

de calmer la douleur qu'autant qu'ils seront chauds ». Plus tard, Scarpa, Gosselin, etc., vantèrent l'eau chaude, en particulier dans l'ulcère hypopyon. Demours, Rognetta, Ware, en conseillent l'emploi dans les abcès de la cornée, les conjonctivites, le blépharospasme, etc. Enfin, Mackensie, Jacobson, Louis, et de Græfe surtout, en posent les indications actuelles.

La chaleur excessive détermine, sur la région oculaire comme ailleurs, la brûlure et la nécrose; de 33° à 43°, elle provoque de simples modifications nutritives et vasculaires.

La chaleur *sèche* est peu usitée et d'un emploi difficile. On a toutefois pu maintenir sur l'œil des plaques chaudes, ou établir des disques creux constitués par de petits tubes que traverse un courant d'eau chaude.

La chaleur *humide* est ordinairement préférée. Elle comprend : les cataplasmes, les compresses ou tampons, les bains, les irrigations, les fumigations, les pulvérisations, les vaporisations.

Les *cataplasmes* sont plus ou moins chauds.

Les *compresses* ou *tampons* sont constitués par des morceaux de linge ou de ouate hydrophile que l'on applique sur l'œil. Les compresses sont trempées toutes les cinq minutes dans le liquide chaud, puis réappliquées; les tampons sont humectés sur place et semblent préférables. Dans les deux cas, il est nécessaire de recouvrir le tout avec un morceau de taffetas gommé qui conserve la chaleur et l'humidité. Les *bains* se prennent dans une œillère, un coquetier, etc. Les *irrigations* se pratiquent avec un appareil à siphon, une poire en caoutchouc, de la ouate pressée, etc.

Les *fumigations* se font de diverses manières. On peut envelopper la tête d'une couverture et recevoir les vapeurs sur tout le visage, ou bien limiter l'orifice de dégagement et y appliquer un œil ou les deux yeux. Demours, à cet effet, se servait d'un entonnoir dont la partie évasée recouvrait le récipient d'eau chaude, et dont le tuyau correspondait à l'œil. Les fumigations comportent le plus souvent des aromates.

Les *vaporisations* sont pratiquées avec des appareils à main

analogues à ceux de Richardson, ou avec de petits appareils à vapeur tels que celui de Lourenço.

Les liquides employés sont de l'eau simple, des eaux distillées, des eaux médicamenteuses, en infusions, décoctions, solutions antiseptiques, etc.

L'*action physiologique* de la chaleur sur l'œil, comme sur les autres organes, n'est pas parfaitement établie. On a d'abord pensé qu'elle relâchait les tissus et dilatait les vaisseaux, mais on n'a pas tardé à constater que ses effets sont assez complexes, car elle exalte la nutrition locale et favorise l'élimination des produits morbides par exagération de la diapédèse et de la phagocytose.

A l'action physiologique de la chaleur s'ajoute celle des agents auxquels elle est associée.

L'*action thérapeutique* de la chaleur humide est manifeste dans l'inflammation et la réparation des tissus oculaires. Elle diminue la douleur, la rougeur, les sécrétions morbides; elle active la nutrition locale et favorise l'élimination des éléments de déchet. La douleur, faible dans les conjonctivites et les blépharites, mais plus ou moins forte dans les kératites et surtout les iritis, diminue rapidement. Elle agit aussi favorablement dans les suppurations palpébrales ou cornéennes, en facilitant l'ouverture des abcès et leur détersion. Elle est encore avantageuse dans le blépharospasme.

Cette action générale de la chaleur humide est nécessairement limitée aux annexes et au segment antérieur de l'œil, car les parties profondes restent en dehors de son influence.

Indications. — Elles sont fréquentes dans les diverses affections oculaires.

1° *Affections lacrymales.* Relevant surtout de troubles mécaniques des voies d'excrétion, sténose ou occlusion, elles ne sont influencées par la chaleur que dans les dacryocystites phlegmoneuses ou leurs complications kérato-conjonctivales. Les cataplasmes, les irrigations, les douches seront surtout indiqués.

