point à celui que nous venons de rapporter ; toutes ces amblyopies, en effet, survenaient vers la septième semaine qui suivait l'accouchement ; dans aucun cas, on n'a noté la présence d'un scotome central absolu ; en revanche, toujours les lésions pathologiques venaient expliquer l'affaiblissement de la vision ; toujours une névrite optique intraoculaire très marquée a été constatée à l'ophtalmoscope. La guérison a été presque toujours relative, accompagnée d'une légère atrophie du nerf optique. Dans notre cas, il n'y a jamais eu papillite, mais en revanche tous les symptômes indiquaient une névrite rétrobulbaire caractéristique.

*
**

Aujourd'hui, la névrite rétrobulbaire est devenue presque une entité morbide par son symptôme cardinal, le scotome central.

DE GRAEFE avait le premier émis l'idée qu'une maladie du nerf optique pouvait évoluer en arrière du globe oculaire et porter une sérieuse atteinte à la vision sans se trahir par une altération ophtalmoscopique.

LEBER étudia la névrite rétrobulbaire plus en détail, in-

(1) HEINZEL. — *Deutschmann's Beiträge zur Augenheilkunde*, XXI, 1895. Avec bibliographie.

THÉRAPIE OCULAIRE

Etiologie, pathogénie et anatomie
pathologique des névrites rétrobulbaires.

sistant sur l'absence de lésions intra-oculaires et sur le fait qu'il n'y a pas que les intoxications qui peuvent en être la cause. Il fit ressortir l'importance de l'hérédité et créa un type particulier basé sur de nombreuses observations : *la névrite rétrobulbaire héréditaire*.

A SAMMELSOHN revient l'honneur d'avoir donné la preuve anatomique irréfutable du processus pathologique et de sa localisation. C'est au niveau du trou optique, dans le canal osseux, et dans l'axe même du nerf optique, qu'il trouve le foyer principal de la lésion inflammatoire : névrite interstitielle partielle, centrale, avec multiplication des noyaux. En s'éloignant de ce foyer principal, la lésion va decrescendo, en amont comme en aval, et l'on ne trouve bientôt plus que de l'atrophie des fibres nerveuses. Ces fibres nerveuses, qui occupaient le centre, l'axe du nerf optique à son entrée dans l'orbite, finissent par occuper au point de pénétration des vaisseaux rétinien le secteur externe du nerf optique pour se rendre à la macula.

L'atrophie de ces fibres maculaires devenues externes au niveau de la papille rend compte de l'excavation atrophique temporale que l'on observe presque toujours à la suite d'une névrite rétrobulbaire.

Comment expliquer la genèse de ce processus pathologique ? Pourquoi le nerf optique souffre-t-il plus dans ses fibres axiales que dans celles qui sont en contact immédiat avec la gaine et plus exposées aux lésions de voisinage ?

Une inflammation de la gaine devrait *a priori* affecter surtout les fibres sous-jacentes ; c'est vrai, dans quelques cas, mais l'inflammation de la gaine ou du canal osseux peut aussi causer une compression de tout le tube optique ; or, dans ce cas, la partie qui souffrira le plus sera celle qui reçoit le plus difficilement son apport sanguin, nutritif ; ergo le centre, puisque, à ce niveau, avant la péné-

D^r A. DARIER

*Névrites rétrobulbaires par intoxication,
alcool, tabac, poisons divers.*

tration des vaisseaux centraux, les capillaires les plus fins sont ceux qui alimentent la partie axiale du nerf. C'est donc à cet endroit que se produira d'abord un trouble trophique, puis inflammatoire.

Comme étiologie de la névrite rétrobulbaire, nous aurons donc d'abord toutes les *lésions inflammatoires de l'os, du périoste ou de la gaine au niveau du trou optique*, qu'elles soient dues à un refroidissement, à la syphilis, à la tuberculose, à une lésion du voisinage (*sinusite, etc.*)

Nous aurons ensuite *toute la série des intoxications* chroniques ou infectieuses. Pour cette dernière catégorie de faits, comment expliquer que ce soit surtout le centre du nerf optique qui souffre le plus? C'est, sans doute, pour cette même raison que les fibres axiales sont les moins riches en vaisseaux et que cette partie du nerf optique est, en quelque sorte, son *locus minoris resistentiæ*. Pour M. NUEL, la névrite rétrobulbaire toxique serait secondaire à une altération des éléments rétinien eux-mêmes. Le fait est vrai pour les animaux intoxiqués par la quinine (DRUAULT).

