

D<sup>r</sup> A. DARIER

*Introduction de bâtonnets d'iodoforme dans la chambre antérieure.*

Les premières injections qui n'ont pu être faites à si hautes doses que parce que le malade était chloroformé, mettent trois ou quatre jours à se résorber. Ce n'est qu'à ce moment que l'amélioration se manifeste. Cette amélioration est quelquefois si frappante que l'on se laisse aller à l'expectation, et c'est là souvent une grosse faute. Il faut terrasser à fond un mal aussi redoutable que l'ophtalmie sympathique. Il vaut mieux en ces cas pécher par excès que par manque de soins.

D'assez nombreux cas d'ophtalmie sympathique ont été guéris ainsi sans énucléation ; mais on ne saurait trop recommander la plus grande prudence, et, dans les cas vraiment graves, nous le répétons, il ne faut pas hésiter à énucléer.

Quand il est possible d'introduire dans la chambre antérieure un bâtonnet d'iodoforme, comme l'a recommandé le prof. HAAB, ce serait peut-être là un précieux adjuvant, mais dont je n'ai encore aucune expérience personnelle. Il va sans dire qu'il s'agit de cas où aucun corps étranger n'est resté dans l'œil.

C'est là une application fort intéressante de la thérapeutique locale qui mérite d'être sérieusement étudiée.

ROEMER, au dernier Congrès de Heidelberg, conclut de ses observations que l'iodoforme ne paraît agir que lorsqu'il s'agit d'infections par les microbes pyogènes ordinaires, staphylocoques, etc., ce qui serait conforme aux expériences de OSTWALD.

## DIX-NEUVIÈME LEÇON.

### SOMMAIRE

**Traitement du glaucome :** *L'iridectomie est le seul traitement vraiment recommandable, ce n'est qu'à titre de très rare exception que les traitements médicamenteux doivent être appliqués. — Ce ne sont que des palliatifs qui souvent font perdre un temps précieux et compromettent le résultat définitif de l'iridectomie. — Les sclérotomies ne sont également que des palliatifs, ou, tout au plus des adjuvants, utiles seulement quand on craint des complications avec l'iridectomie. — Indications détaillées des modes de traitement des différentes formes de glaucome : glaucome aigu et suraigu, — glaucome chronique irritatif, — glaucome chronique simple ou atrophie glaucomeuse.*

Continuant notre étude de la thérapeutique des maladies du tractus uvéal, nous devons nous occuper aujourd'hui du *glaucome*, une des maladies les plus redoutables, considérée comme incurable il y a seulement quelques années de cela.

*Depuis les travaux si remarquables de DE GRAEFE le traitement du glaucome est bien établi, et l'iridectomie restera le traitement de choix dans la très grande majorité des cas, pour ne pas dire dans tous les cas de glaucome aigu, car, il nous faut toujours réserver l'avenir. Qui sait s'il ne sera pas donné à l'un de vous de trouver la guérison du glaucome sans opération ?*

Sera-t-il toujours nécessaire, en effet, d'opérer dans tous les cas ?

D<sup>R</sup> A. DARIER

Certains glaucomes symptomatiques peuvent disparaître spontanément.

Ne peut-il pas arriver que de légères attaques de glaucome se produisent à deux ou trois reprises pour ne plus reparaitre, soit sous l'influence d'un traitement médicamenteux quelconque, soit spontanément, la cause occasionnelle ayant disparu et l'état constitutionnel prédisposant s'étant amendé ?

Je me souviendrai toujours d'un cas de glaucome aigu avec cornée trouble, tension + 2, fond de l'œil inexplo- rable, et douleurs violentes. Je conseille l'iridectomie qui est acceptée pour le lendemain. Je prescris, en attendant, un collyre à l'ésérine ; 3 grammes de salicylate de soude par jour, et 0,50 de quinine le soir.

Le lendemain, le malade se sent tellement soulagé qu'il ne revient pas se faire opérer, et huit jours après, je le revois complètement guéri. Cette guérison s'est mainte- nue plusieurs années, et le malade n'a pas eu de nouvelles atteintes de glaucome. Il y a aujourd'hui 15 ans de cela.

Le malade était jeune encore ; 38 ans ce qui est un facteur important pour la guérison.