2° *Affections palpébrales.* Simples ou compliquées, elles

sont très amendées par les cataplasmes, les compresses et les douches. Qu'il s'agisse de blépharites glandulo-ciliaires avec tuméfaction marginale ou de blépharites pustuleuses avec orgelets, chalazions, etc., l'inflammation diminue rapidement.

3° *Affections conjonctivales.* Les conjonctivites simples, granuleuses, catarrhales, purulentes, pseudo-membraneuses peuvent se trouver bien de la chaleur humide, en applications courtes, tampons chauds, irrigations ou douches. C'est surtout à la période aiguë que son action est le plus manifeste. La rougeur, le gonflement, la douleur, tombent rapidement. Parmi toutes les conjonctivites, la forme phlycténulaire est celle où l'amélioration est la plus constante et la plus manifeste.

4° *Affections cornéennes.* La chaleur humide sera surtout utile, dans les infiltrations aiguës de la cornée et dans les ulcérations consécutives, pour calmer la douleur, hâter la résolution et activer la cicatrisation. Dans les ulcères, elle facilite la résistance des tissus; dans les hypopyons, elle accélère la résorption purulente; enfin, dans tous les cas où la cornée est menacée dans sa nutrition, dans tous ceux où la réparation doit se produire, la chaleur humide est favorable. Les kératites parenchymateuses, phlycténulaires, serpiginieuses, les ulcères atoniques seront ainsi améliorés.

5° *Affections iriennes.* Caractérisées ordinairement par de la douleur péri-orbitaire, de la congestion péri-kératique et des exsudats, la chaleur humide les améliore et favorise notablement l'action des topiques médicamenteux.

6° *Suppurations.* Les blépharites, les conjonctivites et les kératites suppurées sont amendées par la chaleur humide, en ce sens que la réaction est moins douloureuse, que la détersion et que la réparation sont plus hâtives; il en est de même dans les iritis purulentes ou les panophtalmies en voie d'évolution. Cependant, au début de certaines infections suppuratives de la cornée, il sera bon d'éviter la chaleur, qui semble favoriser l'infection locale.

II. — Froid.

§ 439. Le froid, comme le chaud, a été employé de tout temps en thérapeutique oculaire. Ses indications mêmes étaient assez nettement posées par les anciens, puisque Hippocrate, après avoir vanté l'eau chaude dans les ophtalmies douloureuses, ajoute : « L'eau froide convient aux yeux dont la rougeur est exempte de douleur. » Dans la suite, le froid gagne du terrain, et bon nombre d'affections oculaires catarrhales ou autres subissent les lotions ou les compresses glacées. Il en est ainsi jusqu'au milieu de notre siècle et même à cette époque comme aujourd'hui, Chassaignac préconise les grandes irrigations dans diverses maladies des yeux et surtout l'ophtalmie des nouveau-nés. Avec Mackensie et de Græfe, ultérieurement, on revient à l'eau chaude.

L'application du froid, en thérapeutique, comprend des températures de 0 à 15°. Les agents ordinaires sont encore les cataplasmes, les compresses ou tampons, les bains, les irrigations, les pulvérisations, la glace pilée, etc.

Les pulvérisations faites avec certains corps volatils comme l'éther, le chlorure de méthyle, doivent être discrètes et prudentes; enfin, si l'on emploie la glace, on la mettra dans une vessie, un condom, un cornet d'ouate suspendu sur l'œil ou au-devant de l'œil, de telle sorte qu'il y ait simple contact et non pression contre le globe.

L'action physiologique du froid est bien connue. Les fibres lisses du derme se rétractent, les vaisseaux et les espaces lymphatiques se resserrent, se vident des éléments qu'ils renferment; il survient une sorte d'horripilation et de contraction qui aboutissent à la pâleur, à l'anémie locale.

Le froid diminue aussi la masse sanguine de la région et en augmente la pression. Si l'application frigorifique est forte et de courte durée, la contraction vasculaire fait place à la dilatation, l'anémie à l'hyperémie, l'excitation circulatoire à son ralentissement. Si le froid est moins vif, la contraction

vasculaire est plus lente et plus faible, et la dilatation consécutive moins marquée.

