

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

MÉMOIRES ORIGINAUX

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔPITAL
MILITAIRE PRINCIPAL DE LISBONNE.
Novembre 1950.

Thérapeutique oculaire par la « cortisone » en applications locales.

Par MM.

Henrique MOUTINHO et L. Pinto BASTO

(Lisbonne).

L'écho de la communication de Hench et de ses collaborateurs à la Clinique Mayo sur les premiers résultats du traitement de l'arthrite rhumatoïde par la cortisone, a éveillé un intérêt général pour cette hormone et suscité un grand nombre de travaux sur les possibilités de son application dans les affections les plus diverses.

En réalité, en dehors de l'insuffisance surrénale, pour laquelle on avait prévu son action spécifique, la cortisone a été expérimentée, avec succès également, dans les maladies qui pouvaient avoir quelque rapport avec l'arthrite rhumatoïde, comme celles qui sont groupées sous la désignation commune de *Maladie du Collagène*. On a constaté ainsi que son champ d'utilisation thérapeutique était beaucoup plus vaste qu'on aurait pu le supposer. Des tentatives thérapeutiques ultérieures ont prouvé que les maladies typiquement allergiques, comme l'asthme et le rhume des foins, étaient particulièrement sensibles à la cortisone.

L'application de la cortisone dans les affections inflammatoires des yeux a été naturellement suggérée pour plusieurs raisons :

1° Quelques-unes de ces affections peuvent se traiter, avec plus ou moins d'efficacité, par un choc protéique et par d'autres chocs thérapeutiques, dont on sait aujourd'hui qu'ils ont une action stimulante sur le cortex surrénal.

2° Le mésenchyme (siège de la réaction de dégénérescence du collagène) est le type tissulaire le plus atteint dans les maladies des yeux.

ARCH. OPHT., N. S., t. 11, N° 3, 1951.

3° Les affections ophtalmiques inflammatoires (surtout celles des structures intra-oculaires) sont dues à des réactions allergiques plus souvent qu'à la localisation de germes.

Dans cet ordre d'idées, nous connaissons déjà plusieurs travaux signalant les effets les plus remarquables obtenus par l'A. C. T. H. et la cortisone dans un certain nombre d'affections oculaires internes et externes.

Immédiatement se pose la question de savoir si la cortisone, directement appliquée sur l'œil, pourra exercer une action favorable sur le processus inflammatoire.

On sait que l'A. C. T. H. excite, dans le cortex surrénal, la production de cortisone. Il est vraisemblable que celle-ci exerce périphériquement son action, étant donné que les effets obtenus par l'application parentérale de ces deux hormones mènent à des résultats thérapeutiques analogues.

L'application locale de cortisone (collyre et injections sous-conjonctivales) est efficace, l'expérience clinique, si restreinte qu'elle soit encore, l'a déjà démontré, et présente des avantages extraordinaires :

1° Les doses nécessaires sont fort réduites, ce qui rend le traitement économique.

2° On évite toutes les complications générales et les actions secondaires qui peuvent, comme nous le savons, prendre un aspect assez grave.

3° Le séjour en clinique n'est plus nécessaire et le traitement peut être appliqué à tout le monde, sans tenir compte des états d'hypertension, de l'existence de néphropathies ou d'endocrinopathies, etc.

Les injections sous-conjonctivales de cortisone ont été essayées sur l'animal par Johns et Mayer et appliquées en clinique. C'est une technique d'administration que nous avons commencé à utiliser dans nos premiers cas, parce qu'il nous a semblé que l'action de la drogue doit être plus intense par cette voie et qu'elle aura plus de chances d'agir sur le segment postérieur de l'œil. Nous avons toujours fait une seule injection quotidienne de 0,1 cm³ de la suspension d'acétate de cortisone du commerce (25 mg/cm³). Le collyre utilisé a toujours été obtenu par le mélange de cette même suspension avec du sérum physiologique dans la proportion de 1 p. 4.

Nous présentons dans ce travail notre première série, constituée par 30 cas dont nous résumerons les histoires cliniques; il s'agit de 8 cas de conjonctivite, 5 de sclérite et scléro-kératite, 2 d'iritis et 15 d'uvéite.

