

OBSERVATION DE DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE.

Par le Docteur TALKO (de Tiflis).

Le docteur Sichel, père, avait déjà proposé, il y a dix ans, de pratiquer, à travers la sclérotique, la ponction des décollements rétiniens, et M. Kittel, de Vienne, l'avait le premier exécutée avec succès sur le vivant. Mais cette opération ne pouvait, d'après M. de Graefe, procurer tous les avantages que leurs auteurs espéraient en retirer. Il était nécessaire, selon lui, pour en obtenir quelque résultat, de créer une communication entre le corps vitré et le liquide sous-rétinien et c'est cette méthode qui a prévalu, dans ces dernières années, tant en Allemagne qu'en Angleterre. M. Bowmann, comme on le sait, pratique une déchirure de la rétine décollée, au moyen de deux aiguilles qui se croisent dans cette portion de la membrane nerveuse, et cette méthode paraît lui avoir donné des résultats tout aussi satisfaisants que ceux qu'a obtenus M. de Graefe. D'autre part, M. Rydel (de Cracovie) a publié sur le traitement de cette maladie un mémoire spécial, où se trouve la relation d'un cas remarquable de guérison complète d'un décollement de la rétine obtenue par M. Arlt, au moyen de la méthode de M. de Graefe. M. Wecker se contente de vider le liquide sous-rétinien avec son trocart-aiguille.

Les auteurs, on le voit, ne sont d'accord ni sur la méthode opératoire, ni même sur la nécessité de l'opération. Ainsi M. H. Walton (1) considère cette opération comme dangereuse et se contente de faire un traitement général et local antiphlogistique et dérivatif, et tout au plus pratique-t-il, dans certains cas, la ponction scléroticale pour évacuer le liquide épanché, mais sans jamais toucher à la rétine.

(1) WALTON. *Med. Times and Gazette*. 1866, N° 847.

Il serait intéressant de connaître aujourd'hui la statistique détaillée des cas de décollement opérés soit par l'une soit par l'autre de ces méthodes, pour pouvoir se rendre un compte exact des avantages et des inconvénients de l'opération elle-même.

Nous ne connaissons, pour notre part, que quelques-uns des résultats obtenus par MM. de Graefe, Bowmann et Pagenstecher.

Le professeur de Berlin rapporte que, dans 20 cas, l'opération n'a point occasionné d'inflammation et n'a aucunement altéré la vue. Dans les décollements récents, l'opération était habituellement suivie d'un agrandissement notable du champ visuel. Malheureusement la récurrence survenait très souvent au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Dans un cas, l'amélioration s'est maintenue pendant deux années. D'après Zehender (1), M. de Graefe n'aurait eu qu'un seul insuccès sur 50 opérations, et encore cet insuccès était-il dû à une tumeur sous-rétinienne. M. Bowman n'a pas vu d'accidents graves après l'opération pratiquée par sa méthode. Souvent il a vu l'amélioration survenir, soit immédiatement, soit au bout de quelques jours ou après quelques semaines. M. Wecker soutient l'innocuité de cette opération qui, pour lui, amène un élargissement sensible du champ visuel ainsi que l'amélioration de la vision centrale. Sur 12 opérations, il n'a eu qu'un seul cas d'irido-choroïdite consécutive avec hypopyon.

M. Pagenstecher a pratiqué 11 fois l'opération de de Graefe ou de Bowmann sur 8 de ses malades. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé en étudiant les 43 cas de décollement de la rétine qu'il a eus à soigner :

1° Dans 24 cas, la maladie a été améliorée : 22 fois par l'application de la sangsue de Heurteloup ; 2 fois par la discision.

(1) ZEHENDER. *Klin. Monatsblätter*. 1866.

2° Quatre opérations de discision ont été suivies d'inflammation violente et même, dans un cas, d'une irido-cyclite.

Analysant les observations recueillies dans la clinique de M. Pagenstecher, M. Hirschman arrive à des conclusions par lesquelles il condamne l'opération elle-même.

Mais il nous semble qu'il serait prématuré et téméraire de porter une condamnation de la méthode, en ne s'appuyant que sur les trois insuccès de M. Pagenstecher.

Quant à la méthode de M. Fano, qui conseille de faire des injections iodées dans la poche sous-rétinienne, nous la considérons comme dangereuse et inapplicable. Selon moi, l'opération ne doit être pratiquée que dans des cas spéciaux, lorsque le décollement est récent, qu'il n'est compliqué d'aucune autre altération de l'œil, et qu'il y a une grande quantité de liquide séreux épanchée sous la rétine.

