

D^R 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^o calmer la douleur ; 2^o dilater la pupille ; 3^o 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....

D^R A. DARIER *L'iritis et l'iridocyclite ont pour cause une infection endogène ou exogène.*

soit encore qu'elle soit due à la localisation d'une infection générale, telle que la *syphilis*, le *rhumatisme*, la *blennorrhagie*, la *tuberculose* et d'autres *maladies infectieuses aiguës*.

Devons-nous considérer *l'iritis et l'iridochoroidite strumeuse ou scrofuleuse* comme de nature infectieuse ? ou devons-nous la regarder comme un trouble trophique dyscrasique ? Pour ma part, je pencherais plutôt pour une infection en quelque sorte d'essence héréditaire semblable à celle que nous avons étudiée dans la kératite parenchymateuse relevant de l'héredo-syphilis.

La scrofule est une tare héréditaire non encore bien exactement déterminée, *qui tient à la fois de la tuberculose, de la syphilis, de l'alcoolisme, etc.*

Nous ne pouvons ici nous étendre plus longuement sur *l'étiologie de l'iritis* ; nous envisagerons cette question en nous occupant des différentes indications thérapeutiques générales et locales.

L'évolution pathologique de l'iritis et des iridocyclites est la même, au degré d'intensité près, pour les différentes formes cliniques : hyperémie, infiltration cellulaire, exsudations, synéchies iriennes, occlusion ou séclusion pupillaires pouvant entraîner les plus graves complications, telles que dégénérescence glaucomateuse ou atrophie du globe oculaire.

L'acuité des phénomènes inflammatoires peut dépendre de la virulence de l'infection, de la résistance de l'individu et d'une foule de circonstances ambiantes ; mais on a bien de la peine, encore aujourd'hui, à assigner aux différentes infections une forme clinique bien caractérisée ; aussi n'est-il possible en général de poser le *diagnostic* d'iritis rhumatismale ou syphilitique que par l'examen géné-

THÉRAPIE OCULAIRE

Symptomatologie de l'iritis variable surtout selon son intensité.

ral du sujet et ses antécédents, bien plutôt que par la forme particulière, spécifique du processus morbide.

Nous ne voulons parler d'abord que de la phlegmasie irienne de *l'iritis classique* et non de celles à formes plus spéciales, s'accompagnant de *gommés*, de *condilomes*, de *tubercules* et qui portent avec elles en quelque sorte le stigmatisme plus ou moins pathognomonique de leur origine. Et encore, dans bien des cas de ce genre, le diagnostic est-il très discutable, car il est des formes bâtardes sur lesquelles les avis les plus compétents peuvent être très partagés.

Les *iritis plastiques*, les *iritis exsudatives*, les *iritis parenchymateuses*, les *iritis suppuratives*, pourraient bien n'être que des degrés différents d'un processus pathologique identique ; mais il faut espérer que nous arriverons un jour à un déterminisme plus exact dans nos diagnostics, et que le degré de virulence des différents agents infectieux en cause finira par être chose facile, grâce à des moyens d'investigation plus précis et plus rapides.

Mais ce qui doit nous intéresser le plus, au point de vue thérapeutique, c'est la *symptomatologie* même de l'iritis, car, dans cette affection plus que dans toute autre, il est de la plus haute importance d'agir avec promptitude et énergie, pour prévenir des complications qui peuvent avoir la plus grande gravité quand il s'agit d'un organe aussi délicat et aussi précieux que l'organe de la vision.

Vous connaissez trop bien les symptômes cardinaux de l'iritis aiguë simple, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leur description ; signes généraux : *rougeur*, *douleur*, *photophobie* ; signes particuliers : *myosis* avec

D^R A. DARIER

Différentes formes de la réaction inflammatoire dans l'iritis.

aspect *trouble glauque de l'iris*, qui change peu à peu de couleur.

Si l'iritis est très aiguë, les différents symptômes éclatent avec une grande brusquerie, s'accompagnant de violentes douleurs et d'exsudats abondants, amenant des synéchies iriennes larges plus ou moins adhérentes et souvent très longues à faire disparaître.

Au contraire, on peut observer des *iritis insidieuses*, à évolution si lente, que les malades n'éprouvent d'abord presque aucune gêne, jusqu'au moment où se sont produites des synéchies plus ou moins nombreuses pouvant nécessiter quelquefois une intervention chirurgicale.

Entre ces deux formes extrêmes, trouvent place une foule de degrés intermédiaires, y compris, si vous le voulez, *l'iritis séreuse*, qui relève plutôt d'une inflammation des procès ciliaires que de l'iris même.

Étudions donc un peu en détail la thérapeutique de cette importante classe de maladies oculaires, car la moindre faute peut avoir les conséquences les plus graves.