CONJONCTIVITES

Antonio, 33 ans. — Conjonctivite de type allergique depuis 8 ans, avec poussées prolongées et rebelles, fort préjudiciables à son activité professionnelle. Exacerbation récente avec épisclérite O. D. Collyre de cortisone. Guérison complète en 48 h. Le malade déclare qu'il ne s'est jamais senti aussi bien.

Orlando, 20 ans. — Conjonctivite printanière bulbaire et palpébrale, exacerbée depuis 4 mois au point d'empêcher l'activité professionnelle. Collyre de cortisone pendant 3 jours. Il ne subsiste que de légères rugosités des conjonctives palpébrales, le malade reprend son activité sans se plaindre. Au bout de 10 jours les symptômes subjectifs réapparaissent et s'accroissent peu à peu. Ils cèdent rapidement à une nouvelle application de collyre.

Antonio, 10 ans. — Conjonctivite printanière depuis 4 mois sans rémission. Gué-

trout celles des struc-
tues plus souvent qu'à

sieurs travaux signa-
C. T. H. et la cor-
internes et externes.
la cortisone, directe-
favorable sur le pro-

rénal, la production
ce périphériquement
lication parentérique
eutiques analogues.
ctions sous-conjonc-
e qu'elle soit encore,
linaires :

i rend le traitement

t les actions secon-
aspect assez grave.
traitement peut être
s d'hypertension, de
etc.

té essayées sur l'ani-
C'est une technique
dans nos premiers
ogue doit être plus
l'agir sur le segment
ule injection quoti-
isone du commerce
par le mélange de
dans la proportion

rie, constituée par
s'agit de 8 cas de
et 15 d'uvéite.

8 ans, avec poussées
professionnelle. Exacer-
guérison complète en

palpébrale, exacerbée
Collyre de cortisone-
jonctives palpébrales,
jours les symptômes
at rapidement à une

sans rémission. Gué-

risson après 4 jours de collyre de cortisone. Il présente seulement une légère folliculose conjonctivale.

Fernando, 71 ans. — Conjonctivite de type allergique depuis 2 mois, qui ne cède à aucune thérapeutique. Collyre de cortisone pendant 3 jours, pratiquement guéri.

Antonio, 16 ans. — Conjonctivite printanière typique depuis 9 ans avec exacerbations estivales, la dernière subsistant avec prurit et photophobie intenses. Collyre de cortisone pendant 3 jours. Les phénomènes subjectifs disparaissent et l'hypérémie et la sécrétion diminuent.

José, 8 ans. — Kérato-conjonctivite phlycténulaire bilatérale, guérie après 2 mois de thérapeutique intense. Nouvelle poussée depuis 8 jours avec lésions vasculaires de la cornée. On commence le collyre de cortisone toutes les 2 heures. Guérison complète au bout de 6 jours.

Daniel, 22 ans. — Depuis 3 semaines sous-conjonctivite O. D., de caractère allergique, rebelle à tous les traitements qui lui ont été appliqués. Collyre de cortisone toutes les 2 h. Complètement guéri le 5^e jour.

Francisco, 38 ans. — Conjonctivite allergique. Évolution par poussées prolongées pendant 3 ans et demi. Sorti du Portugal (Açores, Cap Vert, Angleterre) il n'a jamais eu d'inflammation. Rechute récente. Collyre concentré de cortisone 4 fois par jour. Il est guéri en 24 h.

SCLÉRITES ET SCLÉRO-KÉRATITES

Manuel, 67 ans. — Épisclérite diffuse O. G. rebelle à tous les traitements pendant 5 mois. Collyre de cortisone. En 40 h, les symptômes subjectifs disparaissent et il ne reste des symptômes objectifs qu'une légère hyperémie. 2 semaines plus tard, rechute modérée qui cède rapidement à une nouvelle application de collyre.

Ilda, 40 ans. — Sclérite localisée intense O. D. soignée sans effet pendant 2 mois. Collyre de cortisone pendant 3 jours; elle cesse de se plaindre, seule subsiste une légère vaso-dilatation locale, qui disparaît au bout de 5 jours.

