

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'*ophtalmie* 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'*ophtalmie*, 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.

Chez les enfants, et même quelquefois chez les adultes, il n'est pas toujours possible d'écarter les paupières avec les doigts ; il est indispensable alors de se servir d'élevateurs pour éloigner l'un de l'autre ces voiles mobiles. De préférence je me sers d'élevateurs pleins dont j'ai donné le modèle à MM. Charrière et Luër.

Un excellent moyen de découvrir l'œil, c'est d'inviter le malade à regarder sa main, qu'on place dans la position convenable pendant que l'on soulève doucement la paupière.

Les instruments d'optique sont assez souvent indispensables pour l'examen de l'œil ; une loupe est nécessaire pour constater des lésions très fines dans la cornée, l'iris ou sur la capsule. L'habitude ne supplée jamais, dans les cas difficiles, aux verres grossissants, que je ne croyais autrefois d'une véritable utilité que pour un observateur presbyte.

Mais pour reconnaître avec précision les maladies du corps vitré, celles de la rétine, et même quelques cataractes commençantes, la loupe est insuffisante, et il faut recourir à la lumière artificielle concentrée dans le fond de l'œil.

Divers appareils préférables à celui de M. Carron (voy. Carron, t. I, p. 191) ont été inventés dans ce but ; ce sont ceux de MM. Helmholtz, Follin et Nachet, Ruete, Jaeger fils, Coccus. Celui connu à Paris sous le nom de M. le docteur Anagnostakis, professeur d'ophtalmologie à Athènes, imaginé avant lui par M. Graefe, de Berlin, mérite une description particulière.

Il a quelque ressemblance avec celui de M. Ruete et consiste en un petit miroir concave, rond, d'un diamètre de 5 centimètres, d'une distance focale de 12 centimètres, et dont la surface étamée est recouverte par une plaque de cuivre noirci. Pour s'en servir, on fait asseoir dans une pièce obscure le malade près d'une table sur laquelle est disposée une lampe. L'observateur, placé devant lui, saisit l'instrument par son manche et applique la surface postérieure du miroir contre son œil, de manière que son regard, traversant le trou dont il est percé à son centre, aille plonger dans la pupille de l'œil à examiner, et sur laquelle viennent converger les rayons de la lampe réfléchis par la surface concave.

Si l'on a soin de dilater la pupille avec la belladone et d'appliquer un verre convexe n° 2 ou 2 1/2 devant l'œil, on voit aisément les vaisseaux de la rétine, la papille du nerf optique et toutes les lésions que ces parties peuvent présenter. Avec le miroir concave seul, on peut reconnaître toutes les modifications organiques siégeant dans les milieux réfringents, particulièrement celles du corps vitré, jusque-là impossibles à constater, et des cataractes commençantes et échappant à tout autre moyen d'exploration.

J'ai modifié cet instrument de la manière suivante pour des motifs que j'exposerai plus loin : le miroir concave est double ; d'un côté sa distance focale est de 12 centimètres et de l'autre de 9 seulement ; l'ouverture centrale est remplacée par une ouverture plus petite placée pour chaque miroir tout près de la circonférence, afin de ne pas déformer l'image de la lumière, et l'instrument, beaucoup plus petit, est renfermé avec un verre convexe dans une monture d'écaille qui le rend très portatif.

Lorsque nous nous occuperons des maladies profondes de l'œil, nous reviendrons sur cet instrument en en donnant le dessin (voy. *Examen de la rétine*) (1).

Nous étudierons l'expérience des trois images de la lumière, imaginée par Purkinje, à l'article CATARACTE PIGMENTEUSE.

Le *toucher* est souvent d'une grande utilité pour établir le diagnostic ; il sert à distinguer la forme des parties que la vue ne peut atteindre, et certaines tumeurs de l'orbite, aussi bien que les corps étrangers implantés dans cette cavité ou sur un point quelconque des paupières ; et quelques tumeurs inflammatoires circonscrites des paupières, s'accompagnant d'un œdème considérable de la conjonctive, ne peuvent être reconnues que de cette manière. Le toucher sert encore à constater le degré de chaleur, de sensibilité, de résistance des parties, etc.

Examen des enfants.

