

CHAPITRE IX

IRITIS ET IRIDO-CHOROÏDITES

257. Guépin aurait été le premier à appliquer le galvanisme au traitement des iritis chroniques. Dans son mémoire de 1856¹, il nous dit : « Une fois, en 1833 ou 1834, j'ai employé l'électricité avec succès dans une iritis chronique; mais depuis de nouvelles tentatives ont été sans résultat même dans des cas analogues à celui que nous avons guéri, et où le cercle de l'iris seul était malade. »

Newmann 1842² aurait expérimenté l'action curative de l'électricité dans les synéchies : « Les adhérences de la cataracte avec l'iris sont, avec les opacités de la cornée, les affections pour lesquelles le galvanisme est le plus souvent indiqué. »

Et quand ce même auteur ou son contemporain Usiglio³ rapportent qu'ils ont guéri par le galvanisme des cataractes avec synéchies considérées

¹ GUEPIN. Les agents thérapeutiques dans les maladies des yeux.... de l'électricité. *Annales d'oculistique*, 1856.

² NEWMANN. Guérisons par l'emploi du galvanisme. *Annales d'oculistique*. 1842, suppl. III, p. 244.

³ USIGLIO. Du galvanisme dans le traitement des affections organiques des yeux. *Annales d'ocul.*, 1844, t. XII, p. 93.

comme inopérables, nous voyons là, non pas une disparition de l'opacité cristallinienne, mais une résorption de l'exsudat irien sous l'influence de l'électricité.

Lobb, en 1860¹ a employé avec succès le galvanisme dans un cas d'ophtalmie rhumatismale ancienne. Le malade, sujet de cette observation, avait eu, depuis plus de quinze ans, de nombreuses attaques « d'ophtalmie rhumatismale à la suite desquelles la pupille d'un œil était considérablement rétrécie, et la vue de l'autre œil avait été notablement compromise ». Cette ophtalmie paraît être nettement une iritis rhumatismale. Sachant que la répétition de ces attaques pourrait abolir la vision, et se souvenant, d'autre part, que le galvanisme appliqué aux membres calma les douleurs rhumatismales, Lobb résolut d'utiliser cet agent pour la cure, ou du moins la prophylaxie de l'affection oculaire.

En conséquence, lors de l'approche de l'attaque suivante, il plaça une chaîne de Pulvermacher de trente-six anneaux, le pôle négatif sur les paupières fermées, et le pôle positif sur l'épine dorsale. Elle resta à demeure durant la nuit, et le lendemain toute trace d'inflammation était dissipée. D'autres attaques se manifestèrent à différents intervalles, mais elles furent invariablement enrayées par le même moyen.

« Depuis cinq ans, ajoute Lobb, ce malade doit à ce procédé la conservation de sa vision au degré qu'elle a recouvré, degré fort satisfaisant. » Lobb

¹ LOBB. Ophtalmie rhumatismale ancienne, traitée par un courant galvanique contenu. *The Lancet*, 1^{er} septembre 1860.

déclare ensuite qu'il a obtenu un excellent effet des courants galvaniques dans tous les cas semblables où il en fait usage.

Malgré ces assertions nettes, le traitement des synéchies par le courant voltaïque paraît être tombé rapidement dans l'oubli.

Carnus¹ électrisant des malades pour éclaircir le vitré, vit sous l'influence de ce traitement se rompre et disparaître des adhérences irido-capsulaires, suites d'iritis et d'irido-choroïdites de natures diverses.

Cependant ces faits avaient peu frappé Onimus, chez qui se faisaient ces expériences, puisque dans son traité d'*Électricité médicale*, il ne fait aucune allusion à ce mode de traitement des synéchies.

Franke² paraît en ignorer l'existence, et dans sa récente thèse, il en fait cette courte et seule mention : « Niden, en 1881, ne put obtenir par l'électricité la disparition des troubles cornéens et la résorption des exsudats iriens. »

258. Nous avons généralisé cette méthode et de l'iritis et l'irido-choroïdite ancienne l'avons trans portée à l'iritis et l'irido-choroïdite aiguë.

A plusieurs reprises nous avons publié brièvement les résultats de nos recherches³. Le travail

¹ CARNUS. Des troubles du vitré et de leur traitement par les courants continus. Thèse, Paris, 1874.

FRANKE. Geschichte der Electrotherapie in der Augenheilkunde. Thèse de Berlin, mars 1894.

