

**Diagnostic.** Le phlegmon de l'œil peut être confondu avec le phlegmon du tissu cellulaire de l'orbite; nous avons exposé, t. I, p. 774, le diagnostic différentiel des deux affections.

**Traitement.** On a conseillé, au début du mal, les saignées coup sur coup, soit d'une des veines du bras, soit de la jugulaire; le tartre stibié à haute dose; les ventouses scarifiées à la nuque; la position verticale de la tête; des onctions sur l'orbite avec de l'onguent mercuriel belladonné; les pédiluves avec du nitrate de potasse; le mercure administré jusqu'à salivation. La paracentèse scléroticale, au début du phlegmon consécutif aux opérations de cataracte, a donné parfois de bons résultats; si elle ne guérit pas, elle soulage souvent les malades par la détente de l'organe. Mackenzie conseille, dans le même but, d'ouvrir la capsule oculaire, lorsque l'œil est très-dur et très-saillant; que l'on sent autour de l'organe une fluctuation confuse, comme si le liquide était réellement contenu dans le sac aponévrotique. Pour cela, on divise la conjonctive au niveau du grand angle et vers la paupière inférieure. Une lancette est enfoncée contre le globe, entre lui et la paroi interne et inférieure de l'orbite, en évitant les muscles droits; il en résulte l'issue immédiate d'un flot de sérosité purulente; l'œil retombe en arrière et la cornée devient flasque.

Lorsque tout espoir d'entraver la marche du phlegmon est perdu, le chirurgien ne doit plus s'occuper que de circonscire l'inflammation, c'est-à-dire de l'empêcher de se propager aux méninges, et de soulager le malade. Dans ce but, on ouvre largement la cornée, pour permettre aux humeurs de l'œil de s'écouler au dehors; on recouvre la région orbito-palpébrale de cataplasmes émollients arrosés de laudanum; on continue ces applications jusqu'à ce que l'œil ait diminué de volume et que les douleurs aient cessé. Alors on remplace les émollients par des fomentations et des collyres astringents. Lorsqu'on prolonge outre mesure l'emploi de la médication émolliente, la conjonctive palpébrale se boursoufle considérablement, devient granuleuse et suppure elle-même.

## CHAPITRE V.

### DU GLAUCOME.

On donne le nom de *glaucome* à une affection caractérisée par une teinte glauque ou verdâtre, se rapprochant du vert de mer ou du vert de bouteille, située profondément derrière la pupille, une dilatation et une immobilité plus ou moins prononcées de cette dernière, avec diminution plus ou moins notable ou même abolition de la vision.

**Symptômes. Formes de la maladie.** L'affection désignée sous le nom de *glaucome* ne se présente pas toujours avec les mêmes symptômes. Quelques auteurs rattachent même au *glaucome* des manifestations morbides qui en

diffèrent essentiellement. Préoccupés par l'idée que le véritable glaucome est toujours accompagné d'une excavation du nerf optique, quelques ophthalmologues appellent ainsi toute maladie de l'œil où l'ophthalmoscope révèle cette lésion. Mais il y a plutôt, dans ce cas, une affection du nerf optique, une variété d'amaurose qu'un glaucome.

**Première forme. Glaucome aigu. Choréidite glaucomateuse; ophthalmie arthritique.** Dans quelques cas, cette phlegmasie survient brusquement; son envahissement a lieu la nuit, presque toujours d'un seul côté. En général, elle est précédée, pendant des mois et même des années, de phénomènes indiquant un travail congestionnel lent de la choréide et de la rétine: augmentation de la presbytie existante, vision d'aréoles autour de la flamme des bougies ou des lampes; obscurcissements passagers de la vision, pendant lesquels les malades voient tous les objets en gris ou à travers un nuage, en même temps que les impressions excentriques sont moins nettes. A une époque un peu plus avancée, la pupille devient un peu plus large et plus paresseuse pendant la durée de ces obscurcissements, et il se manifeste un trouble léger de l'humeur aqueuse. Les malades accusent parfois des douleurs au front et aux tempes, sur le trajet de quelques-unes des branches de la portion sensitive de la cinquième paire.

