

CONFERENCIA CONMEMORATIVA IGNACIO BARRAQUER Y BARRAQUER

Por

EL PROFESOR LOUIS PAUFIQUE

(Lyon - France)

MES CHERS COLLEGUES,

Mesdames, Messieurs,

La médaille qui m'est attribuée aujourd'hui est dédiée à la mémoire du Pr Ignacio BARRAQUER y BARRAQUER et c'est un très grand honneur pour moi de la recevoir au cours de cette séance solennelle d'ouverture de l'Institut BARRAQUER d'Amérique.

J'étais un jeune Chef de Clinique lorsque j'ai visité pour la première fois, en 1931, la clinique de Barcelone. J'en conserve encore le souvenir et j'ai gardé depuis ce jour une profonde admiration pour ce grand maître de la chirurgie oculaire. Tous les ophtalmologistes savent qu'il fut un des premiers à défendre l'extraction-intracapsulaire systématique du cristallin et la technique qu'il avait imaginée avait répandu dans le monde entier la ventouse de BARRAQUER.

J'ai eu alors la révélation de ce que devait être la chirurgie oculaire moderne, par la rigueur absolue de l'asepsie, la précision des gestes, la qualité des instruments, des sutures et des pansements, et la stricte surveillance des suites opératoires.

Je lui en garde une grande reconnaissance car il m'a encouragé à me lancer dans la chirurgie oculaire à laquelle j'ai consacré la plus grande partie de ma vie.

Il m'a donné aussi une leçon de courage, car il a été pendant de nombreuses années beaucoup critiqué par tous ceux qui partout et toujours s'opposent au progrès. L'extraction totale du cristallin s'est imposée malgré tous les détracteurs, mais il a fallu beaucoup de temps. J'ai retenu qu'il était nécessaire dans la vie de se battre pour ses idées quand on les croit justes et que le succès récompense le plus souvent la persévérance.

Me voici donc devant vous, très honoré certes, mais aussi un peu anxieux, devenu un vieux Professeur, de me trouver devant tant de collègues, jeunes ou plus anciens, et conduit à me demander si j'ai bien mérité l'honneur qui m'est fait aujourd'hui.

LOUIS PAUFIQUE

J'ai consacré beaucoup de temps à la chirurgie oculaire et en cinquante années d'exercice, j'ai vu de tels changements qu'il m'a semblé que je pourrais peut-être vous intéresser en vous parlant de l'évolution des idées sur le décollement de la rétine et son traitement pendant un demi-siècle.

Comment les jeunes ophtalmologistes peuvent-ils imaginer ce qu'était l'ophtalmologie en 1924. Ils arrivent dans un monde enchanté où de merveilleux appareils conduisent à des diagnostics de plus en plus précis, les opérations sont bien réglées et permettent de s'attaquer aux cas les plus difficiles, grâce aux anesthésies parfaites, aux instruments qui coupent bien, au matériel de suture de plus en plus fin, aux antibiotiques et aux différentes hormones qui suppriment le plus souvent l'infection et les réactions inflammatoires.

Comment peuvent-ils imaginer qu'il y a cinquante ans l'infection était hélas bien fréquente, la chirurgie du cristallin, à peu de choses près, celle de DAVIEL, l'iridosclerectomie de LAGRANGE était à peine acceptée, la chirurgie du strabisme était le plus souvent une banale ténotomie, l'ablation du sac résumait la chirurgie des voies lacrymales, et enfin on abandonnait à leur triste sort les cécités cornéennes et le décollement de la rétine, réputés incurables.

J'ai donc choisi de vous parler du décollement de la rétine de 1924 à 1974, car c'est certainement le chapitre auquel j'ai consacré le plus de temps et auquel j'espère avoir apporté une contribution personnelle intéressante pour le traitement de cette maladie.

En 1924, j'étais interne à la Clinique Universitaire de Lyon et je me souviens avec tristesse de tous ces malades atteints de décollement de la rétine, à qui on refusait tout traitement. Tout en effet avait échoué, même dans les mains des plus grands maîtres, tels que VON GRAEFE, de WECKER, DEUTSCHMANN, PARINAUD, LAGRANGE, ELSCHNIG. Ce dernier, dont chacun connaissait les prouesses chirurgicales, était particulièrement défaitiste, puisqu'il était arrivé à la conclusion que "les décollements bénins guérissent sans traitement et que les décollements graves résistent à tout traitement". Et la plupart des ophtalmologistes dans le monde acceptaient encore la sentence du Pr GAYET, mon illustre prédécesseur à la Clinique Universitaire de Lyon, qui disait au début du siècle que "pour vouloir traiter un décollement de la rétine, il faut être un charlatan ou un fou".