Dans bien d'autres cas, des attaques, légères il est vrai, disparaissent spontanément, c'est ce qui leur a fait donner le nom de *glaucome prodromique* ; cependant ces attaques s'arrêtent rarement en chemin, malgré les instilla- tions d'ésérine ou de pilocarpine, et malgré tous les traite- ments généraux les mieux compris et, en fin de compte, le malade est obligé de se résigner à l'opération.

Le rhumatisme et la goutte ont une influence très mar- quée sur la pathogénie du glaucome chronique irritatif ainsi que beaucoup d'observateurs l'ont dès longtemps noté.

CZERMAK a établi une théorie du glaucome basée sur

THÉRAPIE OCULAIRE

Tels certains cas de glaucome survenant chez des rhumatisants jeunes.

une altération pathologique des vaisseaux, consécu- tive au rhumatisme, à la goutte, à l'athérome, à l'arté- rio-sclérose, à la sénilité, etc. (1).

WAGENMANN (2), par un traitement antigoutteux approprié aurait obtenu de bons résultats dans certaines formes de glaucome avec et sans iridectomie.

WALTER (3) vante les qualités antigoutteuses de la pipérazine pour prévenir les attaques de glaucome ou pour soutenir le traitement opératoire. Il relate des cas guéris momentanément sans iridectomie.

Bien des cas de glaucome ont été rapportés comme guéris par les médications les plus variées. Le plus grand nombre l'a été par les myotiques employés avec per- sévérance et à doses faibles et fréquemment répétées. La *pilocarpine* est mieux supportée que l'ésérine qui pro- voque facilement des douleurs ciliaires ; quelquefois même ces douleurs sont accompagnées d'un état nauséux mar- qué qui rend l'application du médicament moins régu- lière parce que les malades en redoutent l'emploi.

La pilocarpine doit être prescrite à doses faibles mais fréquemment répétées.

Nous avons vu dans notre VIII<sup>e</sup> leçon, consacrée à l'é- tude du plus puissant vaso-constricteur connu, tout le parti que l'on pouvait tirer de l'*extrait de capsules surrénales* dans le traitement du glaucome. Nous avons été le premier à noter l'action hypotonisante de la surrénaline dans le glaucome.

ZIMMERMANN a confirmé cliniquement par plusieurs

(1) *Prag. med. Woch.* 1897.

(2) *Archiv. für Oph.*, XLIII.

(3) *La Clinique Ophthalmologique*, 1898, n<sup>o</sup> 23.

D<sup>r</sup> A. DARIER

Action palliative des myotiques, de la dionine, de la surrénaline, du massage, etc.

observations intéressantes, la diminution très notable de tension intraoculaire sur l'œil glaucomateux et même sur l'œil normal.

Les intéressantes expériences faites par WESSELY, au laboratoire de LEBER, ont, nous l'avons vu, apporté une explication complète des faits cliniquement observés.

La *surrénaline* combinée aux myotiques, à l'ésérine et à la pilocarpine, pourra donc rendre de réels services dans le traitement médical du glaucome (voir leçon VIII pour les doses).

Dans une de nos prochaines leçons nous aurons à étudier l'action puissante du *massage* sur la pression intraoculaire. C'est chose surprenante que de voir, après quelques minutes de massage, l'œil devenir mou, aussi bien chez l'homme sain que chez le glaucomateux.

Si l'on cherche à s'expliquer cet effet hypotonisant du massage on peut supposer que les pressions de plus en plus fortes appliquées perpendiculairement à la cornée refoulent en arrière, par la loi de l'incompressibilité des liquides, et l'iris et le cristallin, dilatant mécaniquement l'angle iridocornéen et exprimant pour ainsi dire l'humeur aqueuse, qui s'écoule alors par ses voies naturelles d'excrétion.

Vous voyez tout le parti que l'on peut tirer de cette action mécanique, à la portée de tous et dans toutes les circonstances.

J'ai en ce moment encore plusieurs glaucomateux iridectomisés ou non qui retirent de réels bénéfices du massage.

M. DOMEK, de Dijon, à qui nous devons de belles études sur l'action du massage a publié plusieurs observa-

THÉRAPIE OCULAIRE

Quinine, salicylate de soude, bromure de potassium, digitale, etc...

tions d'attaques de glaucome aigu enrayées rapidement par des séances fréquemment répétées de massage (1).