L'action thérapeutique du froid se manifeste dans l'inflammation et la cicatrisation.

A un degré élevé et avec application continue, il calme la douleur, excite la circulation et semble défavorable à l'action microbienne. Dès que la réaction survient, la circulation se ralentit, les douleurs augmentent et la nutrition languit. Dans les degrés excessifs, on sait que la mortification peut survenir et que la réaction vasculaire passagère est susceptible de produire du sphacèle. Les sécrétions morbides sont d'abord diminuées, puis augmentées; la cicatrisation, par suite du ralentissement nutritif, est plus ou moins entravée. Il semble bien que la vitalité des agents infectieux microbiens soit affaiblie et que le processus suppuratif, en particulier, reste plus ou moins entravé par le froid continu. Peut-être certaines toxines microbiennes sont-elles altérées (R. Pictet). L'action générale du froid, action constrictive, anémiant et calmante tout d'abord, dilatatrice, congestive et irritante ensuite, nous donne une idée des principaux avantages de l'eau froide en thérapeutique oculaire et de ses inconvénients. Toutes les fois que nous aurons des hémorragies faibles, du relâchement des tissus et pas de douleur, le froid sera utile; il sera nuisible dans le cas contraire.

Ses indications sont rares. Les affections lacrymales, palpébrales, conjonctivales, n'acceptent le froid qu'après certaines actions caustiques ou opératoires ayant déterminé une forte douleur; encore vaut-il mieux employer la cocaïne ou la chaleur, et il faut toujours y revenir dès que la douleur est diminuée.

Les lésions cornéennes et iriennes, d'une manière générale, s'accommodent mal du froid.

Ce n'est guère qu'après les cautérisations cupriques dans l'ophtalmie granuleuse, les attouchements nitrates dans les ophtalmies purulentes, et après l'opération de la cataracte que nous avons recours à l'eau froide.

Les suppurations demandent toutefois l'eau glacée à moins qu'elles ne constituent un mode de terminaison acceptée et inévitable, auquel cas la chaleur est préférable.

Nous employons le froid et même la glace lorsque nous craignons, après une opération de cataracte, des complications suppuratives d'origine lacrymale ou bien lorsque nous sommes en présence d'une infiltration cornéenne post-opératoire. La glace en permanence est nécessaire si l'on veut éviter une réaction congestive et douloureuse; elle est parfaitement tolérée et, dans plusieurs cas, nous avons obtenu d'excellents résultats. Dès qu'il ne s'agit plus d'arrêter un processus infectieux, mais d'aider le processus réparateur, la chaleur reprend tous ses droits.

Dans certaines ophtalmies suppuratives, blennorrhagiques surtout, les moyens antiseptiques sont supérieurs à ceux de la réfrigération, car il importe surtout de favoriser la nutrition cornéenne; la chaleur est alors indiquée, mais on peut parfois, au début, user longuement de l'eau froide en irrigations et en pulvérisations.

Les véritables indications du froid sont donc la menace d'infection, de suppuration et la diminution de la douleur ou de l'irritabilité locale, après certaines opérations ou quelques pansements spéciaux. Encore faut-il continuer les applications froides un certain temps et à un degré suffisant pour éviter une réaction qui irait à l'encontre du but que l'on veut atteindre.

III. — Révulsifs.

§ 440. La révulsion a pour but de déplacer, de supprimer ou de diminuer l'inflammation de l'organe malade par l'irritation d'une région voisine ou éloignée.

La révulsion a sa raison d'être dans l'observation de certains actes de balancement ou de corrélation organiques. Elle agit, par le système nerveux, sur la circulation sanguine ou lymphatique et sur la nutrition générale ou locale.

Les ventouses simples ou scarifiées, les sangsues agissent comme révulsifs mais aussi comme dérivatifs sanguins. La cautérisation chimique et surtout ignée est avantageuse autour de la cornée, dans la sclérite, le décollement rétinien. Les injections sous-conjonctivales de sublimé possèdent une certaine action révulsive (Panas).