Et cependant, en France, un homme avait décidé de lutter envers et contre tout, le Professeur Gilbert SOURDILLE, de Nantes, dont je suis heureux de saluer la mémoire, car son petit-fils le Docteur Philippe SOURDILLE est parmi nous aujourd'hui. Sa méthode consistait à faire de multiples microponctions de la sclère associées à des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure, et il obtenait des succès. C'est ainsi qu'il put montrer, à la Société d'Ophtalmologie de Paris en 1924, 8 malades traités par sa méthode et bien guéris. Certes les échecs étaient beaucoup plus nombreux que les succès, mais il maintenait l'espoir de trouver un jour un traitement de cette redoutable maladie et il me paraît bien naturel de lui rendre hommage aujourd'hui.

Cet espoir n'était pas vain, puisque dans les années qui suivirent un grand nom allait s'imposer, un des plus grands noms de l'histoire de l'ophtalmologie, celui du Pr GONIN, de Lausanne.

CONFERENCIA CONMEMORATIVA

Comme toujours, le génie est de voir ce que les autres ne voient pas. GONIN avait été chargé en 1904 d'écrire le chapitre du décollement de la rétine dans l'Encyclopédie française d'Ophtalmologie. Il avait étudié avec soin l'anatomie pathologique et les différentes théories pathogéniques: théorie de la distension de VON GRAEFE, théorie de la rétraction de LEBER, théorie de l'exsudation sous-rétinienne de l'Ecole Française avec SOURDILLE et MAGITOT. Sans doute avant GONIN, certains auteurs avaient donné une description précise du fond d'oeil, VON GRAEFE, avait le premier décrit les déchirures rétiniennes et on trouve déjà dans le traité de WECKER en 1868 de magnifiques dessins où sont parfaitement reproduites les différentes variétés de déchirures.

Mais l'immense mérite de GONIN, l'idée géniale fut de faire admettre que pour guérir le décollement de la rétine, il fallait fermer ces déchirures, oblitérer les trous par où se faisait le passage du liquide vers la choroïde ou le vitré et l'expérience lui a donné raison.

Qu'importe après tout qu'on puisse encore aujourd'hui discuter sur le mécanisme du décollement de la rétine. Si la théorie de la distension rétinienne est abandonnée, il reste des arguments égaux entre la théorie qui admet le rôle essentiel de la rétraction du vitré pour déchirer la rétine et celle qui admet l'existence de lésions chorio-rétiniennes susceptibles de provoquer une transudation de liquide sous la rétine et la rupture de celle-ci en un point faible.

Il est certain qu'il existe très souvent des altérations préalables du vitré, un décollement de celui-ci notamment chez les myopes et les sujets âgés et l'examen anatomopathologique et clinique montre bien ces brides attachées aux déchirures dans de nombreux cas, mais il est non moins certain qu'une rétine saine ne se détache pas facilement. D'ailleurs ces altérations du vitré sont très fréquentes à partir d'un certain âge et chez les myopes, et cependant le décollement de la rétine est relativement peu fréquent, malgré ces lésions trouvées lors des examens systématiques.

Par contre, les lésions chorio-rétiniennes observées à l'occasion du décollement sont extrêmement fréquentes, on pourrait presque dire qu'elles sont la règle, et on connaît bien maintenant les cicatrices de chorio-rétinite, les zones d'atrophie rétinienne, la rétinite palissadique qui constituent une prédisposition au décollement de la rétine.

Ces discussions offrent toutefois un **double intérêt**. La théorie de la rétraction vitréenne est un argument très utile en faveur des méthodes chirurgicales modernes d'indentation, et la théorie des lésions prédisposantes chorio-rétiniennes est à la base de la faveur de plus en plus grande dont jouit actuellement le traitement préventif du décollement, comme nous le verrons plus loin.

GONIN avait accepté les idées de LEBER sur le mécanisme de la rupture rétinienne par rétraction du vitré, mais la découverte essentielle fut de comprendre que par ces déchirures que tout ophtalmologiste pouvait voir, le passage des liquides interdisait la réapplication de la rétine et qu'il fallait à tout prix les fermer. Aussi bien, dès le début, il insista sur l'importance d'un examen clinique minutieux pour découvrir les déchirures et les repérer d'une manière précise.

LOUIS PAUFIQUE

"Le traitement du décollement de la rétine commence par l'ophtalmoscope", répétait sans se lasser le maître de Lausanne. Il faut ajouter aujourd'hui que la lampe à fente et le verre de Goldmann sont aussi indispensables.

Naturellement les idées de GONIN se heurtèrent aux oppositions habituelles et furent l'objet à partir de 1924 de discussions passionnées. Mais très vite un groupe de fidèles partisans se forma et dès 1929 autour de GONIN se réunirent ARRUGA, AMSLER, WEVE.

[Projection N° 1, 2]

[Voici une photographie historique. On voit le Pr GONIN, avec à sa droite le Pr AMSLER de Zurich et ARRUGA de Barcelone, et à sa gauche le Pr WEVE d'Utrecht, trois grands noms aussi de l'ophtalmologie du 20^e siècle.]

Je m'honore d'avoir été un des premiers disciples enthousiastes de GONIN auprès duquel j'étais allé étudier à Lausanne à cette époque.

