

puisque les dissections d'yeux glaucomateux d'une part, l'examen ophthalmoscopique de l'autre, démontrent que, dans un certain nombre de cas, le corps hyaloïde est indemne de toute altération. Sichel professa que le glaucome a son siège dans la choroïde; d'autres, que c'est une inflammation de la choroïde avec production d'exsudats entre cette membrane et la rétine. L'intervention de l'ophthalmoscope a fait reconnaître que ces lésions ne sont pas plus constantes que le trouble des milieux réfringents. Partant de ce fait, que le glaucome confirmé est toujours caractérisé par des altérations spéciales du nerf optique, à savoir l'*excavation de la papille*, la disposition en crochet des vaisseaux sur ce disque, le développement du poulis dans les troncs artériels, A. de Græfe a conclu que le glaucome aigu est une choroïdite ou une irido-choroïdite, accompagnée d'infiltration diffuse du corps vitré et de l'humeur aqueuse, par conséquent d'un accroissement de volume de ces milieux réfringents, d'où résulteraient une augmentation rapide de la pression intraoculaire, une compression de la rétine et toute la série des phénomènes consécutifs. D'après l'ophthalmologiste de Berlin, tous les symptômes que l'on observe dans le glaucome aigu doivent être rattachés à la *pression intraoculaire*. Quelque séduisante que soit cette théorie, pour justifier la thérapeutique du glaucome que de Græfe a fondée sur elle, on ne saurait l'accepter d'une manière aussi absolue. L'auteur lui-même convient que, dans le glaucome *chronique*, on ne peut pas toujours rapporter la cécité à une action compressive. Effectivement si, dans quelques cas, la tension du bulbe indique l'existence d'une pression intraoculaire exagérée, dans d'autres on ne trouve rien de semblable. L'excavation de la papille elle-même, sur laquelle on a tant insisté, fait le plus souvent défaut, et est même remplacée par un état *bulleux* du disque. Quelques observateurs ont cru devoir chercher le point de départ du glaucome dans une *inflammation aiguë ou chronique de la sclérotique*. Cette opinion est inadmissible, parce que, dans cette affection, on ne trouve pas de traces de phlogose scléroticale; que la sclérotite elle-même est une maladie dont l'existence est à prouver; qu'en supposant qu'il existe certains états inflammatoires de la sclérotique, ils produisent des ramollissements de cette membrane, c'est-à-dire des staphylômes, plutôt qu'une rétraction. Que dans le glaucome à *forme aiguë* il y ait une hypersécrétion des humeurs de l'œil, une pression intraoculaire exagérée, c'est ce qu'on ne peut nier; mais il se produit en même temps d'autres désordres dans les membranes oculaires: c'est une *irido-choroïdite aiguë* avec hydrophthalmie spéciale, formation d'exsudats. Dans le glaucome chronique, il y a évidemment une *PERVERSION DANS LA NUTRITION DE L'ŒIL*, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer cette exagération de la pression intraoculaire. Quand on reconnaît à l'ophthalmoscope que les artères de la rétine sont devenues filiformes, quand on observe ces altérations de structure de l'iris, cette atrophie du diaphragme, l'état rugueux et l'insensibilité de la cornée, parfois le trouble des milieux réfringents, notamment du cristallin, la diminution progressive de la vision, alors qu'il n'existe pas encore une altération de la papille, on est porté à admettre qu'il existe une *affection du système nerveux*

du globe entier. En résumé, nous pensons que LA FORME AIGUË DU GLAUCOME EST UNE IRIDO-CHOROÏDITE AIGUË DE NATURE SPÉCIALE, TANDIS QUE LA FORME CHRONIQUE SE RATTACHE A UN ÉTAT PARTICULIER DE TOUT LE SYSTÈME NERVEUX DE L'ŒIL QUI A PEUT-ÊTRE SON POINT DE DÉPART DANS LE GRAND SYMPATHIQUE.

Causes. Elles sont obscures. Le glaucome atteint communément des sujets âgés de quarante-cinq à soixante ans. Suivant Regnoli, on l'observe plus fréquemment en Italie qu'en France. Les femmes y sont, dit-on, plus exposées que les hommes. Il est rare que les deux yeux soient pris simultanément. On a accusé la goutte, le rhumatisme, les hémorroïdes, la ménopause, la dysménorrhée, la suppression d'ulcères aux membres inférieurs. Pendant que les uns considèrent la maladie comme fréquente chez les gens riches, d'autres en font l'apanage des pauvres.