Les sétons, cautères, vésicatoires, sinapismes, etc., présentent un plus petit nombre d'applications qu'on ne le croit généralement.

Le *séton* est employé à la nuque, vers la queue du sourcil, pour des affections chroniques externes ou internes. Il est malpropre, gênant, dangereux par les inflammations qu'il peut provoquer. Il paraît très utile cependant dans certaines affections oculaires d'origine cérébrale, les névrites optiques en particulier.

Les *cautères* au bras, à la jambe, etc., présentent les mêmes inconvénients; comme le séton et mieux que lui encore, ils sont pourtant avantageux, à la nuque, dans quelques affections chroniques et profondes de l'œil.

Les *irritants cutanés*, huile de croton, teinture d'iode, tartre stibié, les vésicatoires sont les seuls agents que l'on puisse manipuler aisément. Aussi en abuse-t-on. Il survient en effet, après ces révulsifs, des rougeurs, de l'eczéma, de l'impétigo, des abcès, des érysipèles; ce sont là des complications hors de proportions avec les avantages espérés.

On emploie très souvent des révulsifs dans les affections iriennes, choroïdiennes, kératiques ou conjonctivales. Dans les affections profondes et cornéennes, les médications topiques ou générales donnent des résultats qui permettent de négliger ordinairement les effets aléatoires et douloureux de la révulsion locale.

Dans l'ophtalmie phycéténulaire, les révulsifs, utiles en principe, sont généralement fâcheux. Les sujets sont lymphatiques et infectés localement; ils ont de la photophobie, du blépharospasme, des complications irido-cornéennes. Faut-il augmenter leur faiblesse par des sétons, des cautères; leurs

douleurs par des vésicatoires; leurs réflexes par des excitants; leur infection par de nouveaux foyers? Nous ne le croyons pas.

La révulsion en général est donc utile mais plus souvent incertaine, désagréable, dangereuse; on doit la remplacer par des agents mydratiques, myotiques, anesthésiques, antiseptiques ou calmants.

On la réservera exceptionnellement pour quelques affections chroniques externes et profondes du tractus uvéal, de la rétine, du nerf optique et des centres nerveux où les indications locales sont assez vagues et où la thérapeutique habituelle n'a donné que des résultats nuls ou insuffisants. Les sétons et les cautères seront exceptionnels; les vésicatoires, les rubéfiants, rares; la cautérisation ignée sera réservée aux sclérites, aux épiscclérites et au décollement rétinien.

IV. — Collyres.

§ 441. Ce sont des topiques, appliqués directement sur l'œil. On les divise en collyres secs, mous, liquides et gazeux. Les liquides constituent les collyres proprement dits.

Les collyres *secs* sont des poudres comme le sucre, le calomel, l'alun, le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, l'iodoforme etc., que l'on insuffle dans l'œil.

Les collyres *mous* sont des pommades à base de cérat, d'axonge, de glycérine, de vaseline, de lanoline, que l'on applique avec des pinceaux, une tige de bois, un rouleau de papier, un bâton de verre, etc.

Les collyres *liquides* sont des solutions que l'on instille sur la conjonctive directement avec le flacon, un compte-gouttes ou un tube quelconque.

Les collyres *gazeux* enfin sont des produits volatils, baume de Fioravanti, ammoniacque, etc., que l'on dirige sur les yeux; on les remplace avantageusement aujourd'hui par des douches de vapeurs phéniquées, sublimées, boriquées, surtout

chaudes, dont on fait un si fréquent usage dans les conjonctivites, les kératites, les iritis, etc.

Poudres. — L'acétate de plomb est employé avec fruit, sur les conjonctives palpébrales trachomateuses, par les oculistes belges, mais il expose à des leucomes fâcheux et peut être remplacé par des scarifications, le râclage, etc. Le sucre, l'os de seiche, excitent inutilement les cornées leucomateuses, quant au calomel, il peut être dangereux, soit qu'il se transforme en bichlorure de mercure, ce qui n'est pas démontré, même après ingestion de sel marin, soit plutôt qu'il forme des filaments qui irritent fâcheusement les culs-de-sac conjonctivaux; on le prescrit bien souvent encore dans l'ophtalmie phlycténulaire, mais nous y avons presque complètement renoncé.