Ludovina, 55 ans. — Suivant depuis 10 mois divers traitements qui n'ont donné aucun résultat. Nous constatons une scléro-kératite O. G. et de fortes synéchies postérieures. V. O. G. + 1d. = d. 4 m. Collyre de cortisone pendant 3 jours. La cornée de l'O. G. devient transparente, les synéchies disparaissent, l'état inflammatoire est atténué. V. O. G. + 1 = 5/20.

Emilia, 60 ans. — Histoire d'un an d'uvéite bilatérale, manifeste une scléro-kérato-iritis typique O. G. V = d. 0,5 m. Une injection sous-conjonctivale et collyre de cortisone pendant 3 jours. Régression considérable des symptômes inflammatoires, les synéchies persistent et le vitré reste trouble, V = d. 2 m.

Maria, 62 ans. — Violents maux de tête depuis 15 jours, vomissements fréquents, nausée permanente et malaise général. Vient faire examiner le fond des yeux. L'examen décelé une épisclérite diffuse O. D. G., une sensibilité ciliaire extraordinaire et une photophobie intense entravent l'examen des fonds qui paraissent normaux. On prescrit, pour faciliter un examen postérieur, un collyre de cortisone toutes les 3 h. La malade revient 5 jours plus tard complètement guérie : bonne humeur, bon état général, elle n'a plus eu de maux de tête ni de vomissements, globes oculaires d'aspect normal sans photophobie ni douleur à la palpation, fond de l'œil normal.

IRITIS

Antonio, 47 ans. — Pyorrhée alvéolaire. Iritis O. D. avec douleur et congestion ciliaire, synéchies, humeur aqueuse trouble, V = 0,4. Maladie évoluant depuis 3 jours. 2 injections sous-conjonctivales de cortisone. Guérison complète en 48 h. V = 1.

Muria Rosa, 38 ans. — Antécédents tuberculeux et granulomes dentaires traités. Iritis plastique O. D. vigoureusement traitée pendant 2 semaines. Réaction ciliaire modérée, synéchies, humeur aqueuse trouble, $V = 0,4$. 2 injections de cortisone. Guérison complète en 48 h. $V = 1$.

UVÉITES

Constança, 16 ans. — Maladie datant de plus de 2 mois, vigoureusement traitée. Recherches étiologiques très complètes sans résultat. V. O. G. = formes des objets proches. 2 injections sous-conjonctivales de cortisone, en 48 h $V = 0,2$. Collyre de cortisone pendant 12 jours et injections sous-conjonctivales tous les 3 jours. Guérison, vision normale. Après 1 mois de suspension de traitement il se produit une nouvelle poussée, l'humeur vitrée est trouble, $V = d. 2 m$. On recommence le même traitement et les symptômes disparaissent en 3 semaines.

Idalina, 45 ans. — O. D. aveugle depuis l'enfance par suite d'un traumatisme. Récemment contusion O. D. suivie d'une douleur intense, d'une forte réaction et d'atrophie progressive. 3 semaines plus tard, baisse progressive de la vision O. G. 3 semaines encore et l'examen donne : V. O. D. = 0, V. O. G. = d. 0,5. Ophtalmie sympathique typique, l'examen histologique de l'œil sympathisant, immédiatement énucléé, prouvant un « processus inflammatoire granulomateux en partie tuberculoïde et cicatrisant de toute l'uvée ayant l'aspect que présente d'habitude l'ophtalmie sympathique » (professeur J. Horta). Après l'énucléation, un traitement énergétique est appliqué pendant 1 mois sans résultat appréciable. Toute la thérapeutique précédente est suspendue et on commence les injections sous-conjonctivales quotidiennes de cortisone. Le 3^e jour $V = 0,1$. On continue le collyre de cortisone pendant 12 jours et on recommence les injections tous les 3 jours. On arrive à $V = 0,8$ et l'humeur vitrée claire permet d'observer au fond de l'œil des lésions nodulaires disséminées dans la choroïde, prenant l'aspect de petits mélanomes multiples. Au bout de 15 autres jours d'application du collyre, ces lésions nodulaires de la choroïde disparaissent totalement, ne laissant que des taches pigmentaires.