L'application de l'atropine, si banale pourtant, demande une certaine expérience.

Que de cas de glaucome, pris pour des iritis, ont entraîné la perte de l'œil par usage intempestif de l'atropine; que de synéchies ont été la conséquence d'une mydriase insuffisante!

Toutes les fois qu'une iritis éclate avec violence, accompagnée d'une vive réaction, avec photophobie, injection péri-kératique profonde, chémosis etc....., un *traitement antiphlogistique*, comme disaient nos pères, est la première indication à suivre. Il faut, en effet, pour

THÉRAPIE OCULAIRE

La première indication thérapeutique est de calmer la douleur.

nous, et pour le malade encore bien plus, il faut amener le plus promptement possible une diminution des phénomènes inflammatoires en même temps que l'on s'applique à dilater la pupille et à *calmer la douleur*.

Pour arriver à ce dernier but, nous avons toute la série des anesthésiques, des narcotiques, des analgésiques, etc. *L'antipyrine*, la *phénacétine*, la *quinine*, et les *préparations salicylées* sont les anesthésiques généraux les plus recommandables pour calmer les douleurs ciliaires et les céphalées violentes produites par l'iritis, mais ils n'y parviennent pas toujours.

Les *opiacés* font dormir, mais dépriment le système nerveux comme le *bromure de potassium*, le *Bromidia*, la *paraldéhide*, etc.

Les *injections de morphine* constituent notre suprême et héroïque ressource quand les douleurs sont intolérables.

Mais est-il donc toujours nécessaire, pour calmer les douleurs d'une iritis ou d'une iridocyclite, d'avoir recours à des calmants aussi énergiques, qui dépriment toutes les facultés de l'organisme, aussi bien les fonctions cérébrales que les fonctions digestives?

Le cœur et la circulation en général sont souvent aussi affectés par l'abus des narcotiques ou des analgésiques généraux.

Lors de la découverte de la *cocaïne* on avait espéré un moment que l'anesthésie locale provoquée par ce précieux agent serait capable de soulager les douleurs oculaires de toute nature. Quand la congestion, l'hypérémie conjonctivale n'est pas trop violente, la cocaïne calme la douleur, diminue la photophobie et facilite l'examen de l'œil malade; mais cette accalmie dure à peine quelques

D^r A. DARIER

Analgésiques locaux et généraux ; action favorable de la dionine.

minutes, et les douleurs ne réapparaissent ensuite que plus violentes.

Les succédanés de la cocaïne tels que la *tropacocaïne*, l'*eucaïne*, l'*holocaïne*, etc., n'ont pas donné de meilleurs résultats pour calmer d'une façon persistante les douleurs ciliaires.

Aujourd'hui, comme je vous l'ai déjà démontré dans une de nos précédentes leçons, nous sommes en possession d'un *analgésique oculaire à action profonde et de longue durée* (1), qui nous permet de calmer le plus souvent et de faire disparaître, quelquefois pour toujours, les douleurs de l'*iritis* et de l'*iridocyclite*, nous voulons parler de la *Dionine* (Chlorhydrate d'éthylmorphine) dont le hasard seul nous a fait découvrir les qualités analgésiantes rapides et profondes (voir page 82 et suivantes pour le mode d'action et d'application de la *Dionine*).

Il suffit dans un grand nombre de cas, pour calmer les douleurs ciliaires, d'instiller dans le sac conjonctival quelques gouttes d'une solution de *Dionine* à 5 %. Ces instillations provoquent un chémosis souvent très marqué et une ou deux heures plus tard, les douleurs sont très atténuées et disparaissent souvent *complètement et pour toujours*.

Dans quelques rares circonstances l'action analgésiante de la *dionine* est nulle : d'autres fois, les souffrances reparaissent au bout de 12 ou 24 heures, il faut alors répéter les instillations. Dans quelques cas, l'accoutumance au médicament se produit au bout de 2 ou 3 jours et les douleurs sont alors plus difficiles à calmer localement

(1) DARIER. Des analgésiques oculaires et en particulier de la *Dionine*. (Mémoire lu à l'Académie de Médecine, 6 mars 1900).

THÉRAPIE OCULAIRE

Sauvegarde de la liberté pupillaire par les mydriatiques.

parce que jusqu'à maintenant la *Dionine* est le seul *analgésique local* réellement efficace, mais il est bien probable que prochainement les chimistes nous apporteront de nouveaux et puissants analgésiques.

En même temps, et avant même de soulager la souffrance il faut :

Sauvegarder ou rétablir la liberté du sphincter pupillaire en provoquant une mydriase aussi marquée que possible.

