

D^r. A. DARIER

La sympathectomie est indiquée dans les cas où tous les autres traitements ont échoué.

Certes, la question de l'intervention chirurgicale dans une affection à marche progressive et presque fatale est des plus délicates, aussi le praticien devra-t-il s'entourer de toutes les précautions possibles et faire bien ses réserves.

Il ne faut pas qu'il oublie que s'attarder trop longtemps à l'emploi des myotiques c'est s'exposer à opérer trop tard, et que les sclérotomies de toutes sortes préconisées dans ces dernières années n'ont qu'une action passagère et souvent illusoire.

Elles doivent tout au plus servir à tâter le terrain en vue d'une prochaine iridectomie, qui est la seule opération digne de notre confiance; et encore la trahit-elle souvent, hélas!

Quand à la *sympathectomie*, c'est une opération qui a besoin d'être encore bien étudiée avant d'être recommandée au praticien. Elle relève plutôt de la grande chirurgie. Elle a déjà, néanmoins, rendu des services dans des cas où tous les autres traitements étaient restés sans résultats.

VINGTIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Traitement du glaucome (suite) : exemple de l'insuffisance du traitement médicamenteux. — L'iridectomie doit être pratiquée aussi près que possible du début. — C'est l'opération la plus délicate de la chirurgie oculaire. — Les fautes opératoires sont souvent mises sur le compte du *glaucome malin*. — *Glaucome hémorragique, glaucome par sympathie*. — Moyennes des résultats obtenus par l'iridectomie dans les différentes formes du glaucome.

Traitement des maladies de la choroïde et de la rétine : Importance d'une action thérapeutique rapide et intense dans les choroïdites maculaires. — Seules, les injections sous-conjonctivales répondent bien à ce desideratum par leur action pour ainsi dire élective sur la choroïde en communication directe avec les espaces sous-conjonctivaux.

Nous avons étudié, dans notre dernière leçon, les indications de l'iridectomie dans les formes si variées que peut revêtir le glaucome. Mais cette question est si importante et si intéressante que je tiens à vous citer encore une observation qui vous montrera bien que, malgré les bénéfices très grands que nous pouvons obtenir par les traitements médicaux, il faut presque toujours en fin de compte en venir à l'iridectomie, surtout quand il s'agit de personnes d'un certain âge, plus ou moins artérioscléreuses.

Action analgésiante et lymphagogue de la dionine permettant un effet rapide et puissant des myotiques. — Abaissement de la pression par le massage et la surrénaline. — Contre-épreuve par les mydriatiques. — Restitution complète de la vision et du champ visuel, pâleur de la papille, excavation à peine appré-

D^r A. DARIER

Exemple du traitement médicamenteux
du glaucome.

ciable. — Nouvelle attaque. — Iridectomie. —
Guérison.

M. H., 65 ans, bijoutier, a toujours eu la vue un peu fatiguée de son œil droit, car c'est celui, dit-il, dont il se sert pour travailler à la loupe. Dans ces derniers temps, il remarquait souvent que de cet œil il voyait autour des lumières, des auréoles, des cercles colorés.

Le 10 mars, à la suite d'une émotion violente, M. H. éprouve une douleur très vive dans l'œil droit et le sourcil ; la vision se trouble rapidement et les douleurs envahissent tout le côté droit de la tête.

Le 17 mars, le malade se présente avec tous les symptômes d'une attaque de glaucome suraigu, grave. L'œil est très rouge, larmoyant, la cornée permet cependant de voir l'iris presque accolé à la cornée, tant la chambre antérieure est effacée ; la pupille ovale est peu dilatée, il est vrai que de l'autre côté elle est en myosis très marqué ; la tension est très élevée, + 2 ou + 3 ; pour toute vision, le malade voit passer la main à 0,30 cent. ; il est dans un état de prostration marquée, se plaignant d'une céphalalgie violente qui ne lui permet aucun repos, ni nuit, ni jour.