Du reste, les faits de guérison de décollement par l'opération, connus dans la science, sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse se prononcer définitivement à cet égard. Il est du devoir de tous les chirurgiens d'enregistrer chaque fait bon ou mauvais, recueilli dans sa clientèle, et ce n'est qu'en analysant des observations très multiples qu'on arrivera à des résultats plus positifs sur l'utilité ou les dangers que cette opération peut présenter.

L'observation que nous publions ci-après sera, je l'espère, d'une certaine utilité pour des recherches statistiques de ce genre :

*Observation.* — M. Pierre D...., âgé de 23 ans, a été soigné par moi vers les derniers mois de l'année 1867, pour un affaiblissement de la vue de l'œil gauche. Il était sujet à des maux de tête et à des abcès scrofuleux dans les différentes parties du corps. En 1862, il avait reçu un coup de pierre à la tête, qui l'avait fait tomber, et il était resté pendant quelque temps sans connaissance. En 1866, il était de nouveau tombé sur la tête et, cette fois, s'était fait une blessure à la région frontale correspondant à l'œil gauche.

Sa santé était fort affaiblie par suite de pertes séminales et de l'onanisme. A cette époque, l'acuité de la vision de l'œil droit était de  $\frac{1}{5}$  et celle de l'œil gauche de  $\frac{1}{50}$ ; celui-ci manifestait des symptômes de morphopsies. A l'ophtalmoscope, j'ai pu constater une suffusion de la rétine au voisinage de la papille. Sous l'influence de l'application de la sangsue d'Heurteloup, de 20 centigr. de sublimé et de l'iodure de potassium, la vue s'était améliorée jusqu'à  $\frac{1}{15}$ . Mais subitement, au mois de mai 1868, il avait perdu complètement la vue de cet œil; à peine pouvait-il alors distinguer les mouvements de la main dans le champ visuel externe inférieur. Il voyait devant son œil un mouvement continu d'un objet indéfini; l'air paraissait remuer et s'approcher, sous forme d'une onde transparente, vers l'angle interne. Il était tourmenté par des cercles lumineux, surtout après le travail, que les yeux fussent ouverts ou fermés. Ces cercles s'éloignaient petit à petit, puis disparaissaient.

A l'examen ophtalmoscopique, je constatai l'existence d'un décollement de la partie inférieure de la rétine, commençant à  $1\frac{1}{2}$  diamètre de la papille et s'étendant jusqu'à l'*ora serrata*. La rétine décollée formait deux élevures qui, en se déplaçant, masquaient quelquefois la papille. Les vaisseaux étaient engorgés, plus rouges à la partie non décollée, plus foncés à celle du décollement. Les vaisseaux de la partie décollée de la rétine étaient tordus et entortillés en spirale, phénomène qui, si je ne me trompe, n'a encore été observé ni décrit par personne. La papille était hyperémie et infiltrée; il n'y avait point de staphylôme au pourtour.

Le malade entra à l'hôpital militaire de Tiflis, où je lui pratiquai, le 30 mai 1868, l'opération du décollement, avec le concours obligeant de M. le docteur Heydeman. La pupille dilatée à l'atropine et l'œil éclairé à l'aide d'un miroir réflecteur attaché au front, je fixai l'œil malade avec une pince, et, de la main droite, je pratiquai l'opération par la méthode de de Graefe, au moyen d'une aiguille à cataracte que j'introduisis à 5 millimètres de la cornée, à travers la sclérotique. L'opération ne fut point douloureuse. — 31 mai. Légère suffusion sanguine conjonctivale. Le malade compte les doigts et lit les gros caractères. Champ visuel : en dedans de 29 centimètres, en dehors de 35; en

bas et en dehors de 60, en haut de  $9 \frac{1}{2}$ . Le corps vitré est légèrement trouble, les vaisseaux ne sont plus si courbés.