Pronostic. Il est grave, puisque la perte de la vision est la terminaison à peu près obligée du glaucome, et que la thérapeutique n'a que des ressources bornées contre cette affection.

Traitement. Les antiphlogistiques, les exutoires de toutes sortes, pommade stibiée, séton, cautères, moxas; les eaux minérales, les collyres divers ne donnent aucun résultat satisfaisant. La thérapeutique se bornait, il y a quelques années à peine, à des prescriptions insignifiantes: calmer les douleurs névralgiques; éviter toute fatigue et toute irritation de l'œil sain; purgatifs, pédiluves, sinapismes, en cas de dysménorrhée, de suppression d'hémorroïdes; antiarthritiques, en cas de diathèse goutteuse; toniques, chez les sujets débiles, cacochymes. Tel était l'état des choses, lorsque A. de Græfe, se fondant sur ce que tous les accidents du glaucome sont le résultat d'une pression intraoculaire exagérée, proposa d'y remédier en *excisant une portion considérable de l'iris* (pour le procédé opératoire, voy. p. 73 de ce volume). Les modifications au manuel opératoire proposées par Bowman et Critchett ne nous semblent pas heureuses. Hancock combat le glaucome non plus par l'excision d'une portion de l'iris, mais par la *division du muscle ciliaire*. Pour arriver à ce but, il introduit un couteau à cataracte à la partie inférieure et externe du bord de la cornée, à son union avec la sclérotique. La pointe du couteau est poussée obliquement, d'avant en arrière et de haut en bas, jusqu'à ce que les fibres de la sclérotique soient divisées obliquement dans une étendue d'environ un huitième de pouce. C'est un véritable *débridement* de la sclérotique que l'on exécute en agissant d'après les indications précédentes, et rien ne prouve que la section du muscle ciliaire soit pour quelque chose dans les bons résultats obtenus.

Appréciation de l'iridectomie dans le traitement du glaucome.

Il y a deux choses à considérer ici: la valeur proprement dite de la méthode, l'explication des résultats obtenus. Il est très-vrai que, dans le *glaucome aigu*, l'iridectomie donne les plus beaux résultats. Au bout de quelques jours, la vue, alors qu'elle était réduite avant l'opération à distinguer la lumière des ténèbres, est recouvrée. Mais ce résultat n'est pas durable, et après quelques mois la vision baisse progressivement et le malade arrive à la cécité.

Dans le *glaucome à marche lente*, les résultats de l'iridectomie sont moins satisfaisants. J'ai appliqué maintes fois l'iridectomie dans des glaucomes chroniques ; en général, j'ai observé une amélioration après cette opération ; mais je puis assurer qu'elle ne persistait pas au delà de quelques semaines ou de quelques mois. Si d'autres praticiens ont proclamé un résultat plus avantageux, c'est qu'ils ont eu affaire à de simples amblyopies compliquées de douleurs névralgiques, affections dont il est facile, avec un peu de complaisance, de faire des glaucomes chroniques. J'ai été consulté par des sujets atteints de glaucome, et qui avaient subi une iridectomie entre les mains d'un autre praticien ; ils n'avaient retiré aucun bénéfice de l'opération.