L'homme était majestueux, un peu distant au premier abord, mais ses yeux étaient pleins de bonté et il avait un rayonnement extraordinaire auprès des malades à qui il communiquait sa foi dans la guérison.

AMSLER, qui devait succéder à son maître et devenir pour moi un grand ami, m'apprit sa méthode de repérage des déchirures pendant l'intervention. On marquait tout d'abord au limbe par un point à l'encre de chine ou au bleu de méthylène le méridien, on évaluait ensuite en millimètres la distance de la déchirure par rapport à l'ora serrata et sur un fil tendu radialement à partir du limbe sur le méridien repéré de la déchirure on marquait sur le sclère par un point à l'encre de chine la distance séparant la déchirure de l'ora serrata. La précision n'était pas toujours suffisante et surtout en cas de déchirures multiples, le procédé opératoire n'était pas facile à exécuter.

[Projection N° 3]

[Le méridien de la déchirure étant marqué par deux points au limbe, un fil de soie noire tendu sur la sclère dans cette direction indique la place calculée en millimètres de la déchirure par rapport à l'ora serrata.]

Venait alors le temps essentiel, la cautérisation de la zone suspecte par le Pr GONIN. Après incision prudente de la sclère, il était vraiment impressionnant de le voir plonger délibérément dans la sclère et le vitré la pointe rougie au feu d'un vieil instrument, très ancien, le thermocautère à alcool qu'il retirait aussitôt, laissant s'écouler le liquide sous rétinien et bien souvent un peu de vitré. L'opération était terminée par suture de la conjonctive et on immobilisait le malade en bonne position, la déchirure étant placée en position déclive.

Les succès étaient encore naturellement peu nombreux, mais nous étions sûrs désormais que l'idée directrice du traitement était bonne et qu'il restait à la perfectionner. C'est ce que firent les premiers adeptes de la méthode de GONIN et depuis lors je n'ai pas cessé personnellement de chercher le meilleur procédé opératoire du décollement de la rétine.

CONFERENCIA CONMEMORATIVA

C'est ainsi que VOGT et moi-même nous décidâmes de remplacer le thermo-cautère utilisé par GONIN par le galvanocautère, beaucoup plus maniable et moins dangereux et que je fis mon premier péché de jeunesse en ophtalmologie en décrivant une technique de cautérisations supra-choroïdiennes qui connut un certain succès pendant quelques années.

A partir de 1935 et jusqu'en 1950, un grand progrès fut réalisé grâce aux travaux du Pr WEVE d'Utrecht. Il décrivit une méthode de repérage des déchirures par transillumination beaucoup plus précise que celle d'AMSLER et qui est toujours utilisée actuellement.

En même temps il préconisa l'emploi systématique de la diathermie pour la cautérisation des déchirures. Dès lors on pouvait doser l'intensité des cautérisations, traiter facilement les déchirures multiples. Le nombre des succès augmenta très rapidement et jusqu'en 1950, la diathermie de surface et perforante fut la seule méthode employée dans le monde entier.

Le nombre des succès augmentait d'année en année, les idées de GONIN étaient admises par tous, mais il y avait encore trop d'échecs, inexplicables et il fallait imaginer d'autres procédés pour augmenter le pourcentage des réussites.

Une constatation importante s'imposait à la lecture des statistiques: le résultat était très différent suivant qu'il s'agissait de **bons cas**, ceux dont la rétine se réappliquait bien par le repos, et des **mauvais cas** où la rétine n'avait aucune tendance à se réappliquer par le repos, même prolongé. Pour ces derniers, la proportion de succès atteignait à peine 50%, alors qu'elle était de près de 90% dans l'autre. Il semblait donc bien que la rétraction du vitré, qu'elle soit la cause du décollement ou qu'elle soit secondaire, ne permettait pas à la rétine de rester au contact de la choroïde cautérisée, même après évacuation du liquide sous rétinen.

En 1950, nous eûmes la même idée, SHAPLAND et moi, d'imaginer une technique qui permettait de rapprocher la rétine de la choroïde à la fin de l'opération. Ce fut la **résection sclérale lamellaire** de PAUFTQUE et SHAPLAND qui connut tout de suite une grande faveur et qui est encore utilisée de nos jours dans un certain nombre de cas.

Introduite aux Etats Unis par BERLINER, SCHEPENS l'adopta et la perfectionna par l'implantation d'acrylique ou de silicone, et imagina ensuite la technique du cerclage, dont ARRUGA fut le défenseur le plus connu.

Pour ma part, j'ai utilisé rarement la technique du cerclage car j'estime que si le cerclage est très serré, il est dangereux pour le segment antérieur de l'oeil, et s'il est peu serré, il ne remplit pas le but que l'on s'est fixé. J'ai toujours réservé son emploi aux cas où il existe des déchirures sur toute la périphérie de la rétine. D'autre part, je suis convaincu qu'il vaut mieux utiliser seulement du matériel organique pour toutes les inclusions dans la paroi oculaire, car la tolérance est bien meilleure et l'infection post-opératoire beaucoup plus rare. A la clinique universitaire de Lyon, nous n'employons que la sclère, la dure mère, le fascia lata, traités par lyophyllisation, qui nous donnent toujours la plus grande satisfaction.

