

Klinika Położn. i Chorób Kobiet. U. J.	Nr. porz.	6114

Dar Prof. dra J. Zubrzyckiego



Dar Prof. dra J. Zubrzycki



UN CAS DE TRAUMATISME GRAVE

DE L'ŒIL GAUCHE

PAR

Le D^r ADAM LANGIE (de Cracovie)

Le 8 février 1897 se présenta chez moi M. A. G..., âgé de 46 ans; il me raconta que le 3 janvier de l'année courante, il reçut en plein visage, à la distance de cinq pas, un coup de revolver de moyen calibre. La balle pénétra sous la peau, un peu au-dessous de l'angle externe de la paupière de l'œil gauche, et se fixant sur le bord inférieur de l'orbite elle s'y aplatit sur l'os. Peu après l'accident, le médecin de l'endroit retira la balle et prescrivit des compresses fraîches sur les paupières gonflées par le sang. Quand après plusieurs jours le gonflement des paupières eut diminué au point que le malade put entr'ouvrir l'œil, il s'aperçut qu'il ne voyait rien. Justement effrayé, il commença à subir une cure consistant en injections sous-cutanées de pilocarpine, en laxatifs, en usage interne de l'iodure de potassium et en instillations

WW L281c 1898

1362696340

Z-138728

Ako 2022

500

d'atropine dans l'œil. Comme, malgré ce traitement, aucun mieux ne pouvait être signalé, il vint me trouver pour s'informer s'il n'y avait plus d'espoir pour lui de recouvrer la vue.

J'ai constaté l'état suivant : à l'endroit où la balle avait perforé la peau, une cicatrice superficielle, une légère injection de la conjonctive oculaire et une plus grande de la conjonctive tarsienne, puis quelques synéchies postérieures, conséquences d'une iritis traumatique ; tout le corps vitré imbibé de sang à tel point qu'il était absolument impossible d'éclairer avec l'ophtalmoscope le fond de l'œil et d'observer les détails. Le cristallin conserva sa transparence, la tension oculaire resta normale. La vue était fortement endommagée, car le malade ne distinguait que les mouvements de la main tout près de l'œil. Le champ visuel était rétréci dans la partie supéro-interne. Dans l'autre œil on ne remarquait que la myopie et l'astigmatisme.

Ne donnant pas beaucoup d'espoir au malade, d'autant plus que le traitement jusqu'à présent resta inefficace, je l'ai rassuré tout de même, lui persuadant que pour obtenir du mieux il faut du temps et de la patience. Je lui ai conseillé de continuer le même traitement avec l'addition de deux sangsues sur la tempe une fois par semaine. Il est reparti avec ces instructions pour se soigner sous l'œil de son médecin. Dans quatre semaines il devait se représenter chez moi, et, en effet, je l'ai revu vers le 15 mars. Malgré les 30 injections de pilocarpine et l'emploi de 7 bouteilles d'iodure de potassium (10 : 200) le sang n'a pas diminué dans le corps vitré, et dans la vue je n'ai pu constater aucun mieux. En un mot, tout est resté *statu quo*. En conséquence, répondant au désir du malade, je me suis adressé au prof. Galezowski, et celui-ci, d'après les renseignements reçus sur l'état de l'œil, a fait son diagnostic conforme sous tous les rapports au mien, et voici quel était son avis : contusion de l'œil gauche suivie d'une hémorragie dans le corps vitré avec déchirure de la choroïde à la région inféro-externe et des synéchies consécutives à une iritis traumatique. En même temps M. Galezowski émettait l'espoir

qu'avec un traitement nouveau et énergique on réussirait à rendre la vue au malade.

Mettant de côté tous les médicaments inefficaces dont on a fait usage, nous nous sommes proposé le traitement suivant :

a) Agir avec des moyens antiphlogistiques; b) évoquer la résorption la plus rapide du sang répandu dans le corps vitré. Pour y arriver on conseilla au malade ce qui suit :

1° Instiller alternativement dans l'œil tous les deux jours deux collyres suivants : le matin le collyre d'ésérine 0.05 : 10, et le soir le collyre de scopolamine 0.05 : 10.

2° Appliquer une fois par semaine trois sangsues à la tempe.

3° Appliquer, alternativement toutes les dix minutes, une heure le matin et une heure le soir, des sacs en caoutchouc pleins d'eau chaude et d'eau glacée.