Reste à expliquer le mode d'action de l'iridectomie dans le glaucome. De Græfe en rend compte par la diminution de la pression intraoculaire ; en soustrayant une portion du contenu de l'œil, le contenant est soumis à une tension moins forte. Cette interprétation n'est pas acceptable, parce qu'en effet l'humeur aqueuse, reproduite immédiatement après l'iridectomie, remplace la portion d'iris enlevée ; que, s'il était réellement indiqué de diminuer la pression intraoculaire, il serait plus simple d'enlever le cristallin. Est-il plus rationnel d'admettre, avec Pagenstecher, que l'excision d'une portion de l'iris diminue la masse du sang veineux de la choroïde, parce qu'on soustrait une certaine portion de sang veineux à l'iris, et que tout le sang de cette membrane retourne à la choroïde ? Que penser enfin de l'interprétation donnée par Hancock pour justifier sa méthode de traitement (voy. p. 245), que la résection d'une portion de l'iris relâche le tenseur de la choroïde et diminue la pression par la voie musculaire ? Il faudrait d'abord prouver que c'est bien la pression intraoculaire exagérée qui donne lieu à tous les accidents du glaucome. Il nous semble plus rationnel d'admettre que l'iridectomie agit heureusement dans le glaucome aigu, parce que, par cette opération, on pratique un véritable débridement de l'œil, ce qui rend compte aussi des résultats qu'obtient Hancock par sa méthode. Cette explication ne peut plus s'appliquer au glaucome chronique : alors que les symptômes inflammatoires font défaut ou sont peu marqués, l'excision d'une portion d'iris agit-elle simplement comme modificateur puissant de l'innervation de l'œil, ainsi que l'avance Taignot ? Nous croyons qu'elle produit un autre effet : le système vasculaire artériel du globe est représenté par l'artère ophthalmique et toutes ses branches, formant par leur ensemble un petit système indépendant, destiné à recevoir une certaine somme de sang pendant un temps déterminé. Ce sang est réparti entre les diverses membranes du globe ; s'il en arrive moins à l'une d'elles, les autres en bénéficieront. L'iris est un organe essentiellement vasculaire : quand on enlève une portion du diaphragme, on diminue en même temps la quantité absolue de sang artériel qui lui arrive, d'où l'afflux d'une plus grande quantité de liquide nourricier aux autres parties vasculaires, c'est-à-dire à la choroïde et à la rétine, d'où une stimulation plus active de cette dernière membrane.

CHAPITRE VI.

ATROPHIE DE L'ŒIL.

On désigne sous le nom d'*atrophie* de l'œil une diminution plus ou moins considérable survenue dans le volume de l'organe, par suite d'un travail pathologique. On lui donne le nom de *phthisie*, lorsque le globe est arrivé à des dimensions aussi exigües que possible.

Les causes les plus fréquentes sont les blessures involontaires ou volontaires de l'organe. Ainsi on l'observe après les opérations de cataracte par extraction ou par abaissement suivies d'une phlegmasie intense. Il est très-rare que le phlegmon de l'œil ne présente pas ce mode de terminaison.

Le globe atteint d'atrophie présente des dimensions variables. Sous ce rapport, il nous semble possible d'établir trois degrés : dans le premier, l'œil a peu diminué de volume ; il faut une certaine attention et une comparaison avec l'œil sain, pour reconnaître la différence de dimension des deux organes ; si on commande au sujet de rapprocher doucement les paupières, on reconnaît que, du côté affecté, la paupière supérieure est déprimée vers l'orbite et ne présente plus cette convexité transversale due à ce qu'elle se moule sur la saillie de même forme du globe subjacent. L'œil lui-même présente une mollesse très-appreciable au doigt ; la pulpe de celui-ci s'appuyant sur le globe ne rencontre plus cette résistance et cette élasticité dénotant qu'il existe une juste proportion entre la capacité de la coque et le contenu de celle-ci. L'iris est souvent tremblotant.

Au second degré, la diminution dans le volume de l'œil est manifeste. L'organe prend une forme cubique ; la surface scléroticale présente quatre sillons plus ou moins profonds dirigés d'arrière en avant, s'arrêtant à la circonférence de la cornée, et répondant à la situation des muscles droits supérieur, inférieur, interne et externe. Par suite de leurs contractions répétées, ces muscles ont fini par déprimer la portion subjacente de la coque oculaire qui a perdu son élasticité. La cornée est rapetissée et offre parfois quatre stries d'un blanc bleuâtre qui s'entre-croisent au centre, où elles forment une plaque de même couleur. Ces stries sont de véritables plis de la cornée, dus au ratatinement de cette membrane. Ces mêmes plis se retrouvent à la face interne de la sclérotique, au niveau des sillons dont il a été question précédemment ; à côté des plis principaux, on en trouve de plus courts et de moins saillants. L'iris est de teinte sale, quelquefois appliqué sur la face postérieure de la cornée, d'autres fois rétracté en arrière, en forme d'entonnoir peu profond ou de godet, dont le sommet répond à la pupille. Celle-ci est presque toujours oblitérée par quelque exsudat plastique ou purulent. Plus profondément, on constate d'autres altérations : une couche fibro-albumineuse, épaisse et blanche-grisâtre à la surface externe de la choroïde ; un plissement de certaines portions de cette