Les courants continus dans l'irido-choroïdite aiguë. *Annales d'oculistique*, avril 1894.

Les courants continus dans les iritis anciennes avec synéchies. *Annales d'oculistique*, septembre 1894.

actuel est un exposé plus complet de nos expériences patientes continuées pendant plus de trois ans.

I. — Iritis et irido-choroïdite plastique aiguë.

I. — IRIDO-CHOROÏDITE TRAUMATIQUE

259. C'est dans ces formes que les courants continus paraissent donner les meilleurs résultats, et produire rapidement la sédation des phénomènes inflammatoires et douloureux.

XXXIII. — D..., tailleur de pierre, reçoit le 7 juin des éclats de pierre dans l'œil gauche. Un petit débris a fait une ulcération centrale de la cornée ; un éclat plus gros a atteint la paupière supérieure qui est le siège d'une légère ecchymose.

10 juin. L'ulcère cornéen est cicatrisé, mais il s'est déclaré une irido-cyclite intense contre laquelle les moyens habituels (atropine, compresses chaudes, sangsues, ré-vulsifs) restent sans effet.

20 juin. Nous tentons une iridectomie que l'indocilité du malade rend impossible et qui se réduit à une simple paracathèse.

23 juin. Les douleurs, momentanément calmées, ont reparu, plus violentes.

J'emploie les courants continus : en quatre séances les douleurs ont diminué à un tel point que le malade veut

Les courants continus dans iritis et les irido-choroïdites. *Archives d'électricité médicale*, 1894.

LAFONT. Les courants continus dans l'iritis et l'irido-choroïdite. Thèse, Montpellier, avril 1895.

interrompre le traitement. A la dixième séance toute sensation douloureuse a disparu.

L'électrisation est continuée jusqu'au 5 juillet, à cette date le malade reprend son travail.

Je le revois le 15 juillet : la pupille est irrégulière, peu contractile : la vision est diminuée surtout du fait du leucome central.

Le même effet sédatif se produit chez un malade atteint d'irido-choroïdite consécutive à une brûlure par la chaux.

XXXIV. — D..., quarante-trois ans, charpentier, reçoit le 9 juillet de la chaux éteinte dans l'œil droit. Le 19 juillet, il réclame l'ablation de cet œil qui a été considéré comme perdu.

La cornée est leucomateuse ; infiltration calcaire épaisse, la conjonctive bulbaire est sanguinolente. Pas de douleurs. V. = 1/200.

23 juillet. Des douleurs violentes éclatent ; le globe est devenu douloureux à la pression ; le traitement habituel ne calme pas cette inflammation ; des phénomènes d'irritation sympathique se montrent dans l'autre œil.

25. Courant continu matin et soir. En quatre séances les douleurs ont disparu. Le traitement est continué jusqu'au 3 août. Plus aucune douleur, plus de rougeur. Le leucome calcaire est très diminué. V. = 1/15.

Plus tard l'infiltration calcaire diminuant, la vision s'est encore améliorée.

Voici un troisième cas analogue :

XXXV. — M. L..., maçon, trente ans, a fait une chute sur la tête. Il s'est déclaré une irido-choroïdite OD avec douleurs violentes.

Huit jours après, le 28 décembre 93, il est soumis au

traitement par les courants continus et l'atropine. Après deux séances faites ce jour-là, les douleurs ont disparu.

Le 5 janvier, le malade reprend son travail. Presque plus de rougeur, plus de douleur. Sous l'influence de l'atropine et de l'électricité, la pupille se dilate, mais passagèrement.

Le malade a eu ultérieurement de nouvelles poussées légères. Dès qu'il souffre, il vient reprendre le traitement électrique, qu'il cesse toujours après deux ou trois séances.

Mars 95. Le malade est revu pour un leucome calcaire. Depuis plus d'un an il n'a plus eu aucun ressentiment de son affection.

II. — IRITIS ET IRIDO-CYCLITES TRAUMATIQUES OPÉRATOIRES

260. Je dois faire une mention spéciale des irido-choroïdites consécutives à l'extraction de la cataracte. Je me suis très bien trouvé des courants continus appliqués dès que le permet la solidité de la cicatrice ; sous leur influence, les douleurs d'abord, puis rapidement la photophobie, les rougeurs disparaissent.