Devant la violence de ces phénomènes, je n'ose pas pratiquer l'iridectomie séance tenante. Je cherche donc à calmer d'abord la douleur par des instillations répétées de dionine à 5%. Il se produit un chémosis très marqué, avec gonflement des paupières, larmoiement intense et étternuements.

Au bout d'une heure, le malade se sent soulagé ; malgré le gonflement des paupières, il ouvre plus facilement son œil à la lumière, la cornée est devenue plus brillante et en même temps plus transparente, la vision s'est si

THÉRAPIE OCULAIRE

Action analgésiante de la dionine ;
surrénaline ; massage, etc.

notablement améliorée que non seulement le malade compte les doigts à un mètre, mais peut lire à 0 m. 50 les premières rangées des optotypes de SNELLEN. La tension paraît nettement abaissée. $T = + 1,5$.

Je donne rendez-vous au malade pour le lendemain avec l'intention de pratiquer l'iridectomie dans de meilleures conditions.

En attendant, je lui prescris :

Dionine	0,10
Chlorhydrate de pilocarpine	0,05
Eau distillée	10 gr.

D. S : instiller toutes les demi-heures une goutte de ce collyre dans l'œil malade.

Le lendemain, à ma grande surprise, je constate une transformation profonde de l'état du malade, il dit avoir très bien dormi et n'avoir plus senti aucune douleur, l'œil est toujours très rouge, la tension encore élevée, $T + 2$, mais la vision est à peu près égale à ce qu'elle est de l'autre côté.

O D	+ 1,25 V = 2/3
O G	+ 1.5 V = 1

Champ visuel normal des deux côtés ; à l'ophtalmo-cope, rien d'appréciable du côté de la papille vue difficilement à travers la pupille étroite, le bord pupillaire est légèrement adhérent à la cristalloïde.

Plusieurs séances de massage-pression pratiquées dans le courant de l'après-midi font disparaître tout excès de tension.

Ces massages et le même collyre sont continués tous

D^r A. DARIER

L'iridectomie doit quand même être pratiquée.

les jours ; après chaque massage, la pression, d'abord élevée, devient normale ou à peu près.

Le 20 mars, le malade se trouve toujours très bien, ne souffre plus, mais la vision a légèrement baissé : OD + 2 D : V = 1/2 et le *champ visuel est très nettement rétréci avec scotome inféro-interne.*

Le malade, qui se croyait délivré de la perspective d'une opération, est navré quand je lui apprends que, malgré tous nos efforts, nous serions obligés d'en venir à l'iridectomie ; néanmoins, devant ses instances, je lui promets d'essayer encore d'autres moyens et, tout en continuant les massages, je lui prescris le collyre suivant :

Chlorhydrate de pilocarpine.....	0,05
Sulfate d'ésérine.....	0,02
Extr. de capsules surrénales, 1/4..	10 gr.

Instiller une goutte de ce collyre toutes les heures dans l'œil malade.

Je fais également appliquer deux sangsues à la tempe et ordonne un purgatif au calomel. Après trois jours de ce traitement, le 23 mars, le champ visuel est redevenu normal, la vision également :

O D + 1,25 ; V = 2/3

La tension est encore un peu élevée, T = + 1 ; mais toujours elle revient à la normale par les massages, qui continuent à être pratiqués 3 ou 4 fois dans le courant de la consultation.

Le 17 avril (un mois après la première visite, le malade est guéri.

Deux mois plus tard, rechute assez violente moins bien impressionnée par le traitement ci-dessus.

THÉRAPIE OCULAIRE

Des injections sous-conjonctivales dans le glaucome secondaire.

Au 3^e jour l'iridectomie est pratiquée sans chloroforme et sans trop de douleur.

Le malade est aujourd'hui complètement guéri ; mais il lui faut des verres astigmatiques pour obtenir une vision passable.

