

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

membrane; une ossification partielle de la rétine; un rétrécissement du nerf optique réduit en filament.

Au troisième degré, le volume du globe est tellement réduit, qu'il est caché au fond de l'orbite; la cornée, très-petite, a la forme d'un ovale à grand diamètre transversal et conserve parfois une certaine vascularité et des infiltrations plastiques qui masquent l'état des parties plus profondes. Lorsque la base de l'orbite est saillante, la paupière supérieure est tombante et ne peut, faute de soutien en arrière, être suffisamment relevée par la volonté du patient.

L'atrophie de l'œil, au premier degré, peut être arrêtée dans sa marche par un traitement approprié à la lésion. Il n'en est plus de même dans les autres degrés de l'affection. L'art ne possède alors qu'un moyen palliatif: la pose d'un *œil artificiel*. (Voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 529 et suiv.)

CHAPITRE VII.

HYDROPHTHALMIE.

On donne le nom d'*hydrophtalmie*, d'*hydranose oculaire* à une affection caractérisée par une augmentation de volume du globe, augmentation due à l'hypersécrétion des liquides de l'organe.

Espèces. L'hydrophtalmie a été divisée en plusieurs espèces, d'après la partie de l'œil qui est affectée d'hydropisie. Celle-ci peut se développer à la fois dans tous les milieux liquides de l'organe, auquel cas on dit qu'il y a *hydrophtalmie générale*. L'affection reste-t-elle circonscrite au segment de l'œil compris entre la cornée et le cristallin, c'est une *hydrophtalmie partielle et antérieure*; occupe-t-elle le corps vitré, on la dit *hydrophtalmie partielle postérieure*. On admet encore une *hydrophtalmie sous-rétinienne* et *sous-choroïdienne*, affections décrites précédemment sous le nom de *décollement de la rétine* (p. 191).

Causes. L'hydropisie de l'œil est presque toujours la conséquence d'une inflammation subaiguë ou chronique de la cornée, de la membrane de Descemet, ou de l'iris et de la choroïde. Elle se développe quelquefois sous l'influence d'un refroidissement (O'Beirne), après la suppression d'une dyssenterie (Pauli). L'état général de la constitution, notamment la diathèse strumeuse, est une cause prédisposante. L'hydrophtalmie *partielle* ou *totale* est parfois *congénitale* (p. 1 et 232 de ce volume).

Symptômes. Ils diffèrent suivant l'espèce d'hydrophtalmie :

1° HYDROPHTHALMIE DES CHAMBRES DE L'HUMEUR AQUEUSE. Au début, la cornée est plus saillante qu'à l'état normal. Plus tard, cette membrane augmente d'étendue dans ses divers diamètres, en même temps qu'elle s'amincit. Puis elle devient nuageuse, offre des opacités partielles, surtout

près de la circonférence. L'iris prend une teinte sombre et est tremblotant; quelquefois il est absorbé, ou réduit à un limbe étroit; la pupille, tantôt un peu dilatée, tantôt très-dilatée, n'exécute plus de mouvements et contracte souvent des adhérences avec la capsule antérieure du cristallin. Parfois le cristallin, enfoncé en arrière dans l'intérieur de l'œil, entraîne la pupille de son côté, de telle façon que l'iris présente la forme d'un entonnoir. L'œil est plus mou au toucher; la sclérotique est amincie et présente une teinte bleuâtre, vers la circonférence antérieure. Les malades éprouvent une sensation de pression et de distension dans l'œil; rarement de la douleur, à moins qu'il n'y ait des phénomènes inflammatoires. Les troubles fonctionnels varient: au début, c'est de la myopie; plus tard, la vue s'affaiblit de plus en plus; les malades accusent de la myodésopsie. Rarement on observe une cécité complète. Les mouvements du globe sont gênés.

Il faut mentionner spécialement la variété d'hydrophtalmie qui occupe la *chambre postérieure* seulement. Elle se développe lorsque la pupille s'oblitére à la suite d'une iritis; ou bien encore lorsque, l'iris ayant contracté des adhérences avec une grande partie de la face postérieure de la cornée, la chambre antérieure est oblitérée. Dans ces cas, la cornée a conservé ses dimensions normales; il existe à la réunion de cette membrane et de la sclérotique une saillie bleuâtre plus ou moins large, qui ressemble au staphylôme commençant du corps ciliaire et qui est formée par une distension de la portion correspondante de la sclérotique et de la choroïde.

2° HYDROPIE DU CORPS VITRÉ. Le globe est augmenté de volume, surtout en arrière de la cornée. Celle-ci est repoussée en avant, sans éprouver d'autre changement. La sclérotique fait saillie dans les intervalles des muscles droits, de façon que l'œil a une tendance à se rapprocher de la forme carrée. L'humeur aqueuse est diminuée de quantité; l'iris, poussé en avant, est appliqué contre la cornée, la pupille dans un état moyen de dilatation. L'œil comprimé avec le doigt semble mou. La sclérotique distendue offre une couleur bleue-foncée. La vision est affaiblie ou perdue; les mouvements du globe sont gênés, plus tard abolis. Au début les malades ressentent de la douleur dans l'œil; cette douleur s'étend parfois à tout le côté correspondant de la tête, aux dents et au cou.

3° HYDROPHTHALMIE GÉNÉRALE. Elle est caractérisée par les symptômes propres aux deux variétés précédentes. Tous les tissus prennent part à l'augmentation de volume du globe. La cornée est plus grande et plus saillante; les chambres de l'humeur aqueuse sont plus étendues; l'iris a de plus grandes dimensions. Quelquefois l'œil acquiert un volume tellement considérable, que les paupières ne peuvent arriver au contact l'une de l'autre (*hydrophtalmie*). La vision est notablement affaiblie ou perdue.

Marche. Terminaisons. L'hydrophtalmie antérieure peut rester stationnaire, si elle est congénitale. Dans des conditions opposées, l'hydropisie gagne parfois le reste de l'œil. L'hydrophtalmie générale congénitale guérit quelquefois spontanément; d'autres fois, elle reste stationnaire jusqu'à la puberté; alors l'œil augmente brusquement de volume; la pupille, lar-