Certains médicaments cardiaques ont aussi une action favorable sur le glaucome par leur pouvoir vaso-constricteur. En premier lieu nous devons citer la *quinine*, puis la *digitale* et les autres cardiosthéniques le *convallaria maialis*, le *strophantus hispidus*, le *bromure de potassium*, etc...

Permettez-moi de vous citer ici un exemple de glaucome guéri depuis plus de 3 ans sans opération et qui présente un réel intérêt thérapeutique. Peut-être cela servira-t-il à nous fournir des indications sur les cas pouvant guérir par simple traitement médical.

Il s'agissait d'un homme jeune, 32 ans, de forte corpulence, aimant le vin et la bonne chère. Le 13 mai 1898, il se présente à moi se plaignant d'une notable diminution de la vision de ses deux yeux.

Les globes oculaires sont gros, saillants, injectés et durs,

OD : T + 1,5 ... V = 1/3  
OG : T + 19 ... V = 1/2

ni hypermétropie, ni astigmatisme. La gêne éprouvée par le malade est plus grande que ne le montre l'abaissement de la vision mesurée avec nos échelles, c'est là un phénomène qui s'observe assez souvent dans le glaucome, où nous voyons des opérés ayant une vision 1/2 à 2/3 nous dire qu'ils y voient très mal.

Le champ visuel un peu rétréci du côté nasal à gauche, présente, à droite, un scotome inféro-interne très marqué

(1) La Clinique Ophthalmologique, 1899.

D<sup>r</sup> A. DARIER

Indications causales, hygiène, régime.  
Etat du système vasculaire.

surtout pour les couleurs, le vert dépassant à peine la ligne médiane, pas de scotome central.

Je fais entrevoir au malade la nécessité d'une opération prochaine et lui prescris, en attendant, un régime très sévère : suppression de l'usage du tabac et de l'alcool ; vie calme et régulière, instillations répétées d'un collyre à la pilocarpine et à l'ésérine, bromure de potassium 1 gramme, et quinine 0,30 par jour.

4 jours plus tard, le 24 avril, la vision s'est notablement améliorée O.D. :  $V = 2/3$  ; O.G. :  $V = 1$  ; le champ visuel s'est agrandi, mais la tension intraoculaire est toujours notablement supérieure à la normale. Le malade se montre très satisfait et ne veut plus entendre parler d'opération. Je lui prescris alors le collyre de Jacquet à l'*extrait de capsules surrénales* à la pilocarpine et à l'ésérine.

Le régime sévère est toujours très régulièrement suivi et, aussi souvent que possible, on pratique le *massage cornéen* qui abaisse toujours très notablement la tension intraoculaire.

Bref, le 1<sup>er</sup> juillet, le malade peut être considéré comme guéri relativement et momentanément tout au moins.

O.D.  $V = 1$  ; O.G.  $V = 1$ .

Le champ visuel de l'œil droit présente toujours un scotome inféro-interne bien délimité, mais pour les couleurs seulement. La papille présente une excavation manifeste, surtout à droite. Les deux yeux conservent toujours une tension un peu supérieure à la normale.

Le malade revu assez fréquemment pendant le cours de ces 3 années n'a plus jamais présenté la moindre attaque de glaucome.

Les premières atteintes sont survenues chez un rhu-

THÉRAPIE OCULAIRE

Théories du glaucome ; artério-sclérose  
et soudure de Knies.

matissant jeune encore et à la suite d'abus de toute sorte. Les conditions hygiéniques ayant profondément modifié l'état général et le traitement par les myotiques, la surrenaline et le massage, ayant amené une cessation complète des troubles glaucomeux, le malade peut être considéré comme guéri.

Voilà, certes, un cas de glaucome bien caractérisé apparemment guéri pendant 3 ans. Le sera-t-il pour toujours ? Qui peut nous dire s'il n'aura pas de nouvelles attaques, s'il retombe jamais dans ses excès. Si de nouvelles attaques surviennent, nous regretterons peut-être de n'avoir pas opéré plus tôt. Mais, enfin, nous ne pouvons pas forcer les malades à subir une opération, surtout que nous sommes loin de pouvoir, comme pour la caracate, leur garantir que cette intervention leur rendra la vue presque à coup sûr.