Adriano, 30 ans. — Iritis focale O. D. depuis 3 ans par suite d'un granulome dentaire. Depuis lors des poussées de descémétite de plus en plus intenses, qui se guérissaient en 2 ou 3 semaines par la thérapeutique locale et générale non spécifique. La dernière dure depuis 2 jours et la vision du malade est V. O. D. = 0,1. 2 injections sous-conjonctivales de cortisone amènent la guérison totale en 48 h, $V = 1$.

Antonio, 78 ans. — Diabète modéré. Uvéite hypertensive O. G. Forte réaction ciliaire. T. oc. jusqu'à 50 mm Hg $V = 0,1$ (?) 3 mois de traitement, incluant la cyclo-diathermie non perforante, sans résultat. Collyre de cortisone pendant 2 semaines. Plus de réaction. T. oc. = 15 mm Hg $V = 5/20$.

Maria Cesaria, 21 ans. — Syndrome de Behcet traité pendant 3 ans dans plusieurs cliniques d'Europe, O. G. énucléé pour uvéite hypertensive. Uvéite chronique à l'O. D. avec $V = 0,2$. Hyperergie tuberculeuse extraordinairement intense pour laquelle on fait une dessensibilisation par la T. A. K. Au début d'octobre, érythème nouveau suivi d'exacerbation de l'uvéite, l'injection ciliaire et l'hypopion réapparaissent. $V = 1/\infty$. Une injection de cortisone et application de collyre. En 48 h, l'injection ciliaire et l'hypopion disparaissent, la chambre antérieure devient claire, mais la vision ne s'améliore pas, car l'humeur vitrée reste trouble. On continue le collyre pendant 20 jours, avec une injection sous-conjonctivale tous les 4 jours. L'humeur vitrée s'éclaircit progressivement et la vision arrive à $V = 5/15$. Plus tard, nouvelle poussée, résultat thérapeutique analogue.

Maria, 42 ans. — Depuis l'âge de 16 ans, iritis répétées, étiologie tuberculeuse probable. Actuellement uvéites chroniques, séclusion pupillaire bilatérale, pas de réaction. V. O. D. G. = 0,1 (?) Une injection sous-conjonctivale suivie de collyre pendant 6 jours, sans résultat, comme il fallait s'y attendre. Après un intervalle de 15 jours, on reprend l'application de collyre pendant 20 jours. Situation identique.

ulomes dentaires traités.
maines. Réaction ciliaire
injections de cortisone.

vigoureusement traitée.
G. = formes des objets
48 h V = 0,2. Collyre
ivaies tous les 3 jours.
traitement il se produit
2 m. On recommence le
maines.

uite d'un traumatisme.
d'une forte réaction et
sive de la vision O. G.
G. = d. 0,5. Ophtalmie
thisant, immédiatement
ateux en partie tuber-
nte d'habitude l'ophthal-
m, un traitement éner-
ole. Toute la thérapeu-
ons sous-conjonctivales
le collyre de cortisone
rs. On arrive à V = 0,8
l des lésions nodulaires
lanomes multiples. Au
s nodulaires de la cho-
pigmentaires.

te d'un granulome den-
plus intenses, qui se
et générale non spéci-
le est V. O. D. = 0,1.
érison totale en 48 h,

O. G. Forte réaction
ment, incluant la cyclo-
pendant 2 semaines.

adant 3 ans dans plu-
sive. Uvéite chronique
airement intense pour
ut d'octobre, érythème
et l'hypopion réappa-
a de collyre. En 48 h,
térieure devient claire,
rouble. On continue le
vale tous les 4 jours.
ive à V = 5/15. Plus

étiologie tuberculeuse
ure bilatérale, pas de
ivale suivie de collyre
. Après un intervalle
jours. Situation iden-

Joaquim, 54 ans. — Myopie — 11 D. Cataracte opérée O. G. Cyclite post-opé-
toire, rallumée 3 mois plus tard sous une forme aiguë, et qui ne cède pas à 4 mois
de thérapeutique intensive. V = 1/∞. Injection et douleur ciliaire forte, occlusion
et séclusion pupillaires. 2 injections sous-conjonctivales de cortisone ont fait dis-
paraître complètement tous les symptômes inflammatoires et permis d'entreprendre
une irido-capsulectomie qui a été bien tolérée. Le résultat visuel est nul du fait des
séquelles de l'uvéite postérieure.

