

D<sup>R</sup> A. DARIER

La kératite parenchymateuse se complique  
souvent d'iritis.

m res de Salies-de-B ern rendent, dans bien des cas de ce genre, de réels services.

La kératite parenchymateuse se complique presque toujours d'iritis et souvent aussi de choroïdite. Le traitement de ces complications sera étudié dans les chapitres spéciaux consacrés à la thérapeutique de ces affections.

\*  
\*\*

L' pisc l rite, la sclérite, sont des affections qui ont encore relativement peu bénéficié de la thérapeutique locale par les injections sous-conjonctivales. Il est vrai que les maladies de la sclérotique sont assez rares et mal connues, ce qui rend plus délicates les indications thérapeutiques.

VAN MOLL, un des premiers, a publié 3 observations d' pisc l rites guéries par les injections sous-conjonctivales de salicylate de soude.

Pour notre part, nous n'avons jamais eu l'occasion d'appliquer les injections sous-conjonctivales à des affections de ce genre, que nous avons toujours traitées par l'usage interne du salicylate de soude ou de la colchicine (1) et localement par la surr naline et les cautérisations ponctuées au galvano-cautère ; mais les observations relatées à ce sujet par plusieurs auteurs ne manquent pas d'un intérêt digne d'arrêter l'attention du praticien à court de traitement.

Ne pouvant relater les résultats de notre propre expérience, nous croyons faire bien en citant ici *in extenso*

(1) DARIER : De la colchicine dans les maladies oculaires de nature rhumatismale ou goutteuse. (*Société d'Ophthalmologie de Paris*, 1889).

THÉRAPIE OCULAIRE

Des injections sous-conjonctivales,  
l' pisc l rite.

l'observation fort instructive que nous devons à M. le professeur TERSON, de Toulouse.

Mme B..., très rhumatisante, a été atteinte il y a quatre mois, d'une  pisc l rite type, très douloureuse, sans complication d'iritis, une légère sclérose de la cornée dans la partie correspondante à la zone sclérale infiltrée. Les applications chaudes locales, les calmants de toute sorte, le salicylate de soude, de l'iodure de potassium, n'ont eu aucune influence sur la marche de l'affection, bien que ce traitement ait été suivi d'une manière assidue, l'inflammation ne cessant sur un point que pour se porter sur un autre, toujours accompagnée de vives souffrances.

Il existait une plaque assez étendue de sclérite par suite de deux rechutes survenues en un temps assez court, lorsque j'ai pratiqué une première injection de deux gouttes de la solution de sublimé, au voisinage immédiat et un peu en arrière de la partie la plus enflammée. L'injection a été suivie d'une réaction assez vive qui a duré quelques heures : mais dès le lendemain les douleurs avaient disparu, ainsi que la vascularisation d'une partie de la plaque d' pisc l rite que l'injection avait pu pénétrer. Après une semaine, une deuxième injection a été pratiqu e dans le point le plus opposé du foyer inflammatoire et a donné une nouvelle amélioration. Une troisième injection, à une semaine d'intervalle, a supprimé définitivement toute vascularisation de la région atteinte et complété la guérison, qui se maintient depuis plus de trois mois, comme la malade vient de temps en temps nous le faire constater ; l' il ne présente plus qu'une légère trace de sclérose cornéenne périphérique qui ne g ne en rien la vision.

Discutons ensemble les indications thérapeutiques.

D<sup>r</sup> A. DARIER

Des maladies de la sclérotique  
de nature rhumatismale ou goutteuse.

Il est des formes de *sclérites*, de *sclérokératites*, de *kératites* et d'*ulcères marginaux de la cornée* relevant de la soi-disant diathèse *arthritique* ou *rhumatismale*.

Ces affections sont souvent promptement améliorées par les préparations salicylées si celles-ci sont employées à doses suffisantes.

Voici, dans ces différentes manifestations rhumatismales, notre manière de procéder : 1° quand il y a simple *épisclérite*, c'est-à-dire infiltration localisée dans l'épisclère et le tissu sous-conjonctival (*subjonctivitis* d'INOUE) sans complication cornéenne, le diagnostic différentiel de cette affection avec les conjonctivites est beaucoup facilité par l'instillation d'une ou deux gouttes d'*extrait de glande surrénale* (1) qui provoque une anémie très marquée de toute la surface conjonctivale, laissant voir seulement au niveau du foyer d'épisclérite une hyperémie profonde avec infiltration formant saillie.