*
**

Certains auteurs ont obtenu de bons résultats des injections sous-conjonctivales d'eau salée dans le glaucome. Pour notre part, nous n'avons jamais osé en pratiquer en présence d'une affection aussi grave que le glaucome aigu idiopathique par crainte d'une trop vive irritation sur un œil déjà hypertonsé.

Et cependant il y a là une étude des plus intéressantes à faire, car dans les *glaucomes secondaires* à une iritis ou une irido-cyclite grave, des résultats très brillants ont été obtenus par les injections sous-conjonctivales combinées aux paracentèses de la cornée (voir page 266).

La ponction, par l'évacuation du liquide infectieux contenu dans la chambre antérieure et par l'abaissement de la tension intra-oculaire, place l'œil, primitivement impropre à l'action des agents médicamenteux, dans des conditions des plus favorables à ce que l'on est en droit d'attendre des injections sous-conjonctivales.

Le liquide injecté agit alors à la fois comme antiseptique, comme stimulant, rénovateur de la nutrition des tissus et comme laveur des voies d'élimination obstruées par les exsudats inflammatoires.

Vous pouvez lire à ce sujet une fort intéressante observation publiée en 1896 (1).

(1) DARIER. — Des iridochoroïdites infectieuses (communication faite au Congrès de Heidelberg). (*La Cliniqu Ophthal.*, n° 8, 1896).

D^r A. DARIER

Glaucome par sympathie après iridectomie du premier œil.

Il est bien probable que dans le glaucome sub-inflammatoire les injections sous-conjonctivales d'eau salée, combinées ou non à la ponction cornéenne ou à la sclérotomie, pourraient dans bien des cas donner un résultat favorable, surtout si l'on ajoute à cette thérapeutique et le massage et l'emploi des collyres dont nous avons déjà parlé.

Un phénomène remarquable, et qui s'observe assez souvent, est ce qu'on pourrait appeler le *glaucome par sympathie*.

Nous voulons parler de ces cas où, après une iridectomie faite d'un côté, l'autre œil est pris d'une attaque de glaucome aigu le lendemain ou deux ou trois jours après la première opération. Souvent cet œil avait été jusqu'alors absolument sain ; d'autres fois, il s'était déjà produit de ce côté plusieurs petites attaques de glaucome prodromique.

Pour prévenir cette grave complication, il est toujours indiqué, quand on opère le premier œil, de soumettre l'autre à l'action des myotiques surtout quand des signes prémonitoires (auréoles), se sont déjà montrés sur cet œil.

La plupart des auteurs reconnaissent cette influence provocatrice de l'iridectomie, amenant ce que nous venons d'appeler le *glaucome par sympathie* et tous recommandent de l'opérer le plus tôt possible. C'est ainsi que nous avons agi nous-même jusqu'à ces dernières années ; mais aujourd'hui nous pensons que, bien souvent, par la temporisation armée des moyens thérapeutiques que nous avons énumérés plus haut, on arrive à guérir cette attaque de glaucome et celles qui peuvent s'en suivre et obtenir ainsi un résultat définitif aussi bon que celui obtenu sur l'œil iridectomisé.

THÉRAPIE OCULAIRE

Dans certains cas de ce genre l'opération peut être évitée.

Ne pourrait-on pas admettre dans ces cas que l'iridectomie sur un œil, après avoir provoqué une réaction initiale violente, aurait ensuite une action inhibitrice qui permettrait de parvenir à la guérison du second œil sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à l'iridectomie ?

C'est une question qui mérite d'être étudiée avec soin avec de nombreuses observations à l'appui.

Les traitements qui nous ont le mieux réussi sont les massages combinés à l'emploi alternatif des deux collyres suivants que l'on applique à tour de rôle pendant trois jours :

- 1° Chl. de pilocarpine..... 0,05
- Salicylate d'ésérine..... 0,02
- Solution d'extrait de capsules surrénales... 10 gr.

(Voir page 121).