LOUIS PAUFIQUE

J'ai ainsi depuis 1960 mis au point la technique de la **poche sclérale lammelaire et la poche sclérale rapportée** dont le film qui va suivre vous montrera tous les détails. Cette technique a résisté à l'épreuve du temps et elle est toujours employée à la clinique universitaire de Lyon, bien que j'ai pris ma retraite depuis 5 ans. Ce test a bien sa valeur, et j'ajoute que si j'avais un jour un décollement de la rétine, je demanderais à mon ami le Docteur CHARLEUX de m'opérer suivant cette technique.

COMMENTAIRES DU FILM

1° La poche simple intra-sclérale

Nous allons essayer de démontrer que la poche intra-sclérale semble résoudre les problèmes posés de profondeur et de surface d'indentation.

La pointe et les cornes de la déchirure sont repérées avec précision. Un volet quadrangulaire est dessiné englobant largement la surface de la déchirure. Il est taillé d'avant en arrière suivant un plan de clivage que l'on trouve toujours facilement et peut être mené aussi loin en arrière qu'il est désirable, même pour des déchirures très postérieures ou très grandes. Le volet étant relevé, on applique une diathermie qui doit être douce car elle ne traverse qu'une mince couche de sclère, elle est donc vite intense et homogène. On voit très bien sur la coupe que la diathermie est insuffisante, la distance marquée par la flèche de gauche étant supérieure à la saillie choroidienne due à la diathermie. Il reste à combler la distance indiquée par la flèche de droite. On suture alors par un double surjet les bords latéraux du volet et on obtient une poche. On insère dans cette poche de longs rubans de fascia lata humain stérile et lyophilisé à l'aide d'une pince sans griffe. La poche est complètement remplie. Les rubans provoquent un gonflement régulier et donnent une saillie maximum par répartition de leur pression réglable à volonté. On complète la fermeture de la poche en continuant la suture.

La coupe montre bien que la saillie est régulièrement arrondie en pente douce, la surface a été établie suivant celle de la déchirure. Le contact est établi entre la choroïde diathermée et la rétine décollée.

Le premier oeil à opérer présente un décollement de rétine total datant de plus d'un mois, et dont le point de départ est constitué par deux déchirures temporales inférieure et équatoriale sur les méridiens de 7H et de 8H.

L'incision limbique de la conjonctive se révèle être une excellente voie d'abord dans le décollement de la rétine. Elle est utilement complétée par les incisions de décharge radiales. Le muscle droit inférieur doit être provisoirement désinséré afin de permettre une bonne exposition de la sclérotique où se projettent les déchirures rétiniques.

Le muscle droit interne est chargé sur un fil tracteur.

Le repérage des déchirures est un temps essentiel auquel il faut apporter beaucoup de soin et de précision. L'avenir de l'oeil peu en dépendre. L'aide marque

CONFERENCIA CONMEMORATIVA

la pointe et les racines de chaque déchirure au niveau de leur projection diaphanoscopique sclérale. C'est autour de ces points de repère que l'on dessinera le contour du volet scléral lamellaire de façon à les circonscrire largement tant en distance horaire qu'en distance limbique.

Les projections sclérales de la pointe et des cornes des deux déchirures peuvent être marquées par des points de tatouage à l'encre de chine. La pointe du couteau va tracer le contour du volet scléral lamellaire. Le bord inférieur est incisé le premier et donnera la longueur de la future poche; les bords latéraux sont ensuite dessinés, poursuivis en arrière aussi loin qu'il est désirable pour inclure entièrement les déchirures. L'incision n'intéresse que les couches superficielles de la sclérotique, la profondeur est adaptée à l'épaisseur locale variable de cette membrane.

Le clivage du volet scléral lamellaire est amorcé. Tandis qu'une pince à griffe tient la sclère tendue, un scarificateur de Desmarres clive progressivement la sclérotique. On trouve toujours facilement un plan de clivage. Sous les muscles la membrane est mince et parfois on découvre la choroïde. Le clivage n'est terminé que lorsqu'il dépasse largement les marques de repérage. La surface ainsi mise à nu recouvre la surface des deux déchirures sous-jacentes.

Sur le plancher du volet scléral, on applique une diathermie douce et régulière ou une cryocoagulation. Un contrôle ophtalmoscopique rapide permet de juger de son efficacité. La diathermie choroïdienne terminée, on rabat le volet scléral et on le suture à l'aide d'un surjet le long de ses deux bords parallèles en utilisant un fil 5/00.

Lorsque le second bord est fermé, on interrompt provisoirement la suture en laissant ouvert le bord antérieur parallèle au limbe. Ainsi se trouve réalisée une poche intra-sclérale ouverte en avant.