— *1<sup>er</sup> juin*. Les cercles lumineux ont apparu la nuit.  $S = \frac{1}{40}$ . Champ visuel : en dedans  $33 \frac{1}{2}$ , en dehors 57, en dehors et en bas 70 cent., en haut  $9 \frac{1}{2}$ . — *2 juin*. Légère hyperémie de la conjonctive oculaire et de la sclérotique, photophobie, qui empêche de faire l'examen ophthalmoscopique. Le malade se plaint de voir une légère ondulation devant l'œil ; pourtant les cercles lumineux et les métamorphoses n'existent point.  $S = \frac{1}{20}$ , mais l'œil se fatigue très vite pendant la lecture et les lettres se confondent. Le champ visuel s'est étendu davantage : en dedans 45 cent. mais avec une échancrure, en dehors 68, en bas  $70 \frac{1}{2}$  et en haut 17. — *3 juin*. Le champ visuel s'est étendu davantage : en dedans 60 cent., en dehors 68, en bas  $70 \frac{1}{2}$ , en haut 17. Il voit le mieux et le plus distinctement en bas et en dehors et c'est en regardant dans ce sens qu'il peut lire le N° 12. — *8 juin*. L'œil est très peu injecté, la pupille paraît un peu verdâtre. Le malade lit avec difficulté de cet œil N° 8. — *12 juin*. Voici l'état dans lequel le malade se trouvait à la sortie de l'hôpital : on constate le flottement de la rétine, mais la partie décollée ne commence que près de l'équateur de l'œil. La papille se dessine très nettement, mais on aperçoit un léger trouble au-devant des vaisseaux rétiniens, en bas de la papille. Le corps vitré est transparent et l'on y trouve un seul léger flocon. On ne voit pas de trace de l'endroit où la discision de la rétine a été faite.

— *24 juin*. La vue du malade a de nouveau sensiblement diminué, quoique rien ne semble changé extérieurement. La vision centrale est complètement abolie ainsi que le champ visuel supérieur interne ; pourtant il peut distinguer les caractères n° 30 Snellen, quand il regarde en bas et en dehors. Il se plaint de voir constamment des cercles lumineux, comme ceux qu'il a vus avant l'opération, mais ces cercles sont moins apparents. La papille est infiltrée, les veines rétiniennes sont engorgées et, dans la partie équatoriale de l'œil, la rétine présente une teinte blanc-bleuâtre. On aperçoit, à 3 ou 4 endroits différents des vaisseaux, des points foncés qui proviennent de la torsion de ces derniers. Dans la partie inférieure de la rétine, non loin de l'*ora serrata*, on voit une tache blanche reluisante,

ovale, située entre deux vaisseaux ; elle correspond à l'endroit de la piqûre, ce qui me faisait supposer que c'était la trace d'une ancienne opération.

J'ai vu, pour la dernière fois, ce malade à la fin du mois de février 1869, et voici les changements qui se sont opérés dans son œil : la dureté de l'œil opéré était normale, mais le malade éprouvait la sensation d'éclairs, quoique la vue de cet œil fût complètement perdue. L'examen ophthalmoscopique m'a permis de constater que la rétine a été décollée dans les  $\frac{2}{5}$  de son étendue, tandis que la papille et le reste de la rétine ont subi une infiltration œdémateuse.

L'histoire de ce malade nous apprend que, grâce à la ponction de la rétine que je lui avais pratiquée, la vue s'était sensiblement améliorée ; que, dès le lendemain, le champ visuel périphérique s'était éclairci et qu'au bout de 10 jours, l'acuité de la vision avait remonté de zéro à  $\frac{1}{8}$ . Malheureusement cette amélioration ne s'est pas maintenue ; trois semaines après l'opération, le décollement a commencé à s'étendre, et il est revenu au point où nous l'avions trouvé avant l'opération.

26 juillet 1869.

---

## REVUE DES JOURNAUX D'OPHTHALMOLOGIE.

---

### 1° Archiv für Ophthalmologie,

(1868, B. XIV. Abth. 3.)

Analysé par le Dr T. SCHOBENS (d'Anvers).

**I. Notice historique sur l'opération de la cataracte par la méthode de la succion ou de l'aspiration.** — Cette publication posthume de Sichel avait été primitivement destinée au journal « *Janus*, » mais la mort du prof. Henschel, de Breslau, en a empêché l'impression. Aujourd'hui cette notice a été publiée à la prière de M. de Graefe. L'auteur lui-même en avait déjà donné un résumé antérieurement. (*Ann. d'Oculistique*, 1846, t. XVII, p. 104 et suiv.)

**II. Communications cliniques de Constantinople,** par le Dr MANNHARDT (pp. 26-50). — 1° *Episcléritis et Ptérygion*. La fréquence du ptérygion à Constantinople a permis à l'auteur de s'assurer que cette maladie est la suite de l'épiscléritis soit aigu