L'attaque de *glaucome aigu* procède, dans son invasion, dans sa marche, d'une manière qui rappelle les attaques de *goutte*. Il se manifeste des douleurs violentes au front et aux tempes, une injection du réseau vasculaire sous-conjonctival, accompagné de chémosis, de larmolement; un trouble diffus de la chambre antérieure, parfois un obscurcissement de la face postérieure de la cornée, une dilatation irrégulière de la pupille, parfois, mais rarement, avec synéchie postérieures; l'iris bombe dans la chambre antérieure. La vision est abolie ou diminuée; le champ visuel souvent restreint. Les malades accusent le plus fréquemment des perceptions lumineuses.

Les conséquences de cette affection varient. Quelquefois la cécité est complète et reste telle après la première attaque. D'autres fois, les phénomènes inflammatoires se dissipent, et la vision est recouvrée presque entièrement; en général cependant, après la première attaque, la chambre postérieure reste plus petite, la pupille plus large et moins contractile, l'iris partiellement décoloré, le champ visuel restreint. Tantôt il y a de nouvelles attaques inflammatoires, à des intervalles variés, qui sont suivies chaque fois d'un trouble plus considérable de la vision. D'autres fois, il ne se manifeste pas de nouvel accès; il se déclare une *perversion grave dans les phénomènes de nutrition de l'œil* reconnaissable aux caractères suivants: l'iris devient de plus en plus terne, la pupille se dilate progressivement, en devenant de moins en moins contractile; la cornée perd cette vive sensibilité dont elle est douée; on peut impunément promener à sa surface un bout de papier roulé ou les barbe d'une plume. Le globe devient dur, ce qui tient à une hypersécrétion des liquides; ceux-ci perdent leur transparence, ce qui indique qu'il s'y forme de petits dépôts plastiques. Lorsque ces derniers se résorbent et que les milieux réfringents reprennent leur transparence, on constate à l'examen ophthalmoscopique parfois, mais très-rarement, des

ecchymoses de la choroïde et de la rétine, et presque toujours une atrophie progressive du nerf optique, tantôt avec *excavation*, tantôt avec *état bulleux* de la papille optique.

**Seconde forme. Glaucome chronique.** Il est généralement précédé, pendant quelque temps, de douleurs gravatives et de tiraillements dans la région sourcilière ; la vision est meilleure le matin que le reste du jour. Les malades accusent dans le globe, qui est parfois sensible à la pression, et surtout dans les régions fronto-sourcilières, des douleurs généralement rémittentes, rarement continues. Au début, la pupille conserve encore un peu de mobilité et reste régulière ; quelquefois elle prend un aspect terne et grisâtre. Plus tard, elle est plus ou moins large, immobile, irrégulière ; elle peut être ovalaire dans le sens vertical ou dans le diamètre transversal ; elle est déformée soit en dedans, soit en dehors ; en général sans synéchies postérieures. L'iris est le plus souvent décoloré, plus pâle et terne, ou bien de couleur ardoisée, quelquefois dans certaines portions de son étendue seulement. Dans ces points, l'iris perd sa structure fibrillaire, devient lisse, quelquefois un peu luisant. Le diaphragme oculaire est poussé du côté de la cornée ; la marge pupillaire est renversée en avant, de façon que le bord brun en devient visible. L'humeur aqueuse est le siège d'un trouble diffus ; la cornée, moins convexe, perd son poli et son éclat, ce qui est la conséquence de la formation de très-petits épanchements plastiques dans son épaisseur, comme on peut le constater par l'éclairage latéral à la lampe ; en même temps la sensibilité de cet organe diminue ; on peut promener à sa surface un stylet, des barbes d'une plume, un morceau de papier roulé. La conjonctive scléroticale est quelquefois un peu relâchée, sillonnée de vaisseaux volumineux, tortueux, d'un rouge foncé. Sous la conjonctive, dans le tissu cellulaire qui double cette membrane, se voient des vaisseaux plus gros, flexueux, d'un rouge plus sombre ; tous ces vaisseaux n'atteignent pas la circonférence de la cornée ; ils en restent séparés par un cercle d'un bleu pâle (*cercle veineux*) résultant de la stagnation du sang dans le sinus veineux de Hovius. La sclérotique s'amincit, prend une teinte grisâtre, plombée ou bleuâtre et violacée. Quelquefois il se forme des *staphylômes de la choroïde* ou du *corps ciliaire*. Il n'est pas rare non plus de voir apparaître, dans le cours du glaucome chronique, une cataracte qui est alors désignée sous le nom de *cataracte glaucomateuse* (p. 102 de ce volume). Le globe tout entier augmente de consistance, devient dur et donne parfois à la pression, exercée avec le doigt, cette sensation qu'on a comparée à celle d'une bille de marbre. La vision s'abaisse graduellement, le champ visuel perd peu à peu de son étendue, et enfin la cécité devient complète.