Le ruban de fascia lata lyophilisé a été réhydraté; on le déroule. Tandis qu'une pince à griffe tient la poche ouverte, une pince sans griffe introduit progressivement le ruban de fascia lata dans la poche à la façon d'un méchage en commençant par le fond. La longueur du ruban introduit conditionne la saillie de l'indentation choroïdienne qui est contrôlable par l'examen ophtalmoscopique. Une fois la poche remplie, elle est définitivement, fermée en poursuivant les deux sutures en surjet qui se rejoignent et sont nouées l'une à l'autre.

Dans la plupart des cas, une ponction du liquide sous rétinien est inutile. En cas de nécessité, l'évacuation du liquide sous rétinien aide à la réapplication; mais parfois l'hypotonie oculaire devient telle qu'une injection de vitré lyophilisé est souhaitable.

La poudre de vitré est dissoute dans 2 cc. d'eau distillée tiédie. Le vitré est injecté à travers les insertions d'un muscle éloigné des déchirures, à l'aide d'une très fine aiguille, jusqu'à l'obtention d'une hypertonie modérée. L'intervention est pratiquement terminée. Le muscle droit inférieur sera réinséré et la conjonctive fermée.

Une rétinographie post-opératoire nous montre les deux orifices rétiens presque côte à côte, coagulés dans la même poche. La saillie intra-oculaire assure le contact choroïde-rétine. Le champ rétinien est désormais à sec.

LOUIS PAUFIQUE

La technique du volet scléral lamellaire s'adapte à toutes les formes et à toutes les localisations de déchirures, unique ou multiples: Celle-ci siège sous le droit externe, elle est équatoriale. Les désinsertions aussi étendues soient-elles, peuvent être incluses dans une poche.

Les déchirures se projetant dans les insertions du grand oblique sont facilement atteintes et le muscle n'a pas à être désinséré, il reste fixé sur le volet et reprend sa place après fermeture de la poche. De même pour les déchirures très postérieures sous les insertions du muscle petit oblique, par exemple, en cas de déchirures multiples et proches les unes des autres, une grande poche, même hémi-circulaire, est réalisable. Bref, toutes les combinaisons sont possibles, réalisées à la demande et sur mesure. Le matériel d'inclusion biologique est remarquablement bien toléré.

Le deuxième décollement de rétine est sous la dépendance de nombreux orifices. Il est décidé de pratiquer deux poches intrasclérales, l'une petite sur la déchirure de 8H, l'autre très longue, englobera les orifices de 10H 30 à 4H 30.

Dans un premier temps, on s'occupera de la déchirure nasale inférieure unique. Après repérage, un volet scléral lamellaire est dessiné puis clivé progressivement, à la distance voulue. Le volet est terminé il découvre un lit scléral dans lequel se projette entièrement la déchirure. Le reste de l'intervention sera conduit selon la technique décrite: diathermie, introduction du fascia lata et sutures. Dans un second temps, nous allons réaliser une très longue poche s'étendant du méridien de 10H 30 à 4H 30, soit une hémi-circonférence qui contient un groupe de déchirures de diverses tailles et situées au voisinage les unes des autres. La longueur du volet oblige à le diviser provisoirement en deux parties. Après diathermie contrôlée, les deux hémivolets sont suturés l'un à l'autre, les bords latéraux munis de deux surjets courant l'un vers l'autre et noués après remplissage par des rubans de fascia lata.

Enfin d'intervention, la coque sclérale est parfaitement reconstituée. Il reste à réinsérer les muscles et la conjonctive. Aucune ponction du liquide sous rétinien n'a été faite. En fin d'intervention, l'ensemble des déchirures, des petites perforations et des zones de dégénérescence palissadique ouvertes, est englobé dans l'indentation choroidienne venue au contact de la rétine. La saillie intra-oculaire est largement suffisante, non seulement en profondeur mais aussi en surface.

2° La poche supra-sclérale rapportée

La poche supra-sclérale rapportée est indiquée lorsque l'état de la sclérotique ne permet pas de réaliser une poche simple, ce qui est le cas dans la plupart des ré-interventions ou lorsque la sclère est peu épaisse.

Ici, une diathermie transclérale a laissé échapper les extrémités de la déchirure supérieure et ignoré un orifice plus petit au dessous. Un nouveau repérage plus précis, permet de placer de nouvelles cautérisations qui encerclent correctement toutes les déchirures. Un volet quadrangulaire de sclère humaine conservée est taillé sur mesure et son bord postérieur suturé en premier à l'aide de ponts en U. Puis les bords latéraux sont suturés. Ainsi se trouve réalisée une poche supra-sclérale rapportée que l'on remplit à l'aide de rubans de fascia lata lyophilisé.

CONFERENCIA CONMEMORATIVA

Enfin le dernier bord est fermé. La coupe à gauche montre l'intervention terminée. Le volet que l'on aura soin de bien tendre également enfonce les rubans de fascia lata tassés à la manière d'une mèche. On obtient alors une indentation choroïdienne tout à fait comparable à celle de la poche intra-sclérale simple. C'est ce que montre ce double schéma. A gauche, la coupe de la poche intra-sclérale simple; à droite, la coupe de la poche supra-sclérale rapportée. Dans les deux cas, on obtient une saillie choroïdienne large et profonde.