Après trois semaines d'un pareil traitement, le malade s'est présenté chez moi, et cette fois-ci déjà avec un mieux, car je pus constater qu'il reconnaissait des objets assez grands tout près de l'œil, et qu'il comptait les doigts à 75 centimètres de distance. En explorant le fond de l'œil avec un ophtalmoscope, j'ai trouvé un peu moins de sang dans le corps vitré, mais je n'ai pas réussi à voir les détails du fond de l'œil. En suivant l'ordonnance de M. Galezowski, j'ai modifié à présent le traitement de la manière suivante :

1° Une fois toutes les deux semaines, la pose de deux sangsues derrière l'oreille.

2° Tous les trois jours trois pastilles de cascariine.

3° Des instillations dans l'œil un jour, le matin, le collyre d'ésérine 0.5 p. 10, et, le soir, collyre de pilocarpine 0.5 p. 10. Le lendemain, collyre de scopolamine le matin, et, le soir, collyre de duboisine (1 centigramme pour 10 grammes).

4° Compresse alternativement glacée et chaude comme autrefois, mais avec l'addition des compresses sous le sac, imbuës de la solution suivante : cyanure d'hydrargyre 0.15,

chlorhydrate neutre de cocaïne 0.15, nitrate de pilocarpine 0.50, eau distillée de laurier-cerise 25, eau distillée 275.

5° Tous les soirs, frictions sur le front, la tempe et derrière l'oreille avec un onguent mercuriel.

Le résultat fut rapide et frappant, à tel point que, voyant le malade de semaine en semaine, je constatais toujours du mieux dans la vue et une disparition progressive du sang dans le corps vitré. Déjà le 6 mai $V = 2/20$, et le malade peut lire le n° 8 des échelles de Jaeger; une semaine plus tard le n° 6 des mêmes échelles. Le 18 juin $V = 6/36$, le malade lit n° 3 du Jaeger; on voit distinctement le fond de l'œil, et on aperçoit des flocons mobiles, dispersés dans le corps vitré, des restes du sang répandu. Le 30 juin $V = 6/18$, le malade lit n° 1 du Jaeger et le n° 0.50 des échelles du Dr Galezowski; le sang a disparu complètement. En explorant les parties les plus périphériques du fond de l'œil à l'aide d'une lentille prismatique, on peut voir, dans la partie inféro-externe, tout près de l'ora serrata, une cicatrice de la choroïde, ce qui confirme notre diagnostic. Quatre mois après la guérison j'eus l'occasion de revoir ce monsieur, et de constater l'état de l'œil tout à fait satisfaisant et la vue aussi bonne que celle de l'œil qui n'avait pas été endommagé. Il n'est resté qu'un léger rétrécissement du champ visuel dans la partie supéro-interne, c'est-à-dire à l'endroit en rapport avec l'ancienne rupture.

Le cas décrit ci-dessus se fait remarquer, selon moi, pour deux motifs : d'abord, parce que l'épanchement si abondant du sang dans le corps vitré a disparu complètement dans un temps relativement court, sans laisser aucuns flocons; puis, parce que la rupture de la choroïde s'est cicatrisée, sans conséquences funestes pour la vue. En outre, dans le cas précité, nous avons une preuve *ad oculos* en pareilles circonstances de l'inefficacité du traitement interne par l'iodure de potassium, ou par des injections sous-cutanées de pilocarpine. Tout oculiste suppose encore de l'importance à l'iodure de potassium dans la thérapeutique des maladies du

fond de l'œil, quoique, depuis plusieurs années déjà, Galezowski attire l'attention sur l'inefficacité de ce traitement, même dans des cas où la maladie de la choroïde, de la rétine ou du nerf optique se développe, engendrée par la syphilis. Pour cette même raison aussi, basé sur sa longue expérience appuyée de nombreuses preuves confirmant son avis, Galezowski a rayé actuellement de la thérapeutique des maladies du fond de l'œil l'iodure de potassium qu'il a remplacé par d'autres moyens beaucoup plus efficaces. Notre cas justement confirme très bien cette nouvelle méthode de traitement dans son efficacité. Quelle sera là-dessus l'opinion de mes confrères? il me semble que le cas précité doit affaiblir la confiance qu'on avait jusqu'à présent dans les composés d'iode, et c'est surtout cette considération qui m'a décidé à publier le fait.

J'espère également qu'une observation casuistique de ce genre, accompagnée de l'exposé de l'application d'un traitement efficace, intéressera plus mes collègues que des tâtonnements dans les hypothèses, ou bien des excursions vers les hauteurs de la théorie, parfois peu accessibles, et dont le médecin praticien ordinairement ne profite pas beaucoup.

