

VARIATIONS SAISONNIÈRES DE LA FRÉQUENCE DU DÉCOLLEMENT RÉTINIEN

par Roger WEEKERS (Liège)

En 1945, nous avons publié une note préliminaire sur les variations saisonnières de la fréquence du décollement rétinien en Belgique. Cette étude basée sur 208 cas, observés à la Clinique ophtalmologique de Liège, montre que le décollement rétinien est plus fréquent en été et au printemps qu'en automne et en hiver (R. Weekers) (1). Ce fait pose divers problèmes, les uns concernent la pathogénie de l'affection; les autres sa prophylaxie. L'intérêt qui s'y attache nous a incité à solliciter l'aide de plusieurs cliniques pour élargir notre matériel d'étude. Nous exprimons notre vive reconnaissance aux nombreux confrères qui ont répondu à notre referendum et, tout particulièrement, à MM. Sven Larrson, Sédan, Barraquer, Friedenwald et Nataf, qui nous ont communiqué les statistiques faisant l'objet de cette note.

Pendant l'élaboration de ce travail, MM. Gauthier et Bruyas ont publié, en 1947, un travail confirmant l'existence d'une variation saisonnière de la fréquence du décollement rétinien à Alger. D'autre part, M. Jonkers a eu l'obligeance de nous communiquer les manuscrits de deux publications actuellement à l'impression. L'une confirme l'existence d'une variation saisonnière du décollement rétinien à Utrecht, l'autre, au contraire, montre, qu'à Berne, la fréquence de l'affection ne subit pas d'influence saisonnière.

Matériel d'étude et résultats. — Notre matériel d'étude comporte actuellement 2.031 cas dont le moment d'apparition a pu être déterminé avec précision. Dans ce matériel, sont inclus : 1^o les décollements dit « idiopathiques ; 2^o les décollements myopiques ; 3^o les désinsertions rétiniennes. Sont exclus, par contre : 1^o les décollements traumatiques ; 2^o les décollements secondaires à une inflammation ou à une néoplasie.

Ces cas proviennent de six Cliniques différentes que nous réunissons en deux groupes : l'un septentrional (cliniques de Lund, Utrecht

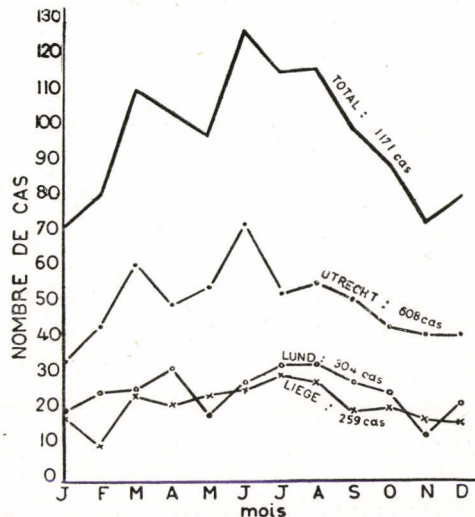
et Liège); l'autre méridional (Cliniques de Barcelone, Alger et Tunis). Ces deux groupes sont, à peu près, de même importance; le premier comporte 1.171 cas et le second 860 cas (tableau).

VILLE PAYS	CLINIQUE	NOMBRE DE CAS	SOURCE
Utrecht (Hollande)	Clin. universit. (P ^r Weve) D ^r Jonkers	608	Communication d'un travail actuellement sous presse
Lund (Suède)	Clinique universitaire P ^r Sven Larsson	304	Communicat. personnelle
Liège (Belgique)	Clin. univ. (P ^r L. Weekers) D ^r Roger Weekers	259	<i>Oph^talmologica</i> , 1945, 110 , 218 <i>Bull. Soc. belge Oph^talm.</i> , 1945, 22 , 29. Etude complétée jusque 1947
Barcelone (Espagne)	Clinique Barraquer D ^r Barraquer	530	Communicat. personnelle
Alger (Algérie)	Clinique universitaire D ^{rs} Gauthier et Bruyas	201	<i>Bull. Soc. Oph^t. Paris</i> , 1947, 3 , 404
Tunis (Tunisie)	Clinique ophtalmologique D ^r Nataf	129	Communicat. personnelle

Le graphique 1 montre les variations saisonnières du décollement rétinien dans les villes septentrionales, le graphique 2, dans les villes méridionales.