\*  
\*\*

Sans vouloir faire une étude approfondie de la pathogénie de cette affection encore imparfaitement connue, nous pouvons dire que le glaucome est dû à une augmentation subite de la tension intra-oculaire, provoquée probablement par une action réflexe vaso-dilatatrice qui rompt l'équilibre des échanges nutritifs intra-oculaires.

On doit admettre aujourd'hui que la soudure de KNIES, ou oblitération des voies d'élimination de l'angle irido-cornéen, est une lésion concomitante du glaucome plutôt que la cause même du glaucome.

En revanche, un effacement de l'angle irido-cornéen et la diminution des surfaces de résorption est un état prédisposant au glaucome ; on l'observe surtout chez les gens séniles, artério-scléreux, goutteux, etc.. Le corps vitré en

D<sup>R</sup> A. DARIER

*Théorie nerveuse, sympathique, vasomotrice  
du glaucome.*

état d'hypertonie repousse en avant le cristallin, l'applique contre l'iris et fermerait, d'après les uns, la soupape pupillaire à travers laquelle ne peut plus passer le trop plein de la chambre postérieure.

Il suffirait donc, d'après cette dernière conception théorique, pour guérir ce glaucome, d'ouvrir une pupille artificielle qui permette aux liquides postérieurs de passer dans la chambre antérieure pour, de là, s'échapper par les voies naturelles d'élimination (angle irido-cornéen et surface antérieure de l'iris).

Cette explication de l'action de l'iridectomie est séduisante par sa simplicité ; mais, comme elle ne satisfait pas toutes les critiques, on a cherché d'autres explications.

La théorie nerveuse par action du grand sympathique a conquis, dans ces derniers temps, de nombreux et importants suffrages.

D'après M. ABADIE, à qui nous devons *la théorie sympathique du glaucome*, cette affection serait due à une excitation des nerfs vaso-dilatateurs qui, en traversant le ganglion cervical supérieur, se rendent au tractus uvéal par différentes voies, en suivant les principaux nerfs se rendant à l'œil.

Pour le *glaucome aigu ou subaigu*, l'irritation du centre vaso-dilatateur par le ganglion cervical supérieur serait produit par un réflexe partant de l'iris et surtout de son sphincter.

D'après cette théorie, il suffirait donc, pour faire cesser l'attaque de glaucome, d'interrompre l'arc réflexe en pratiquant une iridectomie, ou même peut-être une simple section de l'iris intéressant le sphincter.

Le *glaucome chronique simple* serait imputable à une affection primitive et chronique du grand sympa-

THÉRAPIE OCULAIRE

*Traitement des différentes formes de  
glaucome : indications.*

thique et le seul traitement qui lui serait applicable serait la *sympathectomie*.

L'*hydrophthalmie* ou *bupthalmie*, qui n'est en somme que le glaucome chronique simple, infantile, serait justiciable du même traitement.

En somme, au point de vue pratique, voyons ensemble la conduite que nous aurons à tenir en face des différents cas de glaucome qui peuvent se présenter à nous.

1° Un malade vient avec une attaque légère de glaucome aigu : l'aspect de la cornée est légèrement flou, la tension est augmentée, la pupille un peu dilatée, et l'œil est plus ou moins rouge, le champ visuel est parfois rétréci du côté nasal, céphalalgie modérée.

Le malade n'a jamais eu d'attaque antérieure, il est manifestement rhumatisant, et attribue son mal à un refroidissement.

Dans ce cas, avant de pratiquer l'iridectomie, nous sommes autorisés à chercher à calmer la douleur par la dionine, puis à prescrire un collyre à l'ésérine ou à la pilocarpine (1), en même temps qu'on fera prendre 3 ou 4 grammes de salicylate de soude ou d'aspirine dans la journée, et 0,30 ou 0,50 centigrammes de quinine le soir.

On se trouvera bien de pratiquer soi-même les premières instillations de myotiques, dont on pourra soutenir ou accélérer l'effet par des *massages cornéens* qui favo-

(1) Collyre à la surrénaline de Jacquet :  
Chl. de pilocarpine..... 0,05  
Sal. d'ésérine..... 0,02  
Solution d'extrait de capsules surrénales.... 10 gr.  
(en ampoules aseptiques)