Dans quelques cas, je me demande même, si j'aurais eu un résultat optique suffisant sans le secours de l'électricité.

XXXVI. — M. D., soixante et un ans, est opéré de la cataracte OD avec iridectomie. Je savais que l'iris se dilatait peu sous l'influence de l'atropine ; d'autre part, j'avais affaire à une cataracte molle. Un mois après l'opération, j'étais en présence d'une cataracte secondaire et d'une iri-

tis subaiguë contre laquelle tous moyens avaient échoué. D'autre part, cet œil ayant des tendances glaucomateuses, je ne pouvais employer l'atropine. L'électricité m'amena un double résultat. La disparition rapide de l'iritis, la résorption ou plutôt la diminution de la cataracte secondaire.

Une dissection me donna alors une pupille nette avec acuité de 5/8.

XXXVII. — M..., quarante et un ans, est atteint de cataracte traumatique. Le corps étranger est nettement visible implanté dans le cristallin au centre de la pupille.

8 février. Extraction avec iridectomie de la cataracte et du corps étranger (débris de pierre meulière).

15 février. La pupille légèrement dilatée est obstruée par des masses nombreuses. Poussée d'iritis assez intense avec douleurs.

Les deux jours suivants, deux séances d'électrisation de vingt minutes.

17. Plus aucune douleur : le cercle périkératique est à peine marqué, l'iris largement dilaté.

L'électrisation est continuée jusqu'au 3 mars, moins dans le but de combattre les phénomènes inflammatoires qui ont cédé presque complètement, que pour activer la résorption des masses encombrant la pupille.

Les masses corticales en contact avec l'humeur aqueuse sont en effet très rapidement absorbées sous l'influence de l'électricité.

Dans ce cas, une autre remarque frappe l'observateur, c'est l'heureuse influence des courants sur la cicatrisation.

Après deux séances, les lèvres de la plaie qui chevauchaient et faisaient une légère saillie, devinrent parallèles et tout à fait unies, comme elles ne le deviennent en gé-

néral qu'après un temps plus long. On n'a pas eu besoin de recourir à la dissection, l'acuité le 3 mars était de 4/8.

III. — IRIDO-CHOROÏDITE CONSÉCUTIVE A DES LEUCOMES ADHÉRENTS

261. Les leucomes adhérents, les enclavements iriens restent souvent des années sans causer au malade, ni gêne, ni inflammation. Subitement, à la suite d'un léger traumatisme ou sans cause connue, ou du moins appréciable, ces yeux deviennent le siège de vives douleurs ciliaires ; ils deviennent rouges, larmoyants, douloureux à la pression et le résultat final est une irido-cyclite tenace.

Nous avons très utilement employé les courants continus dans plusieurs cas analogues.

XXXVIII. — S..., trente ans, mécanicien, a eu, il y a six ans, la cornée gauche perforée par un débris de fer. Leucome adhérent consécutif avec perte de la vision.

Le 16 décembre 1893, il se produit une poussée d'irido-choroïdite aiguë. L'œil est très douloureux ; cercle périkératique très développé ; la chambre antérieure a disparu ; douleurs péri-orbitaires continues et violentes.

Après avoir essayé pendant quelques jours sans résultat les compresses chaudes, l'atropine, les sangsues, nous avons recours au galvanisme. Trois séances suffisent pour faire disparaître les phénomènes douloureux.

Après trente séances, les phénomènes inflammatoires avaient complètement disparu.

L'iris s'est un peu dilaté en dehors ; la chambre antérieure est reformée : une iridectomie optique est praticable.

Dans d'autres cas, les phénomènes inflammatoires sont moins violents, de courte durée : mais néanmoins les poussées sont très douloureuses et gênantes par leur fréquence.

XXXIX. — M^{me} P..., trente-neuf ans, présente un leucome adhérent inféro-externe, consécutif à une ulcération suivie de perforation O. D. Depuis trois ans se produisent des poussées inflammatoires subaiguës très douloureuses.

13 février 1894. Sous l'influence de l'atropine la pupille se dilate faiblement et irrégulièrement : on découvre de nombreuses synéchies et exsudats intra-pupillaires. La malade distingue la lumière, mais ne peut compter les doigts. Tn = - 1/2.

Après un mois d'électrisation quotidienne sans aucune amélioration de la vision, nous tentons une iridectomie : l'iris se déchire sous la pince et ne peut être attiré en dehors : l'opération se réduit donc à une simple paracenthèse.