Ce décollement de la rétine chez un aphake a été opéré par diathermie simple étendue de 9H à 3H. Un orifice à 3H est resté ouvert. Une poche supra-sclérale est nécessaire, car la sclère n'est plus clivable. Après une dissection et un épiluchage souvent bien long et pénible, on découvre la sclère anciennement cautérisée dont la fragilité est évidente. Il n'est pas possible de la cliver. Aussi applique-t-on, après repérage de l'orifice, une nouvelle diathermie transclérale bien placée.

Ex-temporément, une coque sclérale humaine lyophilisée est réhydratée quelques minutes dans un bain de sérum physiologique tiédi. On découpe un volet quadrangulaire dans cette sclérotique; la longueur et la largeur sont adaptés aux cas particuliers. Ce rectangle est alors suturé en place de telle façon que l'orifice rétinien se projette en son centre. Le bord postérieur est fixé en premier à l'aide de points en U; les sutures dont le nombre varie suivant la longueur du volet, sont facilement placées, même très en arrière comme c'est souvent le cas. Les bords latéraux sont ensuite suturés par points séparés.

On a donc réalisé une poche plaquée dans laquelle il sera facile d'introduire les rubans de fascia lata, de la même façon que dans la poche sclérale simple.

Une indentation scléro-choroïdienne comparable permet le contact choroïde-rétine. Le bord antérieur est finalement suturé par points séparés. Le volet doit être bien tendu et plaqué contre la paroi afin d'éviter une saillie externe. Le globe est ainsi reconstitué à l'aide d'éléments d'origine humaine parfaitement tolérés. L'intervention est terminée. Il suffit de fermer les plans superficiels.

A l'examen post-opératoire, la poche supra-sclérale rapportée donne le même aspect ophtalmoscopique que les interventions intra-sclérales: large et profonde indentation, contact rétinien sûr. Dans les deux cas, le vieillissement des cautérisations donne l'aspect tigré caractéristique, atrophique et pigmenté, peu ou pas saillant, signant la guérison.

Cette technique de chirurgie intra-sclérale du décollement de rétine permet donc d'atteindre les déchirures les plus étendues, les plus postérieures et les plus éloignées du plan choroïdien. L'importance et la surface de l'indentation choroïdienne s'adaptent avec aisance aux formes les plus délicates. C'est la garantie de plus nombreuses chances de succès.

Vous venez de voir la technique de ces deux variétés de poches sclérales.

Je tiens à insister en dehors du côté technique sur les cinq avantages essentiels de ces opérations:

LOUIS PAUFIQUE

Le **premier** est l'emploi exclusif de matériel organique pour l'indentation, sclère, fascia lata, vitré lyophilisé, dont la tolérance même à longue échéance, est absolument remarquable. J'insiste beaucoup sur ce point.

Le **deuxième** est l'importance de la saillie choroïdienne qui est amenée réellement au contact de la rétine et peut ainsi persister pendant longtemps, souvent plusieurs mois, pendant que se forment les cicatrices chorio-rétiniennes qui seront bien solides lorsque peu à peu la poche qui simule une véritable tumeur choroïdienne, s'affaissera progressivement jusqu'à laisser une zone cicatricielle plus ou moins étendue.

[Projections N° 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]

[Les premières photos montrent bien la saillie considérable que réalise la poche sclérale à la fin de l'intervention.

Les autres montrent les résultats éloignés de la cicatrisation qui n'a jamais l'aspect d'atrophie blanche de la choroïde.]

Le **troisième** avantage est que cette méthode permet de faire des cautérisations plus légères qu'autrefois, soit qu'on utilise la diathermie, soit la cryocoagulation. Cette dernière méthode a été déjà étudiée autrefois en 1935 par DOLLFUS et BIETTI, mais les perfectionnements des appareils qui l'ont rendue aujourd'hui très pratique et très efficace expliquent la grande faveur dont elle bénéficie aujourd'hui. L'indentation considérable permet l'adhérence rapide des membranes oculaires et il n'est plus nécessaire d'utiliser des cautérisations aussi fortes qu'autrefois. L'examen du fond d'oeil ne montre plus ces larges plaques blanc nacré d'atrophie choroïdienne, comme dans les opérations anciennes, mais au contraire des cicatrices jaunâtres, un peu pigmentées, et il est sûr aussi qu'on observe moins de réactions à distance, au niveau du pôle postérieur, qui étaient souvent une mauvaise surprise des suites opératoires.

Le **quatrième** avantage de ces méthodes d'indentation est qu'elles permettent le **lever précoce**, le plus souvent le lendemain ou le surlendemain. C'est un avantage inappréciable pour les malades, surtout les plus âgés, si l'on songe qu'il y a peu d'années encore, on immobilisait les malades au lit pendant le plus souvent 10 ou 15 jours, sinon davantage.

