

motiques, sans négliger le traitement général, et, en particulier, les dérivatifs sur le tube intestinal.

Au contraire, lorsque la pupille est rebelle à l'action du collyre au sulfate neutre d'ésépine, lorsque la tension intra-oculaire demeure la même, lorsque les symptômes congestifs ne perdent rien de leur acuité, il faut pratiquer, le plus vite possible, une iridectomie *large et périphérique*; cette opération donne d'excellents résultats dans la moitié des cas environ; mais elle est difficile et ne peut être faite convenablement que par le spécialiste. Sous son influence, la tension du globe redevient normale, les douleurs disparaissent, la cornée reprend sa transparence, et le malade récupère une vision à peu près égale à celle qu'il possédait avant l'attaque.

Sans doute, les ponctions répétées de la chambre antérieure et la sclérotomie ont, à leur actif, un grand nombre de succès; mais je regarde ces interventions comme inférieures à l'iridectomie, dans le traitement du glaucome aigu.

Il arrive que, malgré le traitement le plus énergique, le glaucome aigu passe à l'état chronique, ou devient *glaucome absolu*. Dans le premier cas, les moyens médicaux seront seuls continués. L'énucléation sera le seul remède à opposer aux douleurs violentes et continues, dans le second cas.