Dans le nord, la fréquence du décollement rétinien s'élève au printemps et atteint un maximum en été; elle décroît en automne et est particulièrement basse en hiver. La courbe d'ensemble, sur 1.171 cas, confirme de façon très satisfaisante la statistique modeste que nous avons publiée en 1945.

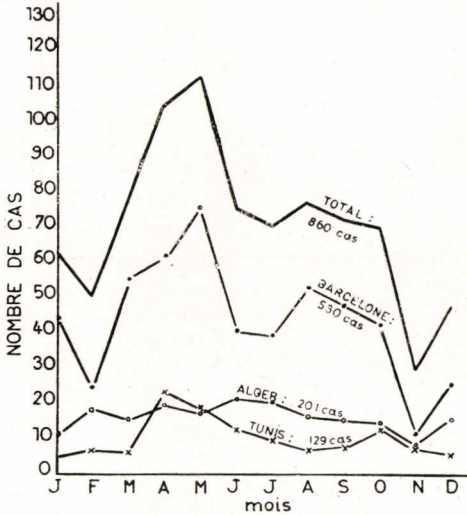
Dans le sud, l'accroissement du nombre des décol-



GRAPHIQUE 1.
Variations saisonnières de la fréquence du décollement rétinien à Utrecht, Lund et Liège.

lements rétinien, au printemps, est brusque et atteint d'emblée un maximum, la fréquence de l'affection s'abaisse quelque peu en été et davantage en automne ; comme dans les pays septentrionaux, c'est au mois de novembre que le décollement est le moins fréquent.

En réponse à notre referendum, en 1945, M. le Pr Sédan (Marseille) nous a aimablement communiqué la statistique suivante qui



GRAPHIQUE 2.

Variations saisonnières du décollement rétinien à Barcelone, Alger et Tunis.

est en parfait accord avec nos observations : printemps 25 p. 100, été 32 p. 100, automne 24 p. 100, hiver 19 p. 100. Ces chiffres sont classés par saison et non par mois ; c'est pourquoi nous n'avons pu, à notre grand regret, les inclure dans nos graphiques.

Tout récemment, M. Sédan a bien voulu nous adresser un important mémoire démontrant le rôle de la lumière dans la pathogénie de certaines migraines oculaires (J. Sédan et S. Sédan-Bauby, *Rev. Oto-Neuro-Opth.*, 1948, 20, 285). Il nous paraît intéressant

de rapprocher ces observations des nôtres.

Nous avons omis l'étude faite par le Dr Jonkers, montrant l'absence de toute variation saisonnière de la fréquence du décollement rétinien à Berne. Cette étude fait actuellement l'objet d'une publication du Dr Jonkers et mériterait d'être étendue à d'autres villes suisses.

Nous ne possédons qu'une seule statistique américaine, nous la devons à M. le Pr J. Friedenwald (Baltimore). Elle confirme l'augmentation de la fréquence du décollement en été. Nous attendons, pour la publier, d'avoir réuni d'autres statistiques américaines.

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

L'étude de la date d'apparition de 2.031 cas de décollements rétiniens prouve l'existence d'une variation saisonnière de l'affection et confirme les conclusions d'une note préliminaire publiée en 1945. Dans l'hémisphère nord, le décollement rétinien est plus fréquent au printemps et en été qu'en automne et en hiver.

Les variations saisonnières du décollement rétinien ne sont pas identiques dans les pays du nord de l'Europe et dans les pays du sud et d'Afrique du nord, voisins de la Méditerranée. Dans les premiers, la fréquence du décollement rétinien atteint un maximum en été ; dans les seconds, un peu plus précocement, au printemps.

Nous avons cherché à connaître les variations éventuelles de la fréquence du décollement rétinien au sud de l'équateur, mais le matériel d'étude réuni jusqu'ici est très limité et ne permet aucune conclusion. La collaboration des cliniques de l'hémisphère sud apporterait une utile contribution.