Chose importante et qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que tout le processus pathologique peut évoluer sans se trahir par aucun signe ophtalmoscopique, alors que l'amblyopie centrale est déjà définitive et irrémédiable; car ce n'est que plus tard que l'on peut noter l'atrophie partielle de la papille et son excavation temporale.

Ce n'est pas tant l'étendue du scotome, mais surtout son intensité qui rend le pronostic plus sérieux. La persistance d'un *scotome absolu* est, en tout cas, ce qui peut arriver de plus grave.

La névrite rétrobulbaire *a frigore*, prise au début, a été le plus souvent favorablement influencée et même gué-

THÉRAPIE OCULAIRE

*Névrites rétrobulbaires héréditaires
toujours très graves.*

rie par les émissions sanguines locales, l'iodure de potassium, les frictions hydrargyriques locales.

Nous pouvons dire aujourd'hui que les injections sous-conjonctivales intensives peuvent donner des résultats rapides et brillants. Le même traitement est applicable aux névrites d'origine syphilitique, tuberculeuse ou infectieuse d'autre nature.

Quant aux névrites rétrobulbaires par intoxication: tabac, alcool ou agents médicamenteux divers, quand la cause est connue assez tôt pour que l'atrophie n'ait pas eu le temps de se produire, elles guérissent en général spontanément *sublata causa*.

La névrite rétrobulbaire héréditaire, si bien décrite par LEBER, comporte, entre toutes, le pronostic le plus grave. Néanmoins, même dans ces cas, il faut, avec acharnement, poursuivre le traitement, sans désespérer, pendant de longs mois, car on a vu des améliorations se produire dans des cas que l'on jugeait désespérés, et jamais la cécité ne devient complète.

Permettez-moi de vous citer encore un cas bien intéressant par son évolution et surtout par la manière dont se manifesta l'action bien remarquable des injections sous-conjonctivales.

Madame P..., 19 ans, se présente le 19 avril 1901, se plaignant de troubles très prononcés de la vision.

Depuis près de deux mois, son œil gauche est devenu malade à la suite de douleurs diffuses dans tout le corps, que la malade croit devoir attribuer à une crise de rhumatisme comme elle en a souvent (à la dernière elle avait dû s'aliter pendant 15 jours, il y a de cela 2 ans); cependant ces malaises paraissent plutôt n'avoir été autre chose que la courbature qui caractérise une attaque de grippe.

D^r A. DARIER

Névrites rétrobulbaires dans les maladies infectieuses, influenza, rhumatisme, etc.

Aucune douleur ou névralgie du côté de la tête ou des yeux.

C'est huit ou dix jours après cette attaque que la malade observa un affaiblissement de la vue de l'œil gauche au point que la vision disparaît presque complètement après 8 autres jours ; l'œil droit se prenant peu à peu, mais d'une manière moins marquée, la malade va consulter, le 4 mars, un oculiste qui pose le diagnostic suivant :

O. G. Abolition complète de la vision, *névrite rétrobulbaire avec scotome central très marqué.*

O. D. Même lésion au début.

Un mois plus tard, le diagnostic est ainsi modifié :

O. G. *Atrophie papillaire, suite de névrite rétrobulbaire.* O. D. *Névrite rétrobulbaire en pleine évolution.*

Pour tout traitement, iodure de potassium.

Etat actuel : l'aspect extérieur des deux yeux ne présente rien de particulier, la vision est abaissée au point que la malade, depuis plusieurs jours déjà, ne peut plus se conduire, on constate que la vision est :

O. D., V. = 1/50 ; O. G., V. = 1/40.

Scotome central très marqué pour le blanc et pour les couleurs ; à droite, diminution du champ visuel périphérique du côté temporal à l'ophtalmoscope ; la papille de l'œil droit est légèrement trouble, à bords diffus, avec vaisseaux un peu dilatés.

À gauche, au contraire, la papille est blanche, manifestement atrophiée du côté temporal.

Le diagnostic est donc des plus évidents : *névrite rétrobulbaire en voie d'évolution à droite, en voie de régression atrophique à gauche.*

Le 11 avril, la malade est soumise aux injections sous-

THÉRAPIE OCULAIRE

Tout au début ou au déclin, les injections sous-conjonctivales ont une action puissante.

conjonctivales de cyanure d'Hg. 1/1500, une pleine seringue injectée en arrière du bulbe. Ces injections sont répétées alternativement à droite et à gauche (en tout 7).

