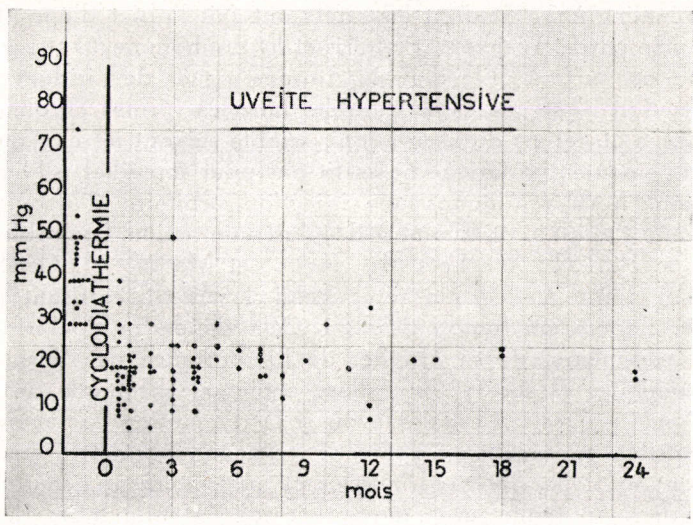


Roger WEEKERS et Robert GERARD (Liège) : **Le traitement des uvéites hypertensives par la cyclodiathermie non perforante.**

Le traitement de l'hypertension oculaire compliquant les formes diverses d'irido-cyclite et d'uvéite, constitue un problème clinique difficile. Il a fait l'objet d'une étude approfondie par L. Weekers (3). Nous rappellerons d'abord succinctement la



GRAPHIQUE.

Effets tensionnels de la cyclodiathermie non perforante dans l'uvéite hypertensive.

ligne de conduite habituelle suivie en pareil cas, à la Clinique universitaire de Liège, puis, nous relaterons les résultats obtenus par une nouvelle thérapeutique : la cyclodiathermie non perforante.

Les miotiques, d'une façon générale, nous paraissent contre-indiqués; ils augmentent la congestion oculaire, favorisent la production de synéchies, compromettent ainsi l'avenir de l'œil et de ses fonctions.

Le meilleur moyen de remédier à l'hypertension est de chercher à influencer par les mydriatiques (atropine, adrénaline) l'iridocyclite qui la provoque. L'instillation d'atropine constitue un réel danger dans le glaucome essentiel, aigu ou chronique. Il n'en est pas ainsi dans l'œil normal, non plus, comme l'observation clinique le démontre, dans les yeux hypertendus par uvéite.

Nous y recourons régulièrement avec les résultats les plus favorables.

Quand l'atropine ne suffit pas pour dilater la pupille, nous injections, en plus, autrefois, de l'adrénaline, sous la conjonctive, toujours dans le but de rompre les synéchies. Nous obtenons maintenant, les mêmes résultats au moyen d'un collyre à l'adrénaline à 2 %, dont les effets ont fait l'objet d'une étude détaillée par L. Weekers, P. Joiris et F. Bonhomme (5). L'adrénaline est surtout utile dans les formes aiguës de l'iridocyclite; son action n'est pas assez durable dans les formes chroniques.

Après un temps d'observation variable suivant les cas, quand le traitement mydriatique ne suffit pas pour remédier à l'hypertension, nous pratiquons une injection orbitaire d'alcool qui diminue l'ophtalmotonus et a de plus, une action favorable sur l'iridocyclite (L. Weekers, 4; Magitot et Morax, 2). Cette injection donne un certain répit, celui-ci sera-t-il suffisant pour éviter l'opération hypotonisante? Cela dépendra de l'iridocyclite elle-même, de sa gravité, de l'importance des désordres anatomiques et surtout de l'allure aiguë ou chronique de l'affection. La question est de savoir si la diminution passagère de la tension, consécutive à l'injection d'alcool, permettra au traitement local par les mydriatiques et au traitement général, de remédier, en temps utile, au processus inflammatoire uvéal. L'alcool se montre surtout efficace dans les iridocyclites aiguës ou subaiguës; il est moins utile dans les iridocyclites chroniques hypertensives, car l'hypotonie qu'il provoque est relativement brève.

Un œil atteint d'iridocyclite supporte parfois une augmentation de l'ophtalmotonus pendant une période assez longue sans qu'il en résulte un déficit visuel même discret. Il faut pour cela que le débit sanguin dans la rétine et le nerf optique demeure

suffisant. C'est ce qu'on observe, soit chez des sujets jeunes dont le système vasculaire très souple, est capable d'une adaptation locale; soit chez des sujets plus âgés présentant une hypertension artérielle générale et rétinienne. A la longue cependant, l'expectative devient périlleuse et l'intervention chirurgicale ne peut être différée.

Nous recourions auparavant, en pareil cas, avec d'excellents résultats, à l'enclavement de l'iris, pratiqué suivant la technique décrite par L. Weekers (3). Ces résultats ont été confirmés récemment par Kalt (1). Cet auteur a opéré, comme nous le faisons, 22 cas d'iridocyclite hypertensive. La tension oculaire a été normalisée définitivement dans 86 % des cas; l'acuité visuelle a été améliorée dans 60 % des cas.

