

Les points lacrymaux sont les ouvertures des conduits qui absorbent les larmes. Chaque paupière en a un à sa partie interne à l'extrémité du tarse. Ces petites ouvertures, du diamètre d'une épingle, offrent des différences individuelles notables remarquées par tous les chirurgiens.

Les points lacrymaux sont normalement dirigés du côté du globe, pour absorber plus facilement les liquides. Ils sont contractiles, ce que l'on remarque très bien dans les injections ou le cathétérisme; et leur contractilité est due à une sorte de petit sphincter. Ils peuvent s'aplatir, devenir inertes, se renverser, s'évaser et donner lieu à des désordres dans l'absorption des larmes. Ils se continuent vers le canal nasal par deux canaux membraneux où l'on trouve une couche externe de fibres circulaires et une couche interne de fibres longitudinales recouvertes par une muqueuse qui est garnie d'un simple épithélium en pavé.

Ces canalicules ont d'abord le diamètre des points lacrymaux; mais bientôt ils ont un diverticule assez considérable, et ils s'élargissent en prenant une forme arquée jusqu'à leur embouchure dans le sac, où ils se jettent au-dessous du tendon palpébral, par un confluent commun ou des orifices séparés. Le liquide de larmes est complexe, et entraîne avec lui le débris de la conjonctive et la sécrétion des glandes.

Le sac lacrymal se trouve dans la rainure osseuse formée par l'os unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Il est coupé perpendiculairement par le ligament palpébral interne qui sert toujours de point de repère dans les opérations du sac. Le sac lacrymal forme au-dessus de ce tendon un cul-de-sac arrondi de 3 à 4 millimètres, disposition que doit connaître le chirurgien pour juger les tumeurs au-dessus du tendon ou pour cautériser entièrement le sac.

La charpente du sac est constituée en avant par une lame fibreuse qui se continue dans l'orbite. Par en bas, le sac se continue dans le conduit nasal, ordinairement un peu plus étroit que le sac lui-même, pour aller s'ouvrir dans la partie moyenne latérale du troisième cornet nasal, où le sac forme une valvule, composée d'un pli de la muqueuse nasale, qui y décrit plus d'un demi-cercle.

Le sac lacrymal et le canal nasal sont garnis d'un épithélium vibratile. La muqueuse en est assez lâche et sujette à une hypertrophie qui empêche le libre cours des larmes. Cette muqueuse forme encore des replis qui paraissent sujets à de nombreuses différences individuelles. On en voit ordinairement un qui se trouve au confluent des conduits lacrymaux. Un autre se trouve à l'ouverture du canal nasal; et dans le canal lui-même on en voit jusqu'à trois. Le sac lacrymal a un muscle particulier, le muscle de Horner, que l'on dirait une réflexion du muscle orbitaire. Il s'insère sur la crête du canal, s'étend en avant sur le sac et se partage en deux faisceaux qui longent les conduits lacrymaux, et auxquels on attribue une certaine action sur le petit appareil hydraulique lacrymal.

TRAITÉ

THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES

MALADIES DES YEUX.

EXAMEN DES YEUX, OU OPHTHALMOSCOPIE.

La recherche des maladies de l'œil exige de la part du praticien l'attention la plus grande, aidée de quelques moyens particuliers d'investigation. La plupart du temps on examine l'œil et ses annexes sans aucune méthode; c'est là, nous n'en doutons pas, une cause fréquente d'erreurs contre laquelle on ne saurait trop se prémunir.

Nécessité d'examiner le malade à distance.

L'examen de l'œil doit se faire d'abord de loin. Certains strabismes ne se révèlent qu'à distance et disparaissent de près; et il y a d'autres maladies qui impriment un cachet particulier, non seulement à l'œil, mais même à la démarche, à la physionomie générale du malade: la cataracte, l'amaurose, l'ophtalmie, la paralysie des muscles de l'œil, sont dans ce cas. Ainsi le *cataracté* incline la tête sur la poitrine, porte un chapeau à larges bords ou une visière, tourne invariablement le dos à la lumière aussitôt qu'il s'en approche un peu, fronce énergiquement les sourcils, et vit ordinairement dans une chambre obscure. Lorsque l'opacité des cristallins n'est complète que depuis peu de temps, il traîne les pieds avec précaution à terre, à la manière d'un homme enfermé la nuit dans une chambre inconnue; mais lorsqu'elle est ancienne, il lève les jambes alternativement, par un grand mouvement de flexion de la cuisse, comme le font les amaurotiques. Si l'on enlève brusquement son chapeau,

l'aveugle accuse une grande gêne occasionnée par la lumière, ferme convulsivement les yeux, et se fait un abat-jour de ses deux mains. Quand l'une des cataractes est encore incomplète, le malade a soin que le côté correspondant de son corps soit tourné vers le mur, s'il marche dans la rue... En somme, par instinct ou par calcul, il évite la lumière intense par tous les moyens possibles, et recherche une demi-obscurité. On ne le conduit qu'avec une grande difficulté; il se fait en quelque sorte traîner, offrant toujours une grande résistance à se laisser diriger; il est maladroit à éviter les obstacles qu'il rencontre.