Enfin, il faut souligner aussi que cette technique d'indentation permet dans la plupart des cas d'éviter une ponction du liquide sous rétinien. Si l'on constate que l'accolement de la rétine est réalisé sur la poche choroïdo-sclérale, la ponction est inutile, car le liquide se résorbe très rapidement après l'opération. CUSTODIS qui avait imaginé la méthode du "plombage" pour l'indentation a été le premier à insister sur l'importance de ce point de technique, d'éviter le plus possible la ponction du liquide sous rétinien.

Je ne prétends pas que d'autres techniques ne puissent pas être employées dans le traitement du décollement de la rétine, si elles donnent les mêmes succès que

CONFERENCIA CONMEMORATIVA

celles que j'ai exposées. Mais je suis venu ici non seulement pour témoigner de la longue période qui a abouti à doter l'ophtalmologie de moyens efficaces de guérison, mais aussi pour rappeler ma propre contribution à ces progrès.

Il reste que le combat n'est pas terminé et qu'il y a malheureusement encore des causes d'échec. Certains décollements encore ne peuvent pas être guéris pour de multiples raisons: la négligence qui amène trop tard les malades, l'âge trop avancé, les contreindications dues à une mauvaise santé, des déchirures trop grandes ou trop nombreuses, une réaction inflammatoire trop forte dans certaines formes ou une complication hémorragique post-opératoire.

C'est pourquoi je voudrais avant de terminer discuter l'intérêt du **traitement préventif** du décollement de la rétine.

Les grands progrès réalisés dans ce chapitre sont essentiellement dûs au Pr MEYER-SCHWICKERATH d'Essen qui a inventé et si bien mis au point la **photocoagulation rétinienne**.

Avant lui naturellement le traitement préventif était réalisé par galvano-cautérisations ou diathermo-coagulations des lésions supposées dangereuses. Mais on était obligé de faire des coagulations trop étendues sans repérage bien précis et les résultats étaient très discutables, comme l'ont montré les statistiques publiées au Congrès International de Bruxelles en 1958.

C'est seulement grâce au photocoagulateur qu'on a pu réaliser un traitement préventif rationnel, précis et comportant le minimum de risques.

Depuis la méthode s'est améliorée grâce à l'apparition du Lasser à l'argon qui est vraiment un merveilleux instrument pour la photocoagulation en quelque sorte microscopique des lésions rétinienne.

Il faut d'ailleurs bien distinguer du traitement préventif ce que je continue à appeler le **traitement précoce** du décollement de la rétine. Lorsqu'un sujet accuse des phosphènes en secteur dans le champ visuel, ou un trouble brusque du vitré et que l'examen dès qu'il est possible montre une ou plusieurs déchirures, entourées souvent d'un léger halo oedémateux ou de fines hémorragies, c'est un décollement qui menace et a les plus grandes chances de survenir dans les jours qui suivent. Il n'y a aucune hésitation à avoir, il faut le plus tôt possible traiter ces lésions par photocoagulation avant l'apparition du liquide sous rétinien. C'est un traitement précoce et non pas un traitement préventif.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de décider par l'examen du fond d'oeil si les lésions que l'on constate sont justiciables d'un traitement réellement, préventif, puisque, si l'apparition future d'un décollement est à envisager, il n'est pas possible de l'affirmer. Il n'y a donc plus de caractère d'urgence à la décision.

Tout le monde s'accorde pour admettre que les lésions considérées comme dangereuses sont multiples.

LOUIS PAUFIQUE

1° **Les déchirures vraies**, sans signes fonctionnels. Mais il faut se garder d'assimiler aux déchirures les pseudo-trous si souvent observés à la périphérie, qui n'intéressent que les couches superficielles de la rétine et s'observent chez 5 à 6% des sujets et ne donnent souvent pas de complications, comme l'ont montré TENG, KATZIN, OKUN et BYER. Il faut surveiller ces lésions, mais non pas les coaguler systématiquement.

2° **les dégénérescences rétinienne**s, surtout la dégénérescence palissadique, le givre, les zones de pigmentation légèrement oedémateuses, le rétinosischisis.

Quand doit-on poser l'indication formelle du traitement préventif en présence de ces lésions dégénératives?

S'il y a une déchirure vraie, même sans signe fonctionnel, tout le monde est d'accord, il faut exclure cette zone dangereuse par photocoagulation.

Mais pour les autres variétés que nous venons de signaler, il faut être plus nuancé. Sinon on s'expose à étendre exagérément les indications du traitement préventif et, comme on l'a dit, à avoir à traiter 5% de la population du globe.

A la clinique de Lyon, avec le Dr CHARLEUX, nous admettons les indications suivantes dans ces cas:

1° En cas de décollement de la rétine, il faut, après avoir traité la zone décollée, vérifier tout le fond d'oeil et photocoaguler toutes les lésions suspectes de cet oeil soit au cours de l'intervention, soit dans les jours suivants.