Instiller une goutte de ce collyre 4 fois par jour ; pendant les trois jours suivants, instiller cinq ou six fois par jour une goutte du collyre ci-dessous.

- 2° Chl. de pilocarpine..... 0,05
- Dionine..... 0,10
- Eau distillée..... 10 gr.

Il va sans dire que si de sérieuses attaques venaient à se produire, il faudrait avoir recours à l'iridectomie.

*
**

L'opération du glaucome est une des plus belles découvertes de la thérapeutique moderne ; mais elle ne manque pas de difficultés et ses conséquences brillantes laissent encore à désirer, dans bien des circonstances. Hélas ! il n'y a pas de médaille sans revers.

Le *glaucome malin*, comme son nom l'indique,

D^r A. DARIER

*Glaucome malin aggravé par l'iridectomie ;
hémorrhagies expulsives.*

est la forme la plus grave par sa marche progressive constante vers la cécité, avec ou sans opération ; il semblerait même dans ces cas que l'iridectomie donnât un coup de fouet au processus morbide, provoquant ainsi une perte plus rapide de la vision, soit avec, soit sans hémorrhagies ; aussi est-il recommandé, quand on redoute un glaucome malin, d'opérer l'œil le plus malade d'abord, car en général les deux yeux sont pris.

C'est dans ces cas que la sclérotomie peut rendre de réels services et donner même des indications précieuses ; car si la sclérotomie (de préférence la sclérotomie antérieure de DE WECKER) ne donne aucune amélioration même momentanée, il est à craindre que l'iridectomie n'en donne pas davantage. La sclérotomie le plus souvent amène une amélioration ou un arrêt.

Mais il faut bien reconnaître aussi que l'on met quelquefois trop facilement une faute thérapeutique ou opératoire à l'actif de glaucome malin.

D'autres fois une iridectomie, pratiquée avec un résultat opératoire parfait sur le premier œil presque complètement perdu, donne sur le second œil un résultat désastreux, par suite d'une *hémorrhagie expulsive*, comme cela nous est arrivé encore il y a 6 mois.

Cette dernière complication, absolument indépendante du chirurgien, n'est pas très rare, et doit compter parmi les causes les plus importantes des pertes consécutives à l'iridectomie.

Bien plus nombreuses en revanche sont celles causées par des complications ou des accidents opératoires ; car l'iridectomie dans le glaucome aigu est certainement l'opération la plus délicate en oculistique ; et bien des succès sont imputables à des opérations faites dans de mauvaises conditions.

THÉRAPIE OCULAIRE

*L'iridectomie dans le glaucome
est une opération des plus délicates.*

Aussi ne saurait-on être de l'avis de DE GRAEFE qui, dans son enthousiasme pour sa belle opération, aurait voulu que la technique de l'iridectomie fût enseignée à tous les médecins pour qu'ils fussent aptes à opérer les cas urgents même dans les campagnes les plus reculées.

On ne saurait trop s'élever contre cette idée, car le plus gros du discrédit jeté sur l'iridectomie vient certainement de ce que, bien souvent, l'opération a été ou mal ou tardivement faite.

Ce qu'il faudrait bien apprendre au praticien, c'est qu'il doit avoir au plus tôt recours au spécialiste, toutes les fois qu'il est aux prises avec une maladie oculaire sérieuse, se bornant à prescrire les médications qui peuvent permettre d'attendre avec le moins de danger possible les conseils ou l'intervention de ce dernier.

L'iridectomie guérit le glaucome ; mais tous les opérés ne sont pas de cet avis, et, au fond, il en est bien peu qui se montrent absolument satisfaits. Ce qu'on a grand'peine à leur faire comprendre, c'est que c'est souvent parce que on a trop attendu pour faire l'opération.

Presque tous les opérés se plaignent d'éblouissement au grand jour, ou à certains moments de la journée ; cette gêne n'est pas seulement imputable à l'iridectomie, mais bien au glaucome lui-même, probablement aux déficiences du champ visuel, et à une épuisabilité rapide des fonctions de la rétine.