Le traitement électrique est alors institué de nouveau pendant trente jours. L'accalmie de l'œil est obtenue, mais la vision n'est pas améliorée.

25 février 1895. Depuis lors, la malade qui habituellement avait chaque mois deux ou trois crises de durée variable, n'a plus ressenti aucune douleur : sous l'influence de l'atropine la pupille se dilate moyennement laissant apercevoir sur la face antérieure du cristallin des exsudats en forme de couronne. Pas de changement dans la vision.

IV. — IRITIS RHUMATISMALE

262. Cette forme est la plus sujette aux récidives : on est tenté d'y rattacher tous les faits d'iritis à frigore dont la causalité échappe.

XL. — A..., soixante-quatre ans, demande mes soins le 3 novembre 1894, pour une iritis de nature probablement rhumatismale siégeant à l'œil gauche. On constate de nombreux points d'adhérence irido-capsulaires. Vives douleurs.

7 novembre. Le traitement habituel n'a pas calmé les douleurs. La pupille est irrégulièrement dilatée. Deux séances d'électrisation.

8. Les douleurs ont été bien moindres puisque le malade a pu reposer toute la nuit.

9. Plus de douleurs : l'inflammation diminue.

11. Les adhérences irido-capsulaires ont disparu ; la pupille se dilate largement après chaque séance, mais cette mydriase ne persiste que quelques heures.

27. Le malade est complètement guéri, la pupille a repris son jeu normal.

XLI. — H..., trente-deux ans, graveur. A la suite d'un refroidissement au commencement de décembre a eu une poussée d'iritis rhumatismale OD.

Le 2 janvier il vient me trouver avec une recrudescence des phénomènes inflammatoires.

Trois séances d'électrisation suffisent pour calmer les douleurs qui étaient assez vives pour empêcher le malade de dormir.

L'iris se dilate largement après chaque séance, mais la dilatation ne persiste pas, du moins pendant les premiers jours. Pas d'adhérences. Depuis le 5, le malade n'a plus accusé de sensation douloureuse.

Il est parti le 20 janvier complètement guéri. V. O DG = 1.

XLII. — M^{me} M., trente-huit ans, artiste lyrique, nie toute spécificité, pas d'engorgements ganglionnaires : arthritisme.

1^{er} février 95. Iritis double avec cercle périkératique

plus prononcé à droite : douleurs céphaliques continues.

Le traitement habituel est institué sans aucun résultat ; les douleurs persistent, la pupille OD ne se dilate pas.

Pendant deux jours la malade est soumise à deux séances d'électrisation, et le 7, les douleurs ont été moins vives.

8. Les douleurs ont diminué à tel point que, malgré nos conseils la malade a repris ses occupations scéniques.

Le 10, elle cesse tout traitement. Le 15, les douleurs et l'inflammation ont reparu à l'œil droit seulement. Sous l'influence de l'atropine, la pupille se dilate irrégulièrement. L'électricité est reprise et au bout de quatre séances les douleurs ont disparu.

23. On ne constate plus de trace d'inflammation à l'œil droit : cependant le jeu de la pupille n'est pas normal — OG normal.

V. — IRITIS SYPHILITIQUE

263. Le traitement antisyphilitique est la première indication. Mais les courants continus seront un adjuvant utile, pour atténuer l'élément douleur.

XLIII. — M^{me} L..., trente-six ans, est atteinte de syphilitides cutanées. Elle n'a jamais fait de traitement spécifique.

1^{er} septembre. Depuis trois jours, iritis violentes. Nous lui donnons frictions mercurielles, atropine, sangsues.

8 septembre. Les douleurs persistent violentes. Quelques séances d'électrisation les calment, mais l'inflammation n'est pas apaisée, l'iris est terne, la chambre antérieure louche.

L'électricité seule est, je crois, impuissante à

amener une sédation complète et durable, ou à prévenir les récidives.

XLIV. — M^{lle} S..., vingt et un ans, engorgements ganglionnaires, nie toute spécificité.

1^{er} mai 93. Kératite phlycténulaire OG, rapidement guérie ; mais il se déclare bientôt une irido-choroïdite intense contre laquelle le traitement habituel reste sans effet.