Patrocinia, 54 ans (malade du docteur J. Afonso dos Santos-Castelo Branco).
— Histoire de douleurs et de congestion de l'O. G. pendant 2 ans. En juillet, elle
présente une uvéite hypertensive douloureuse avec congestion cilio-conjonctivale
intense, hypertonie, cornée très infiltrée, absence de vision. Pendant près de 3 mois
divers traitements sont suivis, légère amélioration : V = d. 3 m. Cortisone en col-
lyre toutes les 3 h, toute autre thérapeutique étant suspendue. Le lendemain, on
constate une amélioration considérable, V = 0,2. 40 h après le début du traite-
ment, la malade ne souffre plus, l'aspect du globe est normal, on observe nettement
le fond et la vision est V = 0,7. Le lendemain elle est complètement guérie, sa vue
est normale et elle n'a pas eu de rechute.

Maria, 68 ans. — Opérée, extraction totale de cataracte O. G. suivie de réac-
tion irido-ciliaire intense, rebelle, milieux oculaires troubles, douleurs violentes,
vision inférieure à 0,1 avec correction. Collyre de cortisone pendant 3 jours : œil
calme et indolore; V. O. G. + 11 cil. + 2 h = 5/15.

Emilia, 84 ans. — Opérée, extraction totale de cataracte O. G. Iritis intense
exacerbée le 10^e jour avec de violentes douleurs. La vision corrigée n'atteint pas
0,1. Injection sous-conjonctivale de cortisone. Le lendemain pas de douleurs, réac-
tion plus faible; on commence le collyre et on arrive 2 jours plus tard à V. O. G. +
10 cil. + 2 h = 5/30.

Maria, 64 ans. — O. G. très douloureux depuis 3 semaines, forte congestion,
photophobie et perte complète de la vue. Injection et douleur ciliaire, chambre
antérieure trouble et extraordinairement profonde par suite d'une hypotonie très
accentuée (T. oc. = 5 mm Hg). Cortisone : injection sous-conjonctivale et collyre,
48 h après les douleurs et la photophobie qui étaient très intenses ont disparu,
l'hyperémie a diminué, la tension oculaire est meilleure et V = d. 1 m.

Beatriz, 24 ans. — Myopie. Hyperergie tuberculeuse (Pirquet fortement positif),
pan-sinusite et dysfonction ovarienne, toujours soigneusement traitées. Choréïdite
peri-maculaire bilatérale depuis 5 ans avec des poussées intermittentes. Nombreux
traitements locaux et généraux. Actuellement dans une nouvelle poussée évolutive.
Scotome paracentral et V = 0,5 O. D. G. 2 injections sous-conjonctivales et
collyre de cortisone pendant 4 jours. Diminution du scotome et V. O. D. G. = 1.
Les lésions des fonds des yeux conservent le même aspect objectif.

Antonio, 30 ans. — Opéré, extraction transclérale d'un corps étranger intra-
oculaire s'y trouvant depuis 1 mois, suivie de cyclite accompagnée de douleurs,
de congestion, d'hypotonie, s'aggravant progressivement pendant 2 semaines après
l'opération. On commence alors le collyre de cortisone, 48 h après la douleur et la
congestion sont insignifiantes, elles ont complètement disparu le 5^e jour de trai-
tement.

Rita, 75 ans. — Cataracte incipiente de l'O. D. depuis 2 ans. Il y a 1 an, une iritis
qui guérit. Il y a 3 mois, uvéite avec descémétite bilatérale, V. O. D. = d. 0,5 V. O. G.
= d. 5 m. Collyre toutes les 2 h et injection de 0,2 cm³ tous les 5 jours. Au bout de
15 jours, les milieux optiques sont presque transparents. V. O. D. = 5/40 V. O. G.
= 5/15.