L'*amaurotique* offre un ensemble de symptômes tout différent. Il lève les yeux vers le ciel, et renverse la tête en arrière; ses sourcils sont hauts, comme dans les passions gaies; il tient son corps droit, tout d'une pièce, et légèrement penché en arrière; ses bras, tendus en avant, n'offrent pas cette roideur particulière que présentent ceux du cataracté. Il y a plus d'intelligence chez l'*amaurotique* pour éviter les obstacles, et jamais dans sa marche, qui est sautillante, il n'applique franchement le talon le premier sur la terre, mais bien toute la face plantaire, ou même les orteils. A chaque pas, la cuisse fléchit fortement, le pied reste tendu sur la jambe; il marche souvent tête nue: on dirait enfin qu'il cherche à saisir un dernier rayon de lumière. On le conduit avec une si grande facilité qu'il suffit qu'il tienne le vêtement ou le bout du doigt de celui qui le dirige pour éviter tous les obstacles. Bon nombre d'*amaurotiques* sont atteints de paralysie partielle des membres.

L'*ophthalmie* aiguë donne un tout autre aspect aux malades. Lorsque les deux yeux sont enflammés à la fois, les patients les recouvrent d'un linge, contre lequel ils tiennent les mains posées à plat; leur tête est penchée sur la poitrine. A leur marche, on reconnaît la vive souffrance d'un organe: ils traînent les pieds et marchent avec précaution, en s'appuyant de tout leur poids sur leurs jambes; quelquefois, ils poussent des cris ou des soupirs profonds. Lorsqu'un seul œil est affecté, la tête est inclinée fortement du côté malade, et l'organe tenu caché en entier sous la main.

Ces caractères ne sont pas évidemment suffisants pour distinguer l'*ophthalmie*, la cataracte et l'*amaurose*; mais ils servent à avertir le praticien que l'examen du malade à distance peut être d'une certaine utilité pour le diagnostic.

Les *paralysies des muscles* de l'œil peuvent encore être reconnues de loin, surtout quand elles sont complètes. Ainsi, dans la paralysie de la troisième paire de l'œil droit, la paupière supérieure sera complètement abaissée et immobile. Dans la même affection bornée aux muscles de l'œil, la paupière supérieure conservera ses mouvements; mais l'œil sera complètement entraîné en dehors, et le malade, pour éviter la diplopie, s'avancera vers le médecin la tête tournée vers la gauche, les yeux fortement dirigés à droite, et le côté droit du corps en avant. Dans la paralysie de la sixième paire du même côté, l'œil étant entraîné en dedans, le malade tournera la tête à droite et les yeux à gauche; il présentera le côté gauche du corps en avant, etc. Dans la paralysie de la quatrième paire, le malade s'avancera de face, la tête plus ou moins inclinée sur l'épaule, etc.

Examen du malade à distance rapprochée.

Quelques précautions sont nécessaires pour examiner le malade de près. Le chirurgien sera un peu plus élevé que le malade, comme cela est recommandé pour l'opération de la cataracte; tous deux, de préférence, se tiendront debout, dans l'angle d'une fenêtre sans rideaux; la lumière sera franche, aussi pure que possible; on évitera de se placer au soleil, dans le double but de ne point faire souffrir le malade et de se garantir de quelques erreurs qu'une lumière trop intense pourrait faire naître. Autant que possible, on fera passer la lumière obliquement par-dessus le nez du malade pendant qu'on examinera l'un des yeux.

Lorsqu'il s'agira de rechercher certaines opacités des milieux réfringents, nous verrons plus tard qu'il y aura avantage à s'éloigner de la fenêtre et à placer l'œil dans un demi-jour. Quelle que soit la membrane malade, dès lors qu'elle dépend du globe, le médecin, après avoir apprécié l'état des annexes de l'œil, *appliquera chacune de ses mains à plat sur les tempes du patient, tiendra les deux paupières supérieures abaissées sous chacun de ses pouces, et maintiendra dans l'obscurité l'œil qui ne fera point l'objet de ses recherches.* De temps en temps, il abaissera la paupière supérieure au-devant du globe, qu'il examinera, pour éviter de fatiguer le patient; autrement il courrait risque de commettre des erreurs en changeant l'état de la vascularisation de l'organe.

Lorsque le malade est atteint d'une photophobie très aiguë, l'examen doit être très rapide; il faut d'un seul coup d'œil embrasser l'ensemble de l'organe, et reconnaître immédiatement l'état de la membrane frappée d'inflammation; autrement il serait impossible de poursuivre les recherches nécessaires au diagnostic.