8 mai. Les douleurs sont très vives ; malgré l'atropinisation la pupille ne se dilate pas ; le globe est douloureux à la pression ; l'inflammation paraît être dans une période de recrudescence plutôt que de rétrocession.

Deux séances d'électrisation. Le soir, la pupille s'est moyennement dilatée, les douleurs ont cessé.

9 mai. La dilatation, malgré l'atropine, ne s'est pas maintenue, mais reparait après l'électrisation. L'inflammation est bien moindre et deux jours après la malade cesse de venir à la consultation.

18 mai. La malade reparait atteinte d'une nouvelle poussée : la pupille est étroite, les douleurs sont assez vives, le même traitement est appliqué et rapidement nous arrivons à calmer les phénomènes inflammatoires et douloureux. Dès qu'elle est améliorée, la malade cesse le traitement.

29 mai. Nouvelle poussée subaiguë, mais douloureuse. La malade très améliorée disparaît après huit jours de traitement.

Ultérieurement la malade a été soumise au traitement hydrargyrique pour des accidents locaux nettement spécifiques.

XLV. — M^{me} J... Elle nie toute spécificité et présente une iritis purulente de l'œil droit. Le traitement habituel de l'iritis avec le concours des courants continus est institué. Le pus est résorbé après trois séances, les

douleurs ont cessé, mais il reste une iritis subaiguë torpide qui a exigé trois semaines pour se dissiper, et encore la guérison n'est-elle que relative.

En effet dans les premiers jours de janvier 95, la malade revient avec une poussée aiguë. Sous l'influence de l'atropine et de l'électricité, la dilatation pupillaire se produit mais n'est que momentanée; les douleurs disparaissent. Après une semaine de traitement aucune amélioration de l'état inflammatoire. Malgré les dénégations de la malade un traitement antisiphilitique mixte (iodure et frictions hydrargyriques) est institué. Cinq jours plus tard, d'ailleurs, le mari nous fait connaître que sa femme a été soumise à Lyon à cette médication pour des accidents dont la nature ne laisse aucun doute et que depuis six ans elle a laissé tout traitement.

Sans suspendre l'électrisation, nous pratiquons des injections hypoconjonctivales de cyanure, de mercure et observons la disparition rapide et complète des phénomènes inflammatoires.

VI. — IRITIS RÉCIDIVANTE

264. L'électricité calme rapidement les douleurs de l'iritis, mais quand, en dehors de toute cause diathésique réclamant un traitement général approprié les douleurs se reproduisent, et de nouvelles poussées apparaissent je crois qu'on aurait tort de borner la thérapeutique à ces moyens palliatifs et de n'avoir pas recours à l'iridectomie.

XLVI. — H..., quarante-deux ans, cordonnier, est un rhumatisant (?) ou du moins un arthritique qui ne présente aucune trace de spécificité et est atteint d'iritis aiguë de l'œil gauche.

10 mars 1893. J'institue le traitement habituel : atropine, compresses chaudes, sangsues autour de l'orbite, révulsifs à l'intérieur, sans aucun résultat. Après neuf jours de traitement, la pupille ne s'est pas dilatée, les douleurs deviennent de plus en plus vives. Je propose une iridectomie; sur le refus de l'entourage, j'ai recours aux courants continus.

19 mars. Deux séances d'électrisation, une le matin, l'autre le soir.

20 mars. Le malade accuse des douleurs bien moins violentes : il a pu dormir.

A la sixième séance le malade n'accuse plus que quelques légères douleurs; l'œil est encore rouge, la pupille moyennement dilatée.

A la treizième séance, accalmie à peu près complète; congestion oculaire presque nulle; plus de douleurs ni de photophobie. Cependant six mois après se produisit une nouvelle poussée assez violente; l'iris adhérait et ne se dilata pas sous l'influence de l'atropine et de l'électricité.

Je fis une iridectomie et repris le traitement électrique. Depuis lors, le malade n'a plus été incommodé.

II. — Iritis et irido-choroïdite séreuse.

265. Dans cette forme l'action de l'électricité est moins prompte. Nous avons appliqué notre méthode à plusieurs cas d'irido-choroïdite séreuse grave.

XLVII. — M^{me} F..., trente-quatre ans, accuse O. G. des douleurs ciliaires fortes, surtout le soir : tempérament lymphatique, mais aucun signe de spécificité.

L'humeur aqueuse est louche; l'iris insensible à l'atropine. La cornée a perdu son poli et sa transparence et