Pommades. — Elles sont très utiles, surtout à base de vaseline. On emploie assez largement la pommade au précipité jaune dans certaines lésions blépharitiques, conjonctivales ou kératiques phlycténulaires des jeunes lymphatiques. La vaseline iodoformée est un excellent topique dans toutes les infections externes de l'œil, etc. La vaseline est enfin, chez les enfants, l'excipient préféré des myotiques, des mydriatiques ou de quelques antiseptiques, les corps gras constituant des agents plus adhérents et plus sûrs que les liquides.

Collyres proprement dits. — Les collyres actuels sont ordinairement de simples solutions dans de l'eau simple, des eaux distillées médicamenteuses. On peut les diviser en collyres caustiques ou astringents, antiseptiques, myotiques et anesthésiques.

Caustiques et astringents. — L'acide chromique, le nitrate d'argent, sont caustiques. L'acide chromique n'est utile que dans certaines granulations dures, scléreuses, pour les décaper en quelque sorte et permettre l'action des astringents cupriques; encore sera-t-il remplacé avantageusement par le scarificateur et pourra-t-on le délaissier.

Le nitrate d'argent rendra d'éminents services dans les ophtalmies blennorrhagique, blennorrhéique, purulente simple,

ou même dans certaines formes catarrhales. On devra l'employer alors à la dose de 1/30^e à 1/50^e, l'appliquer soi-même et directement avec un pinceau sur les parties de la conjonctive malade, les culs-de-sac surtout, enfin ménager la cornée en neutralisant, s'il y a lieu, au sel marin, l'excès du caustique. On pourra même, pour détruire les microbes, y ajouter une instillation à 1/50^e de la même substance. Cette application sera faite deux fois par jour dans l'ophtalmie blennorrhagique ou des nouveau-nés, une fois seulement dans les ophtalmies purulentes simples ou catarrhales aiguës. Créé et généralisé cette méthode comme traitement préventif ou prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés. Il suffit alors, après toilette oculaire de l'enfant, d'un attouchement ou d'une instillation de la solution au cinquantième.

Les sulfates de zinc et de cuivre, les précipités rouge, jaune et blanc, l'alun, sont surtout astringents. En dehors du précipité jaune, spécifique dans les ophtalmies phlycténulaires, ils constituent de simples excitants, de prétendus substitutifs qui ne semblent vraiment utiles que dans certaines conjonctivites catarrhales chroniques et torpides.

Les inconvénients des astringents sont nombreux, car, employés mal à propos, douloureux, irritants, ils deviennent parfois la source de sérieuses complications. La douleur ne serait pas un grand inconvénient pour les malades, puisque pour beaucoup d'entre eux, elle est la mesure de l'efficacité thérapeutique, mais les complications peuvent devenir graves. Ce sont des incrustations calcaires de la cornée, des eschares, des colorations fâcheuses de la conjonctive, etc. L'acétate de plomb, les sulfates, le nitrate d'argent, etc., sont particulièrement en cause.

Rolland cite, chez un jeune homme, une plaie traumatique de la cornée, pansée par un pharmacien avec une solution d'extrait de Saturne; deux jours après, la cornée était blanche comme de la craie, et l'on dut la décaper avec le couteau de de Græfe. Brière relate le fait de deux capitaines marins qui, atteints d'ophtalmie, usèrent d'un collyre à l'eau blanche

et produisirent sur leur cornée un épais dépôt de carbonate plombique. On voit assez souvent des incrustations cornéennes par le sous-acétate de plomb. Manouvrier aurait même observé un cas d'intoxication saturnine par l'usage longtemps continué de cet agent en collyre et de l'eau blanche en fomentation. Enfin on rencontre des conjonctives grises, ardoisées, presque noires sous l'influence trop prolongée des cautérisations nitratées (argyrose), et nous avons très fréquemment enregistré des altérations graves de la cornée produites par un usage immodéré ou mal surveillé de l'azotate d'argent dans l'ophtalmie des nouveau-nés.