Si un oeil a eu un décollement de la rétine, guéri ou non, il faut toujours chercher et traiter les lésions suspectes de l'oeil opposé, par l'examen systématique au verre de GOLDMANN. C'est une faute grave, je n'hésite pas à l'affirmer, de ne pas faire un examen très minutieux de l'oeil opposé en cas de décollement de la rétine et de ne pas exclure rigoureusement les lésions suspectes par photocoagulation.

2° De même s'il y a des antécédents familiaux de décollement de la rétine.

3° En cas de traumatisme accidentel ou opératoire, surtout s'il y a eu issue de vitré, la sagesse consiste à coaguler préventivement les dégénérescences observées à l'examen systématique.

4° De même le fond d'oeil des aphaques doit être bien surveillé et soumis au traitement préventif, si on observe des lésions suspectes.

5° Egalement dans la myopie forte, surtout chez les jeunes sujets, à partir de 10 dioptries, si on constate des lésions dégénératives, il faut faire un traitement préventif et chez les jeunes myopes atteints de myopie de 15 à 20 dioptries, on est parfois conduit à faire une coagulation circulaire de la périphérie rétinienne, en plusieurs séances, avec un intervalle de deux mois pour chacune, surtout s'il y a eu une large déchirure ou une inversion rétinienne du côté opposé.

CONFERENCIA CONMEMORATIVA

[Projections N° 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20]

[Les photos montrent différentes possibilités du traitement préventif avec le Laser.

Les deux premières (11-12) montrent la photocoagulation d'une déchirure vraie sans décollement.

Les trois suivantes (13-14-15) également.

Pour les trois suivantes (16-17-18), il s'agit de lésions palissadiques 15- avant, 16- après photocoagulation, 17- des coagulations le long des bords de la lésion palissadique.

Enfin (18-19) dans ce cas, on a fait une poche sclérale et sur le même oeil une photocoagulation d'une déchirure en un autre point du fond d'oeil.]

Il ne s'agit bien sûr que d'un schéma thérapeutique. Chaque cas doit être apprécié, mais s'il y a un doute, il vaut mieux faire un traitement préventif. Je ne saurais trop insister sur la nécessité d'un examen méthodique non seulement à l'ophtalmoscope comme le disait GONIN, mais aujourd'hui, il faut le dire et le redire, à la lampe à fente avec le verre de GOLDMANN. C'est la condition indispensable du progrès dans le traitement du décollement de la rétine.

L'expérience de MEYER-SCHWICKERATH et celle plus récente du Laser à l'argon montrent que les dangers de la méthode sont rares et en tout cas que le bénéfice est sans aucun doute très positif. On devrait pouvoir dire que dans l'avenir le nombre des aveugles par décollement de la rétine sera très réduit si l'on veut bien observer les règles de traitement que nous avons indiquées.

Je vais donc terminer sur ces paroles d'espoir, mais je suis tenté d'ajouter encore quelques réflexions sur l'avenir de l'ophtalmologie.

Certes le prestige de la chirurgie oculaire est de plus en plus grand et c'est toujours impressionnant pour le public de constater la guérison d'un malade à la suite d'une intervention. J'ai consacré beaucoup de temps à la chirurgie et elle m'a donné beaucoup de satisfactions et souvent de très grandes émotions. Mais je tiens à dire aussi, surtout à nos jeunes collègues, qu'il ne faut pas négliger l'ophtalmologie médicale.

Croyez-vous qu'il n'est pas aussi important, par un examen bien conduit, de faire le diagnostic de syphilis ou de tuberculose oculaire, de repérer un diabète ou un pré-diabète en observant de fines hémorragies rétinienne, de découvrir une tumeur cérébrale, de dépister une hypertension artérielle, une maladie du sang, une obstruction carotidienne. Je pourrais ajouter bien d'autres exemples, pour montrer l'intérêt de la partie médicale de notre art et la nécessité d'avoir une bonne culture médicale.

C'est l'heureux mélange de la chirurgie, de la médecine et de l'optique qui fait l'intérêt passionnant de notre spécialité.

LOUIS FAUFIQUE

Et je termine en évoquant la règle d'or du médecin:

"Ne jamais prescrire un traitement qui ne serait pas celui qu'on voudrait pour soi-même et chercher toujours à obtenir le maximum de succès avec le minimum de risques".

SUMMARY

After a few words of thanks for being awarded the Ignacio Barraquer y Barraquer gold medal, and of recalling his friendship with Prof. Barraquer, he makes a brief historical recount of the evolution of retinal detachment treatment and then describes the techniques introduced by him in 1960, known as Lamellar Scleral and Supraescleral Pocket by Apposition.

He emphasizes the following advantages of these techniques: good choroideal protrusion, exclusive use of organic material, gentle cauterization, early ambulation, unfrequent choroideal pucture. He ends by stating the importance of preventive treatment of degenerative retinal diseases, indicating those cases in which there is a formal need of it.

F. S.