Il est remarquable, en effet, d'entendre des opérés de glaucome se plaindre d'y voir très difficilement, avec ou sans verres correcteurs, alors que nos moyens de recherche actuels ne nous permettent pas de constater une diminution de l'acuité visuelle en rapport avec la gêne éprouvée par les malades.

En somme, les résultats de l'iridectomie ne sont réelle-

D^R A. DARIER

Moyennes des guérisons dans les différentes formes de glaucome.

ment très brillants que dans le glaucome aigu franc, à sa première attaque, et quand l'opération est pratiquée dès les premiers jours. Les opérés dans ces cas n'éprouvent le plus souvent aucune gêne après l'opération, et la vision est d'autant meilleure que l'opération a été plus précoce.

Dans les formes de glaucome à évolution subaiguë ou lente, le diagnostic n'est souvent posé qu'alors que le champ visuel est déjà rétréci, et l'acuité notablement abaissée, et puis l'opération n'est décidée souvent qu'après bien des tergiversations compliquées de consultations et de traitements divers qui ont fait perdre un temps précieux. Les résultats sont alors d'autant moins bons qu'on a plus attendu.

Or, jusqu'à nouvel ordre, il ne faut pas se départir de cette règle générale que *tout glaucome aigu ou subaigu doit être opéré aussitôt que le diagnostic est nettement posé*. Je dis glaucome subaigu plutôt que *glaucome chronique* parce que ce terme prête à la confusion avec le *glaucome chronique simple*, au sujet duquel les opinions sont encore très partagées en ce qui concerne son traitement par l'iridectomie.

L'iridectomie, en général, n'a une réelle efficacité que quand il y a une hypertonie manifeste.

En somme, l'iridectomie donne de bons résultats dans environ 70 % des cas de glaucome aigu ou subaigu, tandis que dans le *glaucome chronique simple*, on ne peut affirmer un arrêt du processus morbide que dans un quart des cas à peine, et bien souvent, on observe si ce n'est une aggravation, du moins une continuation de la diminution de la vue, qui finit presque toujours par se perdre complètement.

Combien est donc difficile la conduite du spécialiste le plus expérimenté en face d'un cas de glaucome! Il peut promettre la guérison, mais il a toujours à redouter les

THÉRAPIE OCULAIRE

Traitement des maladies de la choroïde et de la rétine.

hasards malheureux, absolument indépendants de sa volonté; car nous ne pouvons pas encore reconnaître à coup sûr les cas où l'iridectomie, au lieu d'amener la guérison, précipite la perte complète de la vision.

*
**

Nous abordons maintenant l'étude des maladies du fond de l'œil lui-même; nous étudierons d'abord les affections de la *choroïde et de la rétine*, puis ensuite celle du nerf optique.

La pathogénie des choroïdites est aujourd'hui encore bien mal connue, malgré cinquante années d'observations à l'aide d'un instrument aussi précis que l'ophtalmoscope. Nous avons l'habitude de les classer et de les différencier en *choroïdites centrales*, en *choroïdites disséminées*, en *choroïdites myopiques*, en *choroïdites suppuratives*, etc.; mais ce ne sont là que des étiquettes. Certaines choroïdites revêtent pourtant un caractère assez particulier pour imposer un diagnostic relativement précis quand on a une assez grande expérience personnelle; mais nos traités classiques sont encore bien peu affirmatifs à ce sujet.

Le plus souvent, la choroïde n'est pas seule intéressée dans le processus morbide, le corps ciliaire, la rétine et le corps vitré lui-même subissent le contre-coup des troubles pathologiques de la choroïde.

Jusqu'à ces dernières années, le traitement des altérations des membranes profondes de l'œil était pour ainsi dire nul en ce qui concerne l'état local, et les seules indications étaient celles fournies par l'affection générale à laquelle pouvait se rattacher étiologiquement la lésion locale.