L'étude de la cause des variations saisonnières de la fréquence du décollement rétinien sortirait du cadre de cette note. Nous y avons fait allusion dans nos publications antérieures (1). En fait, cette cause n'est pas connue. Le rôle de la lumière et des modifications rétiniennes qui en sont la conséquence nous semble devoir être retenu, mais il ne peut être confirmé que par la comparaison de statistiques importantes émanant de pays dont les conditions climatiques sont très différentes ; *la confirmation du rôle de la lumière dans la pathogénie de certains décollements rétiniens comporterait des conséquences pratiques importantes pour la prophylaxie de l'affection.*

BIBLIOGRAPHIE

- (1) WEEKERS (R.). — *Ophthalmologica*, 1945, **110**, 218.
WEEKERS (R.). — *Bull. Soc. belge Opht.*, 1945, **82**, 29.
- (2) GAUTHIER et BRUYAS. — *Bull. Soc. Opht.*, Paris, 1947, **3**, 404.
- (3) JONKERS. — *Ophthalmologica*, 1948, **115**, 308 et 316.

(Clinique ophthalmologique de l'Université de Liège, P^r L. WEEKERS).

M. A. DOLLFUS (Paris). — Depuis plusieurs années nous avons eu l'attention attirée par les variations saisonnières dans la fréquence des décollements rétiniens et nous sommes heureux

d'apporter quelques documents en complément de la très intéressante communication de cosmopathologie de M. R. Weekers. Nous avons

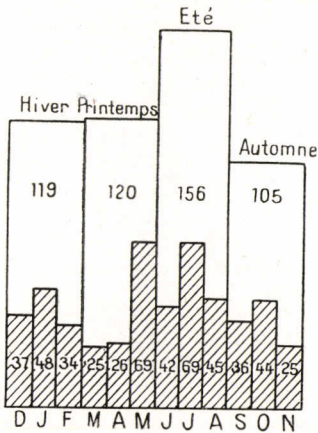


FIG. 1.

d'apporter en tenant compte surtout du trouble fonctionnel important provoqué par le détachement rétinien et caractérisé par l'impression de « voile noir », bien que souvent celui-ci soit précédé de l'apparition plusieurs jours ou semaines avant, de myodésopsies plus ou moins importantes ; en outre, nous n'avons envisagé que les décollements dits idiopathiques (myopiques ou non) à l'exclusion naturellement de ceux soupçonnés d'être symptomatiques ou traumatiques, dans cet ordre d'idée nous avons éliminé les décollements chez les aphakes ou les glaucomateux opérés.

Si l'on considère la répartition du début des décollements de la rétine suivant le mois, la saison ou les époques de plus ou moins grande insolation on obtient des résultats assez divers mais qui concordent cependant dans leurs grandes lignes, comme en témoignent les schémas ci-joints (fig. 1 et 2).

En considérant la répartition mensuelle, nous constatons deux maxima très nets en mai et en juillet avec 69 cas, soit 13,8 p. 100 pour chaque mois, et au contraire des minima en mars, avril et novembre (25 ou 26 cas, 5 p. 100).

En envisageant les variations saisonnières et en comprenant dans l'hiver les mois de décembre, janvier et février, nous voyons

relevé la date d'apparition de 500 décollements de la rétine observés sous la latitude de Paris. Si nous tenons à préciser ce point c'est qu'outre l'influence cosmique de la saison nous pensons que l'insolation et la chaleur peuvent jouer un certain rôle dans la genèse des décollements de la rétine et il serait très intéressant de faire les mêmes statistiques sous d'autres latitudes, dans des pays normalement très insolés et chauds et de savoir si l'on arriverait aux mêmes conclusions dans l'hémisphère austral aux mêmes latitudes.

Dans notre statistique, nous nous sommes efforcés de déterminer la date

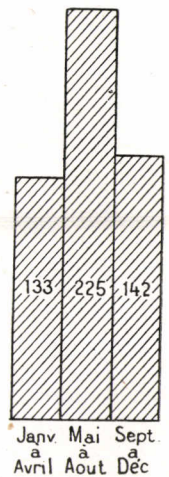


FIG. 2.

un nombre de cas très sensiblement égal entre l'hiver et le printemps (mars, avril, mai) (119 et 120); un maximum très sensible en été (juin, juillet, août) (156 cas) et un minima en automne avec 105 cas, dans l'ensemble sauf pour l'été, les différences ne sont pas très grandes.