Dans ces conditions, s'il n'existe que peu de douleurs ou simplement la sensation de corps étranger, en se trouvera bien de l'emploi répété 6 ou 8 fois par jour du collyre à la surrénaline (2). Chaque instillation produit une anémie marquée dont on profitera pour faire un *massage rotatoire* (3) *doux et prolongé* pour activer la résolution, la résorption de l'infiltration sous-conjonctivale. Ce massage peut être pratiqué avec différentes pommades, entre autres la *lanoline hydrargyrique* dont tous nous connaissons l'action résolutive puissante

(1) DARIER : *La Clinique Ophthalmologique*, 1900. Voir VIII<sup>e</sup> leçon.

(2) Ces collyres d'extraits organiques doivent être conservés en ampoules aseptiques comme les prépare le D<sup>r</sup> Jacquet, de Lyon.

(3) Voir plus loin notre leçon sur le massage.

THÉRAPIE OCULAIRE

Du salicylate de soude et de l'aspirine  
dans l'épisclérite.

et qui nous a, dans bien des cas de sclérite et d'épisclérite, donné d'excellents résultats.

Si l'épisclérite dont nous venons de parler s'accompagne de vives douleurs, nous chercherons d'abord à les calmer par l'emploi d'un collyre à la dionine qui amène le plus souvent une sédation complète des douleurs, si les instillations sont répétées 6 à 8 fois par jour.

En même temps, et dès la première visite, le malade est soumis au *salicylate de soude* à la dose de 2 à 3 gr. par jour. Les premiers jours même, si la malade souffre beaucoup et que la dionine soit restée sans effet, on se trouvera bien, en outre du salicylate, de prescrire un des cachets suivants à prendre au moment des crises violentes.

Antipyrine.....	0 gr. 50
Phénacétine.....	0 gr. 30
Citrate de caféine.....	0 gr. 20

pour un cachet.

Souvent, le salicylate de soude est mal supporté ; il provoque des bourdonnements d'oreilles, des troubles cérébraux et stomacaux qui font que beaucoup de malades ne veulent pas en continuer l'emploi. Fréquemment même, les malades, qui sont d'anciens rhumatisants et qui redoutent les effets du salicylate, nous préviennent qu'ils n'en prendront pas, qu'ils ne peuvent pas le supporter ; ou font tout simplement une chose : ils changent de médecin.

Depuis un an environ, un produit nouveau, une nouvelle combinaison salicylée, l'Aspirine, a été vantée comme possédant toutes les qualités du salicylate de soude sans ses défauts.

Insoluble dans les milieux acides, l'aspirine traverse-

D<sup>R</sup> A. DARIER

*La colchicine est indiquée dans le  
rhumatisme goutteux.*

rait l'estomac inaltérée, et ne serait absorbée que dans les liquides alcalins du canal intestinal.

Nous avons prescrit et nous prescrivons journellement encore l'aspirine dans presque tous les cas où les préparations salicylées sont indiquées et jusqu'ici nous n'avons eu qu'à nous louer de ce produit. Jamais nous n'avons observé, avec ce nouveau et intéressant produit, aucun des inconvénients reprochés au salicylate de soude. Il est vrai que nous n'avons jamais employé des doses bien élevées 3 ou 4 grammes par jour, c'est le maximum que nous ayons prescrit.

Mais si les préparations salicylées sont relativement souveraines dans tous les cas de rhumatisme plus ou moins aigu, il n'en est plus de même quand il s'agit de manifestations du *rhumatisme chronique ou goutteux*. Or, nombreuses sont les formes *d'épisclérite* ou de *sclérotite* qui découlent de cette tare organique souvent héréditaire.

Dans ces cas, après avoir employé pendant quinze ou vingt jours au plus les préparations salicylées, les alcalins et la lithine, on obtiendra souvent de brillants et prompts résultats en prescrivant la colchicine, ainsi que nous l'avons le premier recommandé :

Granules de colchicine de 0 gr. 001 milligr.

En prendre 1, puis 2, puis 3, 4, 5 ou 6 par jour à intervalles égaux.

Ne pas oublier de recommander au malade de cesser l'emploi des granules dès que se feront sentir les premières coliques ou crampes d'estomac, parfois très violentes, qui constituent l'indication précieuse que l'effet thérapeutique va être obtenu. Peut-être ne serait-ce pas trop dire que de prétendre que si l'on veut obtenir un effet curatif mani-

THÉRAPIE OCULAIRE

*Kératite sclérosante le plus souvent  
consécutive à la sclérite.*

feste et rapide, il faut provoquer cette réaction, qui nous montre à la fois et la qualité du produit et la limite de son action physiologique qui ne doit pas être poussée jusqu'à l'action toxique.