Mydriatiques. — L'usage thérapeutique des mydriatiques est très ancien. Galien observait déjà qu'on pouvait, avec la belladone, transformer les yeux bleus en yeux noirs. Au siècle dernier, Marchand, de Nîmes, l'emploie pour donner de la vue aux cataractés. Mais c'est surtout Himly qui généralise l'emploi des mydriatiques en ophtalmologie (1800). Wells, dès 1811, indique leur action parétique sur l'accommodation. Enfin, Brandes, en 1825, isole l'atropine et Mein, en 1833, l'obtient absolument pure.

Depuis cette époque, à côté de l'atropine, la duboisine, la gelsamine, la daturine, l'hyoscine, l'hyosciamine, la cocaïne, l'homatropine, la scopolamine sont employées comme mydriatiques, et offrent, la cocaïne exceptée, des propriétés semblables et la possibilité de faire naître des accidents analogues.

L'*atropine* alcaloïde de la belladone, qui est le plus usité de tous, calme la douleur oculaire et, comme effet physiologique général, diminue les sécrétions. On la prescrit sous forme de sulfate neutre (à 1/100^e et 1/2/100^e) dans les affections de la cornée et de l'iris.

La *duboisine* a été isolée simultanément par Petit, à Paris et Gerrard, à Londres. Elle paraît un peu plus active que l'atropine; et paralyse l'accommodation plus vite et plus complètement. La *daturine* et l'*hyoscyamine* sont moins utiles que l'atropine mais conviennent à certains cas d'intolérance atropinique.

Les recherches de Ladenburg ont montré que l'atropine peut se décomposer en tropine et acide tropique. En remplaçant l'acide tropique par d'autres corps, on a formé des tropéines. C'est ainsi qu'on peut préparer des tropéines avec les acides salicylique, benzoïque, sulfurique, amygdalique. Celle que l'on prépare avec l'acide amygdalique constitue l'*homatropine*, mydriatique comme l'atropine dont il existe des sulfates, des chlorhydrates et des bromhydrates.

La *drumine* a été extraite de l'euphorbia drumondii par Reid (Australie); elle est anesthésique et ne produit qu'une faible mydriase.

Le chlorhydrate ou encore le bromhydrate de *scopolamine* est très vanté par Ræhlmann (de Dorpat), comme succédané de l'atropine, dont il n'aurait pas les inconvénients glaucophiles.

La *cocaïne* est un mydriatique faible, mais agréable et anodin; elle est anesthésique et ne produit guère d'hypertonie. On peut l'employer pour l'examen ophtalmoscopique de la cataracte, du fond de l'œil, etc.

Giesel a isolé la *tropacocaïne* de la coca du Japon et Liebermann l'a obtenue par synthèse. Cette substance est analogue à la cocaïne; elle paraît même moins toxique et d'action plus rapide; enfin elle serait un peu antiseptique et se conserverait plusieurs mois en solution, tandis que la cocaïne s'altère en quelques jours. Sur l'œil, la tropacocaïne produit un peu d'hyperémie mais pas ou peu de dilatation pupillaire. D'après Schweigger, de Berlin, le chlorhydrate de tropacocaïne à 0,01 sur 5 serait l'égal de la cocaïne et même d'action plus rapide quoique moins prolongée. Une ou deux gouttes de chlorhydrate de tropacocaïne à 3 p. 100 suffissent pour l'anesthésie opératoire. On peut diminuer la rougeur et le picotement du début en employant comme excipient la solution physiologique de chlorure de sodium (0,6 p. 100).

L'*action des mydriatiques* est controversée ou du moins différente selon certaines conditions. Elle produirait, d'après les uns, de l'hypotonie et, suivant les autres, de l'hypertonie.