Tout au contraire, si nous ne considérons pas les saisons suivant la météorologie, mais si nous divisons l'année en trois parties de quatre mois, nous voyons que les mois de chaleur et d'insolation importante l'emportent alors très nettement sur les deux autres groupes dont les chiffres sont très similaires. En effet, pour l'ensemble des mois de mai, juin, juillet, août, nous constatons que sur 500 cas, 225 ont débuté à cette période de l'année, soit 45 p. 100, les deux autres périodes ne comptant chacune que 26,6 et 28,4 p. 100 (période hivernale et automnale).

Pour pousser l'étude plus loin il serait nécessaire de connaître aussi aux périodes incriminées, l'état de l'électricité atmosphérique, le magnétisme terrestre, l'hygrométrie aux lieux où se trouvaient les malades et si dans certaines régions le décollement idiopathique est plus rare que dans d'autres. Il n'en ressort cependant de cette statistique que l'insolation peut jouer un rôle, et nous conseillons toujours à nos malades à titre prophylactique de se protéger soigneusement et longtemps de l'éblouissement et des passages rapides de la lumière à l'ombre et l'inverse. Ces changements d'adaptation entraînant des modifications dans l'épithélium pigmentaire.

M^{me} SCHIFF-WERTHEIMER. — J'ai suivi avec le plus vif intérêt les communications successives de M. Weekers touchant l'influence de l'ensoleillement sur l'apparition du décollement de la rétine. Je pense cependant qu'elles méritent discussion et que l'interprétation des statistiques et des documents qu'il nous apporte légitime une certaine prudence.

Il faudrait tout d'abord s'entendre sur ce qu'on entend par « début » ou apparition du décollement. Le voile décrit par le malade, le scotome subjectif qu'il accuse constituent le symptôme, pour lui alarmant, et qui l'amène à consulter, mais la conscience qu'il en prend ne coïncide pas forcément avec le début de la maladie. Nous savons que le décollement à début anatomique inférieur ne se signale habituellement qu'à une période tardive; nous connaissons des cas où un décollement reste limité pendant un certain temps; puis, brusquement, effectue sa descente et détermine le trouble visuel qui s'impose à l'observation du malade. Il serait donc indis-

pensable de ne faire figurer dans les statistiques que les cas où la date de début de la maladie a pu être suffisamment précisée. Dans des consultations très chargées comme celles des Quinze-Vingts et où nous n'avons pas toujours à soigner des sujets bons observateurs et susceptibles de fournir une anamnèse précise, les observations utilisables sont peu nombreuses relativement au nombre de malades atteints de décollement de la rétine et opérés.

En ne tenant compte que des observations où la date de début est précise, je puis vous apporter une statistique portant sur les années 1931 à 1938 et 1945 à 1947. Sur 322 cas retenus en neuf ans (la totalité des cas opérés durant cette période étant de 800) :

80 ont débuté en hiver, soit	24,83 %
87 ont débuté au printemps, soit	27,03 %
96 ont débuté en été, soit	29,80 %
59 ont débuté en automne, soit	18,34 %

Cette statistique qui doit être considérée avec toute les réserves qu'impose, à mon avis, une statistique médicale de ce tordre, met en évidence comme celles qu'apporte M. Weekers l'augmentation du nombre des cas en été.

Un fait curieux s'impose à l'observation : la très brusque diminution coïncidant avec l'automne. Dans les courbes que nous a présentées M. Weekers et que, naturellement une vision rapide ne m'a pas permis d'analyser suffisamment, il m'a semblé qu'il existait également une descente brusque de la courbe en automne, une ascension très rapide au printemps, et une descente relative en été, période de maximum d'insolation, surtout dans les pays méditerranéens. Evidemment, il nous manque pour la critique de cette « climatologie » du décollement un élément essentiel qui est la notion de température et la durée d'ensoleillement suivant les années envisagées.

La diminution de fréquence en automne pose un problème : il force à admettre le déclenchement immédiat du décollement par le phototraumatisme, la moindre latence modifiant l'image même de la courbe. Or nous savons que, même après un traumatisme banal, le décollement peut être et est souvent d'apparition plus tardive.