Nous avons pour cela un agent classique qui conserve un prestige incontesté, c'est l'*atropine*, le mydriatique le plus employé et le plus fidèle ; mais si l'*atropine* ne suffit pas, nous pouvons aussi avoir recours à un agent plus puissant encore la *scopolamine* que vous formulerez comme nous l'avons vu dans notre leçon sur les collyres (voir leçon V).

Bromhydrate de scopolamine.	0 gr. 025
Chl. de cocaïne.....	0 gr. 25
Eau dist.....	10 gr.

une goutte 3 ou 4 fois par jour dans l'œil malade.

Dans les cas où la dilatation de la pupille peut être obtenue par un autre moyen, FUCHS recommande d'introduire dans le sac conjonctival, gros comme une tête d'épingle d'*atropine* en poudre. Nous n'avons pas encore mis ce moyen à l'épreuve, mais les résultats très intéressants que nous avons obtenus nous-même par les applications directes de poudre de *Dionine* dans le cul-de-sac conjonctival, nous portent à croire à l'efficacité de ce collyre sec dans certaines conditions particulières ; à la première occasion nous l'essaierons.

Depuis que nous avons appris par notre propre expérience que la *Dionine* augmentait l'action mydriatique de

D^r A. DARIER

Action lymphagogue et hypotonisante
de la dionine.

L'atropine, en même temps qu'elle amenait une diminution ou une cessation des douleurs ciliaires, une résorption plus rapide des exsudats pupillaires et une diminution de la tension intra-oculaire, nous prescrivons dans l'iritis s'accompagnant de douleurs, le collyre suivant de préférence à tout autre.

Dionine.....	0 gr. 10
Chl. de cocaïne.....	0 gr. 10
Sulf. n. d'atropine.....	0 gr. 05
Eau dist.....	10 gr.

D. S. Instiller 6 à 8 fois par jour une goutte de ce collyre dans l'œil malade.

Ce collyre provoque peut-être une cuisson un peu plus vive que le collyre ordinaire à l'atropine, mais il présente sur ce dernier de si grands avantages qu'il n'est pas permis d'hésiter entre les deux.

La Dionine a en outre l'avantage de diminuer la tension intraoculaire. Comme nous venons de le dire, elle prévient ainsi les dangers de l'hypertension provoquée si souvent par l'atropine.

Quand il s'agit d'une iritis peu violente et ne s'accompagnant pas de douleurs, il est préférable de ne pas prescrire de Dionine tout d'abord, réservant ce très précieux mais délicat agent pour le cas où surviendraient des douleurs ; car si ces dernières, à la suite d'une aggravation fortuite survenaient, alors que l'œil est déjà accoutumé à la Dionine, il serait souvent impossible d'obtenir l'analgésie locale par cet agent dont l'action aurait été épuisée par une accoutumance prématurée.

Quand l'iritis ou l'iridochoroïdite sont accompagnées de phénomènes inflammatoires violents : hyperémie péri-

THÉRAPIE OCULAIRE

Des déplétions sanguines : saignées
conjonctivales, ventouses, sangsues, etc...

kératique avec chémosis et gonflement des paupières, douleurs irradiées et photophobie intense, il ne faut pas hésiter à avoir recours à la *déplétion sanguine locale* quelque décriée qu'elle ait été dans ces dernières années par une certaine école surtout.

Tout clinicien impartial qui aura assisté à la métamorphose que subit une iritis suraiguë à la suite de l'application de 2 à 4 sangsues à la tempe, ou même d'une seule près de l'angle interne des paupières ne sera plus tenté de nier l'efficacité de cette vieille médication empirique, même si l'explication physiologique du phénomène lui paraît des plus invraisemblables.

Et cependant quoi de plus naturel que de penser que des organes aussi vasculaires que l'iris et le corps ciliaire, gorgés de sang comme une éponge, ne puissent pas, dans ces conditions, subir facilement l'influence d'un mydriatique ; tandis qu'après une déplétion sanguine locale, l'action de l'atropine se manifeste avec rapidité et intensité !

On a dernièrement vanté dans ce but les saignées conjonctivales, mais à mon avis les sangsues présentent cet avantage pratique sur tous les autres moyens : ventouses scarifiées de toute espèce, saignées, etc., que leur application est indolore et qu'elles sont facilement applicables par le malade ou son entourage, en toutes circonstances.

Ce qui est certain, c'est que bien souvent le malade, après une déplétion sanguine suffisante, ouvre plus facilement son œil, supporte mieux la lumière et voit sa pupille, qui ne se dilatait pas tout d'abord sous l'influence de l'atropine, subir après une ou deux nouvelles instillations une mydryase quelquefois maxima.

Les douleurs orbitaires et céphaliques diminuent notablement sous l'influence de la déplétion sanguine.

Mais il est encore des cas où malgré tous les moyens