Nous substituons, actuellement à l'enclavement de l'iris, la *cyclodiathermie non perforante*. (L. et R. Weekers, 6.)

Les résultats du traitement de l'uvéite hypertensive par la cyclodiathermie non perforante ont fait l'objet de deux publications de l'un d'entre nous (L. et R. Weekers, 7, 28). Depuis notre expérience s'est étendue et nos observations se sont multipliées. Actuellement, nous avons pratiqué la cyclodiathermie oculaire dans 24 cas d'uvéite compliquée d'hypertension oculaire. Dans 3 cas, la pupille était en séclusion. Comme nous nous y attendions, la cyclodiathermie n'a eu qu'un effet hypotenseur très court. Il est indispensable dans le cas de séclusion pupillaire de rétablir une communication entre les chambre postérieure et antérieure, de façon à rendre possible la circulation et l'élimination de l'humeur aqueuse. Ce résultat s'obtient par l'iridectomie ou par l'enclavement irien. Dans les 21 cas restants, les résultats de la cyclodiathermie non perforante ont été très satisfaisants. Il s'agissait 17 fois d'uvéite d'étiologie tuberculeuse, certaine ou probable; une fois, d'uvéite diabétique; une fois d'une maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, et 2 fois d'uvéite syphilitique et hérédosyphilitique, en un mot, d'uvéites chroniques malignes se compliquant d'un déséquilibre important et redoutable de l'ophtalmotonus.

Les résultats sont groupés dans le graphique ci-joint. Les tensions initiales avant la cyclodiathermie, varient de 30 à 55 mm. Hg. (une fois 75 mm. Hg. dans l'uvéite syphilitique). L'intervention détermine presque sans exception une chute immédiate et considérable de l'ophtalmotonus. Quinze jours après la cyclodiathermie, la tension oculaire est, dans la grande majorité des cas, inférieure à 25 mm. de Hg. L'hypotension

post-opératoire est en règle générale, suffisamment longue pour neutraliser la phase d'hypertension consécutive à l'uvéïte. Dans un seul cas, (il s'agit de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann) une récïdive de l'uvéïte compliquée d'une nouvelle hypertension a contraint, trois mois plus tard à répéter la cyclodiathermie. Celle-ci a été suivie d'une chute tensionnelle immédiate et durable. Si on tient compte de la gravité des uvéïtes traitées et de la malignité habituelle de l'hypertension qui en est la conséquence, il y a lieu d'être satisfait des résultats obtenus. C'est ce qui nous incite, actuellement, à pratiquer cette intervention, très précocement, en brûlant les étapes, sans même recourir préalablement à l'injection rétrobulbaire d'alcool.

Nous avons recours à la cyclodiathermie dans le but essentiel de remédier à l'hypertension oculaire qui menace gravement les fonctions visuelles. Il semble toutefois que la cyclodiathermie influe parfois favorablement sur le processus inflammatoire de l'uvéïte.

Cette intervention agit, en modifiant par l'intermédiaire du système nerveux, la vascularisation sanguine intra-oculaire et le régime de l'humeur aqueuse (L. et R. Weekers, J. Fréson, 9).

La cyclodiathermie présente divers avantages. Son emploi constitue une amélioration dans le traitement des uvéïtes hypertensives. Elle permet d'hypotoniser un œil sans ouvrir la sclérotique. Bien que son effet hypotenseur soit moindre que celui de l'enclavement irien, il est suffisant, en règle générale, pour neutraliser la phase d'hypertension et permettre la continuation des mydriatiques jusqu'à la guérison. L'intervention peut être dosée et appropriée à chaque cas. Il est possible s'il en est besoin, de la répéter.

BIBLIOGRAPHIE.

1. M. KALT. — *Bull. Soc. franç. Ophth.*, 1946, 59, 230.
2. A. MAGITOT, P. MORAX. — *Bull. Soc. Opht. Paris*, 1937, 617.
3. L. WEEKERS. — *Arch. d'Ophth.*, 1936, 53, 166.
4. L. WEEKERS. — *Ann. Oculist.*, 1939, 176, 81.
5. L. WEEKERS, P. JOIRIS, F. BONHOMME. — *Arch. d'Ophth.*, 1939, 3, 97.
6. L. WEEKERS, R. WEEKERS. — *Ophthalmologica*, 1942, 104, 1 et 1945, 109, 212.
Acta Ophthalmologica, 1946, 24, 1. *Ann. Oculist.*, 1947, 180, 10. *Bull. Soc. belge Ophth.*, 1945, 81, 50 et 1946, séance de décembre.
7. R. WEEKERS. — *Bull. Soc. franç. Ophth.*, 1947, mai.
8. L. et R. WEEKERS. — *Arch. of Ophth.* 1948 (sous presse)
9. L. et R. WEEKERS, J. FRESON. — *Bull. Soc. belge Ophth.*, 1948, février.