Isolina, 48 ans. — Maladie inflammatoire de l'O. G. accompagnée de douleur
et de photophobie très intenses et de perte de la vue. Insuccès de toute thérapeu-
tique. V = 1/∞, réaction sclérale périkératique accentuée, nombreux dépôts dans
la Descemet, vascularisation profonde, œdème de la cornée, synéchies et milieux
optiques troubles ne permettant pas d'éclairer le fond. Une injection sous-conjonc-

tivale et du collyre toutes les 2 h calment complètement les douleurs, la régression des symptômes inflammatoires se fait en 70 h. La cortisone venant à manquer, le traitement a été suspendu, et au bout de 4 jours l'état du malade empirait, avec retour des douleurs et photophobie. On recommence l'injection sous-conjonctivale et le lendemain les douleurs ont disparu, mais on observe une nouvelle rechute 4 jours après, et le malade se sent de plus en plus mal quand on revient à l'application de collyre de cortisone. Plus tard, on observe chez ce malade une nette aggravation à chaque application de collyre de cortisone, alors que celle-ci est bien tolérée en injection sous-conjonctivale, avec un profit très net. La guérison est obtenue en 15 jours uniquement avec des injections de 0,2 cm³ tous les 3 jours et du collyre d'atropine tous les jours.

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

Devant cet effet bénéfique de la cortisone sur des affections ophtalmiques si diverses, effet qui se rapproche par beaucoup de points de celui qui a été signalé par plusieurs auteurs dans d'autres branches de la Pathologie, un problème doctrinal et pratique se pose : celui du mécanisme de l'action de la drogue.

On peut dire que la cortisone exerce des actions pharmacologiques étiologiquement non spécifiques, en dehors des actions physiologiques déjà prévues et vérifiées aujourd'hui, soit expérimentalement, soit par l'utilisation dans les cas d'insuffisance surrénale.

On constate, d'autre part, que tout au moins en certains cas, en particulier dans ceux que nous avons observés ainsi que d'autres auteurs ayant utilisé les mêmes méthodes d'administration, elle agit localement sur les tissus atteints, en doses réduites.

De la nature de ces effets pharmacologiques de la drogue (effet local et direct sur les tissus atteints, effet général sur la constitution biochimique des humeurs et sur la structure et les fonctions des divers organes et systèmes) on ne sait encore que peu de chose.

En dehors de son rôle dans la thérapeutique de substitution dans l'insuffisance surrénale, la cortisone a été employée, avec plus ou moins de succès, dans le traitement d'altérations métaboliques et humorales (goutte, syndrome néphrétique, brûlures étendues), de maladies néoplasiques ou hyperplasiques (lymphosarcome, leucémie lymphoïde, lymphogranulome malin), de maladies nerveuses (myasthénie grave, sclérose en plaques), etc. Mais elle a donné des résultats plus brillants encore et avec plus de régularité dans les maladies dites *maladies du collagène* (arthrite rhumatoïde, rhumatisme, lupus érythémateux aigu, périartérite noueuse, etc.) et dans les maladies typiquement allergiques (asthme, rhume des foins, conjonctivite printanière, etc.) en supprimant la réaction inflammatoire qui provoque les symptômes dans ces processus.

C'est cette même action antiphlogistique non spécifique qui s'est exercée dans nos cas.

On ne sait rien de positif sur le mécanisme de cette action, pas plus que sur celui des autres actions pharmacologiques de la drogue.

Selye explique globalement l'action thérapeutique de la cortisone dans sa doctrine du Syndrome général d'adaptation. La cortisone agirait sur ces maladies de l'adaptation, provoquées dans la phase de résistance, dans

des douleurs, la régression ne venant à manquer, le malade empirait, avec l'opération sous-conjonctivale et une nouvelle rechute quand on revient à l'application. Ce malade a eu une nette amélioration, mais celle-ci est bien éphémère. La guérison est obtenue tous les 3 jours et

DNS

affections ophtalmiques, points de celui qui a des lésions de la Pathologie, mécanisme de l'action

pharmacologiques étiologiques physiologiques déjà existant, soit par l'utili-

certaines cas, en particulier, d'autres auteurs ayant constaté localement sur les

drogue (effet local et action biochimique sur divers organes et sys-

stitution dans l'insuffisance ou moins de succès, oculaires (goutte, synoviales ou hyperplasiques ou hyperogranulome malin), plaques), etc. Mais la plus de régularité humatoïde, rhumatoïde, etc.) et dans les foyers, conjonctivite chronique qui provoque

ne qui s'est exercée

action, pas plus que la

la cortisone dans la cortisone agirait sur la résistance, dans

lesquelles le trouble de l'adaptation est basé sur une rupture de l'équilibre normal entre glycocorticoïdes et minéralo-corticoïdes en faveur de ces derniers. Le supplément de cortisone fourni par le traitement rétablirait l'équilibre et ferait ainsi disparaître les manifestations de la maladie.