La vision s'améliore très rapidement du côté gauche, tandis que, à droite, la névrite continue son évolution.

Le 15 mai : O. D., V. = 1/60 ; O. G., V. = 1/4.

Après une quinzaine de jours de repos, on fait une nouvelle série d'injections sous-conjonctivales ou plutôt rétrobulbaires comme ci-dessus, environ 10 injections.

Le 1^{er} juin : O. D., V. = 1/15 ; O. G., V. = 1/3.

Le 7 juin : O. D., V. = 1/8 ; O. G., V. = 2/3.

Enfin le 8 juillet : O. D., V. = 2/3 ; O. G., V. = 1.

À l'ophtalmoscope, on constate que la névrite a disparu du côté droit ; du côté gauche, on ne pourrait plus dire qu'il a existé de l'atrophie. Champs visuels normaux, plus trace de scotome, ni pour le blanc, ni pour les couleurs.

Cette observation est d'un très grand enseignement pour nous, elle nous montre :

1° Que les injections sous-conjonctivales ont une action puissante sur les névrites d'origine infectieuse.

2° Que le moment opportun pour l'intervention thérapeutique est tout à fait au début, ou au moment où le processus inflammatoire commence à entrer en régression.

En effet, les deux yeux chez notre malade ont été traités à des périodes toutes différentes. L'œil gauche, déjà en voie d'atrophie ou plutôt de régression du processus inflammatoire, s'améliore d'une façon rapide, alors que l'œil droit, en pleine phlegmasie, avec névrite optique évidente ne subit d'abord aucune influence du traitement. Il fallut attendre une quinzaine de jours. Alors les injections amenèrent une guérison très rapide.

D^R A. DARIER

Cette thérapeutique locale devra être soutenue par le traitement général.

A la période d'état de la névrite rétrobulbaire, l'action thérapeutique est à peine appréciable, tandis qu'à ses premiers débuts et à la période de régression elle se manifeste d'une façon remarquable. Il n'y a rien là qui doive nous étonner, il en est à peu près de même de tous les processus morbides et nous avons là une simple question d'opportunité thérapeutique que l'expérience enseigne à tout clinicien observateur. Au début on peut faire avorter bien des maladies ; à la période d'état, mieux vaut attendre, et ne reprendre l'offensive que quand le mal est à la fin de son évolution.

Faisant abstraction de la forme héréditaire de LEBER et des ambliopies par l'alcool et le tabac, nous conclurons donc que, dans les *névrites rétrobulbaires aiguës infectieuses* ou *a frigore*, de même que dans celles qui surviennent par lésions de voisinage (sinusite, périostite du trou optique, etc.), l'influence de la thérapeutique par les injections sous-conjonctivales est indéniable et puissante quand elle est bien comprise et appliquée avant que les fibres centrales n'aient subi une atrophie complète.

Cette thérapeutique locale n'empêche pas le traitement général par les frictions hydrargyriques qui sont, en somme, le seul moyen réellement efficace jusqu'ici.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Du massage oculaire employé dès la plus haute antiquité dans le traitement du trachome et des kératites. — Massage rotatoire, massage radiaire, massage vibratoire, massage pression. — *Action mécanique* sur la cornée, la conjonctive, le système cristallinien, et sur les liquides intra-oculaires ; *Action physiologique* sur le muscle ciliaire et sur la nutrition des tissus. — *Applications* : Asthénopie accommodative, amblyopie *ex anopsia*, myopie, hypermétropie, glaucome, etc.

Dès la plus haute antiquité, le massage a été employé dans certaines affections oculaires et cette pratique s'est continuée jusqu'à nos jours d'une manière absolument empirique. On a préconisé le massage conjonctival dans différentes maladies de la conjonctive et surtout dans le trachome. Il serait trop long de rappeler tous les procédés qui ont été mis en usage depuis HIPPOCRATE jusqu'à nos jours.

Le massage cornéen simple ou médicamenteux a été appliqué surtout dans les leucomes, dans les infiltrations cornéennes diffuses, dans la kératite parenchymateuse à son déclin, de même que dans l'épislérite et le catarrhe printanier.

Dans certaines formes de tuberculose intéressant la cornée et l'iris, M. ABADIE avait eu l'idée de pratiquer des massages directs sur la cornée au moyen de la lanoline iodoformée.