Mais, si je reviens à ma statistique personnelle et que je considère les quatre mois les plus ensoleillés de l'année dans nos pays, c'est-à-

dire mai, juin, juillet et août, j'arrive cependant à une conclusion qui corrobore les observations de M. Weekers puisque durant ces quatre mois, j'ai observé 50 p. 100 de la totalité des cas retenus pendant ces neuf années. Par contre, si je fais une statistique isolée de l'année 1947 (année particulièrement chaude et ensoleillée) je note 11 cas en janvier et 4 seulement en juin. Je ne voudrais pas que M. Weekers prenne mes observations pour des critiques. Je voudrais simplement insister sur la difficulté des constatations de cette sorte et sur les problèmes annexes qu'elles comportent, en particulier sur les notions météorologiques que de telles recherches supposent, sur la nécessité de n'accepter que des chiffres portant sur un nombre suffisant d'années et que des observations dont l'anamnèse soit absolument précise.

Ces réserves faites, il est de bonne clinique courante de préserver du soleil par des verres appropriés les malades atteints de myopie forte, ou de chorio-rétinite équatoriale. Cette pratique est même bien antérieure au traitement chirurgical du décollement de la rétine et aux quelques progrès — encore bien rudimentaires — qu'il nous a fait réaliser dans la compréhension de cette maladie. Je pense que les recherches de M. Weekers donneront bientôt une base scientifique à ces précautions empiriques.

D^r LINDNER. — Si on veut comprendre des cas exceptionnels de décollement, il faut connaître les relations du corps vitré avec la rétine. Pour cela je recommande l'emploi du verre de Hrnby, fixé à la lampe à fente de Goldmann (Haag et Streit) d'un côté tandis qu'on guide l'autre œil par une petite lampe à fixation attachée à l'autre côté. Avec ce dispositif, on peut examiner le vitré et le fond de l'œil des enfants, des malades nerveux et de ceux fraîchement opérés. Surtout pour l'opération de raccourcissement de l'œil cet examen est nécessaire.

J. F. CUENDET (Lausanne). — Nous avons établi à la Clinique ophtalmologique de l'Université de Lausanne une statistique identique à celle de MM. Weekers à Liège, et Jonkers à Utrecht. Elle comprend 218 cas de décollement idiopathique de rétine, survenus de 1936 à 1947. Les décollements secondaires à une tumeur, un traumatisme, une extraction de cristallin, ainsi que les cas d'apparition difficile à déterminer, ont été soigneusement écartés de la statistique.

Les 218 cas sont répartis par mois d'après la date d'apparition des premiers symptômes subjectifs de décollement (fig. 1). L'augmentation notable des décollements de rétine au printemps et en septembre est évidente. A première vue, notre courbe paraît assez différente de celle de M. Weekers, qui présente son maximum en juillet alors que le nôtre est en avril. Faut-il attribuer ce décalage à la douceur de notre climat ou à la recherche des tout premiers symptômes cliniques ?

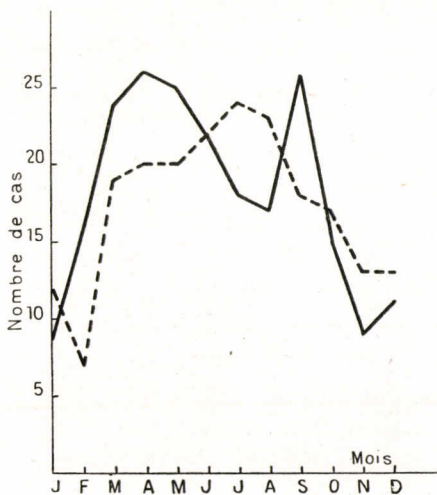


Fig. 1. — Variations mensuelles de la fréquence du décollement idiopathique de la rétine.

— Statistique personnelle.
 - - - Statistique de R. Weekers.

onze ans d'observations) on échappera plus facilement au caprice du hasard en groupant les observations par trimestre comme l'a fait M. Weekers (fig. 2). La divergence entre les deux courbes s'atténue alors considérablement. L'excédent des décollements au printemps et en été ressort nettement sur l'une et l'autre courbe

Enfin, en calculant le rapport entre le nombre de cas du semestre printemps-été et celui du semestre automne-hiver, on obtient exactement le même résultat, soit 1,6, tant pour la statistique de Liège que pour celle de Lausanne.