Donc, quand on sera arrivé à la dose qui provoque ces coliques, on cessera pendant un jour l'emploi de la colchicine pour le reprendre le lendemain à la dose initiale de un milligramme, que l'on augmentera quotidiennement jusqu'à ce que se produisent de nouvelles coliques ; et ainsi de suite pendant un mois au plus.

Si aucun effet thérapeutique n'a été produit, c'est qu'on n'a pas eu affaire à une affection réellement goutteuse ou que le malade n'est pas sensible à cette thérapeutique, il faut alors rechercher d'autres moyens qui nous permettent d'arriver à la guérison.

C'est dans ces cas que souvent on se trouvera bien des cautérisations ponctuées au galvanocautère sur les nodosités sclérales. L'électrolyse a donné aussi de bons résultats, de même que les injections sous-conjonctivales. Mais le galvano-cautère, s'il est très fin et légèrement rougi agit beaucoup plus rapidement et son maniement est bien plus simple.

Ces cautérisations ont une action révulsive puissante, en même temps qu'elles provoquent un développement de tissu conjonctif qui amène une cicatrisation rapide.

L'action résolutive puissante des cautérisations ponctuées légères mais fréquemment répétées, est soutenue d'une façon remarquable par l'emploi continu de l'extrait de capsules surrénales (voir page 117.)

La *kératite sclérosante* n'est pas une entité morbide c'est plutôt un trouble de nutrition de la cornée dû à une entrave portée soit sur les vaisseaux, soit sur les nerfs du limbe scléro-cornéen.

D<sup>r</sup> A. DARIER

Nodosités épisclérales de nature  
tuberculeuse.

Le plus souvent, c'est un nodule de sclérite qui comprime les organes essentiels à la nutrition d'un secteur de la cornée qui, à ce niveau, devient plus ou moins opaque, opalescente, miroitante.

Si l'altération scléroticale n'est pas promptement enrayée, le trouble cornéen peut devenir indélébile ; au contraire, si le traitement que nous avons indiqué plus haut est appliqué à temps, l'infiltration cornéenne pourra régresser sous l'influence des injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium et des autres moyens que vous connaissez.

Les *nodosités épisclérales*, telles que le cas de *sclérite boutonneuse* que j'ai décrit dans les *Archives d'Ophthalmologie* de 1889 sont parfois de nature tuberculeuse. Dans ces cas, ce qui donnera les meilleurs résultats seront les cautérisations ignées, les massages locaux à la lanoline iodoformée et l'usage de l'iodoforme à l'intérieur.

DIX-SEPTIÈME LEÇON.

SOMMAIRE

**Maladies de l'iris et du corps ciliaire.** — Origine infectieuse endogène ou exogène de la plupart des iritis et indocyclites. — Symptomatologie variable suivant l'intensité du processus morbide. — Indications thérapeutiques : 1<sup>o</sup> calmer la douleur ; 2<sup>o</sup> dilater la pupille ; 3<sup>o</sup> traitement de l'indication causale. — Adjuvants : déplétions sanguines : sangsues, ventouses, saignées conjonctivales, dérivatifs intestinaux ou cutanés. — De la dionine comme analgésique et comme lymphagogue activant la résorption des exsudats pupillaires. — De la paracentèse de la chambre antérieure. — Des iritis syphilitiques, rhumatismales, blennorrhagiques. — Importance du traitement général.

Nous abordons aujourd'hui l'intéressant chapitre des maladies du tractus uréal, en commençant par *l'iritis* et *l'iridocyclite* cliniquement et thérapeutiquement presque inséparables l'une de l'autre. En effet, il est bien rare qu'un processus inflammatoire ou infectieux atteigne l'iris sans se communiquer par continuité au corps ciliaire tout entier.

*L'iridochoroidite et la choroidite* s'attaquant à la partie la plus profonde des membranes vasculaires de l'œil, nous étudierons à part ces deux dernières affections.

*L'iritis* est le plus souvent due à une infection, soit qu'elle vienne du dehors par un traumatisme ou une érosion conjonctivale ou cornéenne, soit qu'elle se propage par contiguïté à la suite d'une infection par voisinage, kératite, ulcères infectieux, épisclérite, sclérolite, etc....