Lorsque leur action est passagère, on observe l'affaiblissement de la sensibilité, la dilatation de la pupille et la paralysie de l'accommodation, la contraction des vaisseaux, la diminution de la pression intra-oculaire; quand cette action est prolongée ou que les lésions oculaires y prédisposent, on constate toujours la dilatation pupillaire et la paralysie accommodative, mais, en outre, de l'hyperémie et de l'hypotonie. Il faut constater toutefois que si l'augmentation de la pression survient parfois après un long usage, elle peut également apparaître, dans certains cas de prédisposition, après une simple instillation d'un collyre ordinaire. Il n'y a donc pas lieu, comme le veut Peltier, d'appeler la première phase, thérapeutique, et la seconde, pathologique, toutes deux pouvant être morbides. L'homatropine agit peu sur l'accommodation, et la cocaïne moins encore. La duboisine, l'atropine, la scopolamine ont sur elle une action très puissante qui dure, en s'atténuant, de cinq à six jours.

Accidents des mydriatiques. — Ces accidents sont relativement fréquents. Ils ont été signalés depuis longtemps et attribués, soit à une mauvaise préparation, soit à un usage prolongé. De nos jours, ils sont mieux connus, universellement constatés et imputés à l'impureté des collyres ou aux perturbations oculaires produites par l'alcaloïde.

Les *accidents généraux* résultent de l'absorption de l'alcaloïde et de l'impressionnabilité des sujets. C'est un empoisonnement aigu avec sécheresse de la bouche, difficulté de la déglutition, vertiges, délire, hallucinations, troubles de la vue, respiration haletante, etc.

Les *troubles locaux* sont superficiels ou profonds. Superficiels, ils sont peu importants. C'est de l'eczéma palpébral, de l'irritation de la conjonctive, des voies lacrymales et de la cornée. Les troubles locaux profonds sont surtout glaucomeux. De bonne heure, Desmarres et Warlomont les ont indiqués, puis Galezowski, Panas, Gayet, etc., publient de nombreux faits. Il semble pourtant que l'atropine ne provoque des accidents que chez le sujets prédisposés.

Il faut toujours s'en méfier sur les yeux des vieillards, affectés de cataractes volumineuses, dans les cas où il existe de l'hypertonie. L'atropine, la duboisine, la scopolamine sont spécialement à redouter. L'homatropine et surtout la cocaïne se montrent plus anodines.

Myotiques. — L'éserine et la pilocarpine diminuent la tension oculaire, excitent l'accommodation ou la tétanisent, resserrent la pupille, etc. Les myotiques peuvent aussi amener du spasme accommodatif et favoriser, dans les iritis, la production de synéchies postérieures.

L'éserine est surtout employée (0,05/10). Elle est très active, mais à la longue, mal supportée par la conjonctive. On prescrit d'ordinaire le sulfate neutre, le salicylate et le benzoate d'éserine.

La *pilocarpine* (0,10/10) est moins active mais mieux tolérée que l'éserine, qui produit une hyperémie conjonctivale notable et crée même fréquemment des conjonctivites avec hypertrophie folliculeuse considérable. On préfère le nitrate ou le chlorhydrate de pilocarpine. La cocaïne, unie à la pilocarpine et surtout à l'éserine, favorise leur action myotique; elle met, comme on l'a dit, la pupille à leur merci.

Antiseptiques. — Le *sublimé*, l'acide *phénique*, l'acide *borique*, etc., peuvent être utiles en instillations dans certaines conjonctivites infectieuses, mais leur action est minime et souvent superflue. Le sublimé au 1/5000, l'acide borique à saturation, empêchent longtemps, dans les collyres, le développement des moisissures irritantes.

On ajoute volontiers, dans la pratique, pour *aseptiser les collyres* et empêcher leur altération rapide, 1 milligramme de sublimé, ou 40 centigrammes d'acide borique sur 10 grammes de solution à la cocaïne, l'atropine, l'éserine; il ne paraît y avoir lieu en l'espèce aucune incompatibilité. Il est même prudent de laver, avant de s'en servir, les flacons et compte-gouttes en usage pour l'administration des collyres, avec la liqueur de Van Swieten; de Schweinitz (de Philadelphie) propose, comme excipient antiseptique des collyres, une solu-