On ne peut pas encore apprécier dûment la valeur explicative de la théorie de Selye (séduisante synthèse, élaborée sur un copieux travail expérimental s'étendant sur de longues années). Seuls une longue confrontation avec les réalités cliniques et les fruits de son utilisation en tant qu'hypothèse de travail, nous permettront de mesurer cette valeur.

Quelques-uns des malades traités ont déjà eu des rechutes de leurs affections, après avoir suspendu l'usage du produit pendant quelque temps. Il s'agit d'affections chroniques à évolution lente, dont le retour était prévisible, étant donnée l'expérience de divers auteurs concernant des maladies à évolution analogue.

Sur ces 30 cas, un seul a manifesté une intolérance vis-à-vis de la drogue; après avoir répondu favorablement tout d'abord, son état s'est aggravé à la suite de la nouvelle application sous forme de collyre. Mais il est intéressant de remarquer que, même dans ce cas, la voie sous-conjonctivale a été bien tolérée et a mené à la guérison.

De l'examen de nos résultats et de leur confrontation avec ceux qui ont été obtenus par d'autres, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La cortisone a une action thérapeutique, étiologiquement non spécifique, sur des affections oculaires très variées.

2° Dans ces maladies des yeux susceptibles d'être soignées avec la cortisone, l'application locale de cette hormone (injections sous-conjonctivales et collyre, séparément ou associés) est parfaitement efficace. Il est préférable d'employer les injections sous-conjonctivales (associées ou non au collyre) dans les lésions des structures profondes de l'œil.

3° Des essais thérapeutiques dans des cas très différents et de pathogénie obscure se justifient, étant donné que nous sommes encore dans une phase expérimentale.

4° Le puissant effet antiphlogistique de la drogue nous incite à croire que son application pourrait être également d'une grande utilité dans des situations inflammatoires dont nous connaissons l'étiologie (infectieuse, traumatique, chimique), soit seule, soit associée aux moyens dont nous disposons déjà.

5° Il semble que l'efficacité de la cortisone se manifeste le plus complètement dans les affections allergiques et tout spécialement dans celles qui évoluent par poussées aiguës séparées par de longues périodes de rémission et dans celles qui ont une évolution auto-limitée.

6° Dans les affections chroniques à évolution plus ou moins continue, il semble inévitable qu'il y ait une rechute, peu de temps après avoir suspendu l'emploi du médicament. Mais on ne saurait exclure la possibilité d'une amélioration prolongée ou définitive, si le traitement est appliqué à plusieurs reprises ou pendant longtemps.

7° La cortisone semble constituer un traitement efficace dans certaines situations oculaires fort graves, et pour lesquelles nous ne disposons jusqu'alors d'aucun moyen thérapeutique sûr. Dans ce sens, nous croyons devoir signaler les résultats obtenus dans les cas d'ophtalmie sympathique

et de glaucome secondaire par suite d'uvéite hypertensive, dont la réponse à la cortisone a été vraiment remarquable. Ces observations ont d'autant plus de valeur qu'elles concordent parfaitement avec celles de tous les auteurs qui ont utilisé ce produit dans des situations identiques.

8° Si brillants que soient les effets de la cortisone, ce que nous connaissons de son action ne semble pas permettre d'espérer qu'elle constitue un remède définitif et unique pour n'importe quelle maladie. Son emploi, surtout dans des cas aigus, peut être d'une valeur inestimable pour couper un cycle vicieux, pour résoudre une crise ou empêcher qu'elle ne laisse des altérations irréparables, mais notre objectif doit rester la recherche des mécanismes étiopathogéniques, pour que notre effort thérapeutique s'attache à les supprimer.