L'ensemble des affections oculaires subit-il les mêmes variations saisonnières ? Nous avons établi une courbe semblable pour l'en-

Etant donné le petit nombre de cas sur lequel nous nous basons (en moyenne 18 par mois, en faisant la somme de

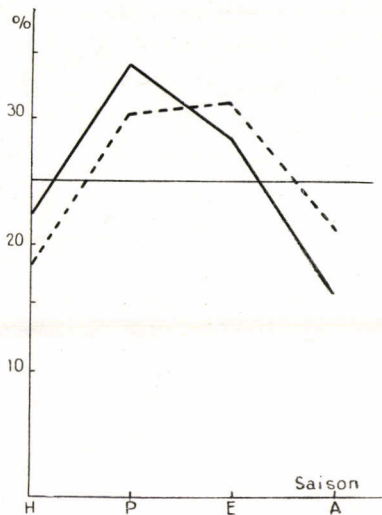


Fig. 2. — Variations saisonnières.
 — Statistique personnelle.
 - - - Statistique de R. Weekers.

semble des nouveaux malades traités, en tenant compte du mois où ils se sont présentés pour la première fois (fig. 3). Il ressort clairement que la fréquence des décollements de rétine varie indépendamment de l'ensemble de nos nouveaux malades. Ceux-ci restent toute l'année en nombre presque constant, n'accusant une augmentation sensible qu'en septembre et octobre à l'occasion d'une foire traditionnelle de Lausanne, le Comptoir suisse.

Ces variations sont-elles significatives au point de vue mathématique, ou peuvent-elles être dues au simple hasard ? La méthode du test T de Linder nous permet d'assurer l'augmentation des décollements de rétine au printemps et en été avec une probabilité supérieure à 95 p. 100. Par contre, la pointe de septembre n'est pas significative mathématiquement.

En résumé, comme celles de Weekers et de Jonkers, les statistiques de Lausanne montrent que le décollement idiopathique de rétine subit des variations saisonnières importantes. L'augmentation des décollements au printemps et en été a pu être assurée statistiquement avec une probabilité supérieure à 95 p. 100.

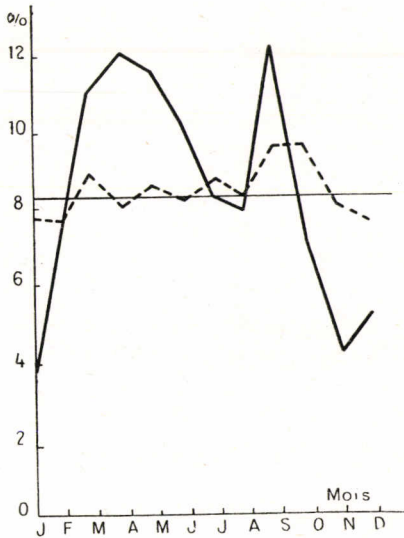


FIG. 3.

— Variations mensuelles de fréquence du décollement de rétine (cf. fig. 1).
 - - - Variations mensuelles du nombre de tous les nouveaux malades traités.

Jean SÉDAN. — Je remercie mon ami Weekers de m'avoir associé depuis deux ans à ses recherches en même temps que Roger Nataf.

Il a fait état de mes constatations, je n'en parlerai pas. Il sait que nous sommes d'accord. Je désire seulement indiquer que dans un prochain numéro de la *Revue O. N. O.* le Pr Barré de Strasbourg, veut bien faire paraître mon étude sur ce que j'ai appelé les « photomigraines » et où j'étudie longuement l'incidence phototraumatique sur la neurologie oculaire et la neurologie générale.

M. CALMETTES. — Nous avons observé à Toulouse une augmentation très nette de la fréquence des décollements rétinien

pendant les mois de juillet, août et septembre. Mais nous pensions que l'insolation était accompagnée d'autres causes non négligeables : chaleur, fatigues, longs déplacements en auto ou en chemin de fer, au cours desquels se déclenche souvent le décollement. Nous les avons appelés décollements de vacances, pensant au rôle adjuvant de ces différents facteurs.