**Signes ophtalmoscopiques.** Par l'éclairage latéral à la lampe, on constate parfois que la cornée a un aspect terne dû à des épanchements plastiques miliaires. Avec le miroir seul, on voit tantôt le fond de l'œil de couleur rose plus ou moins foncée ; tantôt ce même fond ne peut être éclairé : il existe derrière la pupille certaines portions diaphanes et d'autres très-sombres. Dans le dernier cas, il est impossible, en se servant simultanément du miroir et de la lentille, d'apercevoir la papille optique, la

rétine et la choroïde. La transparence des milieux réfringents est une condition nécessaire pour arriver à faire cet examen.

On constate alors parfois des ecchymoses et des exsudations de la rétine et de la choroïde ; la papille optique est altérée. D'après plusieurs ophtalmologues, ce disque se creuse, c'est-à-dire présente une dépression que l'on a nommée *excavation glaucomateuse* du nerf optique, et les vaisseaux qui parcourent la papille optique, au lieu d'avoir une direction rectiligne depuis leur point d'émergence jusqu'à la périphérie du disque, se reploient en *crochet* au niveau de la circonférence de la papille optique pour marcher ensuite dans le plan de la rétine. Les artères et les veines de la papille sont parfois le siège de pulsations isochrones aux battements du cœur.

Nous voulons bien admettre que, dans certains glaucomes, la papille optique présente une excavation ; mais nous croyons que cette disposition est exceptionnelle. Dans les nombreux cas de glaucome que nous avons observés, la papille, loin d'être excavée, nous a paru saillante, en forme de *champignon*. Constamment, nous avons trouvé au disque cette coloration d'un blanc éclatant qui indique une atrophie des éléments nerveux du cordon optique.

**Marche. Terminaisons.** Le glaucome présente de nombreuses variétés dans son évolution. Tantôt il parcourt rapidement les diverses périodes et se termine en peu de temps par la cécité. D'autres fois, et c'est le cas le plus commun, il se développe lentement ; il faut des mois et des années pour que la vue soit abolie. La maladie peut aussi rester stationnaire. Elle se complique souvent d'une cataracte qui offre les caractères énoncés à la page 102 de ce volume. Les symptômes n'apparaissent pas toujours dans le même ordre ; parfois on voit de bonne heure la teinte glauque de la pupille et la décoloration de l'iris ; cette dernière peut persister longtemps sans être accompagnée d'un trouble grave de la vue. On a aussi observé, comme terminaisons de la maladie, des ulcérations de la cornée, la perforation de celle-ci, suivie de végétations fongueuses de l'iris, de l'atrophie du globe ; ou bien des staphylômes de la choroïde et du corps ciliaire.

**Diagnostic.** Il est généralement facile : la teinte verdâtre et l'immobilité de la pupille, le retrait de l'iris, la diminution de la faculté visuelle, l'existence de douleurs névralgiques sur le trajet des branches de la cinquième paire, parfois l'injection des veines sous-conjonctivales permettent difficilement de se tromper. On ne confondra pas le glaucome avec une atrophie simple du nerf optique ; dans le dernier cas, la vision diminue bien progressivement, et le champ de la vision se rétrécit, comme dans le glaucome ; mais la pupille n'offre pas la teinte verdâtre ; elle reste à un degré moyen de dilatation ; les milieux réfringents conservent leur transparence, et l'ophtalmoscope permet de reconnaître que la papille a pris une couleur blanche tout à fait caractéristique.

**Nature du glaucome.** Pendant longtemps le glaucome a été considéré comme une espèce de cataracte. Brisseau le premier émit l'idée que c'est une maladie du corps vitré, opinion qui est aujourd'hui insoutenable,