Le praticien le plus exercé éprouve souvent un embarras réel lorsqu'il s'agit des enfants. Un petit nombre se laissent examiner avec facilité ; la plupart jettent des cris, détournent la tête, et offrent une résistance désespérée si l'on porte la main sur leurs paupières. On est assez heureux quelquefois pour établir un diagnostic complet en fixant leur attention par des joujoux ou en leur racontant quelque histoire ; mais le plus souvent il faut en arriver à les examiner en employant la force. Dès lors qu'on a pris ce parti, rien n'est plus simple : l'enfant est couché en travers sur les cuisses d'une personne assise ; ses jambes pendent d'un côté, et de l'autre sa tête repose entre les genoux du chirurgien. Celui-ci place ses pieds sur les bâtons de la chaise de la personne qui tient l'enfant, et a eu soin d'étendre une serviette sur ses genoux,

(1) Avant d'abandonner ici la question des ophthalmoscopes, je crois devoir dire que ce n'est pas M. Anagnostakis qui le premier a appliqué le miroir concave à l'examen des milieux de l'œil. Je tiens de M. le docteur Bader que des miroirs pareils étaient déjà employés à Berlin à l'époque où M. Anagnostakis y suivait les cours de M. Graefe, et je ne sais à quel motif attribuer le silence qu'il a gardé à ce sujet dans sa brochure.

afin que la tête reçoive un point d'appui. L'examen des yeux est fait ensuite avec facilité; on écarte au besoin les paupières avec des éleveurs de grandeur convenable. Si le chirurgien veut examiner les yeux de plus près, il confie l'enfant à deux personnes qui le maintiendront de la manière indiquée, tandis que, placé à genoux, il écartera les paupières avec les doigts, ou à l'aide d'éleveurs.

Examen des annexes de l'œil.

Sourcils. — Pâles et faibles chez l'enfant, ces poils se développent et se colorent chez l'adulte; ils s'étiolent et tombent chez le vieillard. Ils abritent l'œil contre l'intensité de la lumière, et arrêtent la sueur, la poussière et les corps étrangers; chez quelques adultes, ils se développent d'une façon démesurée, surtout du côté du nez, et impriment ainsi à la physionomie un remarquable caractère de dureté. On les voit souvent blanchir, s'étioler, et disparaître chez le vieillard; ce qui est en harmonie avec le besoin de vive lumière qu'éprouve l'œil devenu presbyte.

La chute prématurée des poils du sourcil donne lieu quelquefois à un trouble de la vue qui peut dégénérer en une amblyopie; il en est de même de leur canitie. Ces circonstances ne doivent pas être oubliées dans l'examen de l'œil.

Les sourcils seront examinés sous un autre rapport; ils peuvent être le siège de tumeurs, d'éruptions diverses, receler des insectes ou des corps étrangers, masquer des cicatrices, etc.

On sait que des blessures faites à cette partie ont été accompagnées de cécité instantanée ou progressive, et qu'assez souvent il y en a eu de mortelles; ce qui s'explique par la lésion des nerfs sus-orbitaires et par le voisinage du cerveau. On s'assurera en conséquence de l'intégrité de ces nerfs par le toucher; on reconnaîtra s'ils ne seraient pas le siège de douleurs sourdes, ou s'ils ne se trouveraient point comprimés par quelques tumeurs, etc. On a été obligé quelquefois de rouvrir une cicatrice pour diviser complètement un nerf blessé qui donnait lieu à des accidents graves. Sous ce rapport, on doit tenir compte d'une plaie plus ou moins ancienne.

Orbites. — Ils peuvent être le siège de tumeurs qui, situées vers le sommet de la cavité, chassent l'œil en avant et provoquent l'exophthalmos, tandis que, placées à sa base, elles compriment le bulbe, gênent ses mouvements, et occasionnent, dans le commencement, de la diplopie, et, plus tard, des accidents très graves. Lorsqu'elles sont peu volumineuses, ces tumeurs sont très difficiles à reconnaître; elles sont de diverse nature: elles peuvent être

fibreuses, cancéreuses, hydatiques, graisseuses, osseuses, phlegmoneuses ou anévrismatiques, etc. Dans ce dernier cas, l'auscultation donnera beaucoup de certitude au diagnostic. On devra se livrer aux recherches les plus minutieuses pour s'assurer de la nature de l'affection et de son siège. Le mal ne réside pas toujours dans l'orbite; cette cavité peut être diminuée par une compression dont la cause existera tantôt dans les fosses nasales, dans le sinus frontal ou dans le sinus maxillaire; tantôt dans le sinus sphénoïdal ou dans la cavité même du crâne. Le toucher servira à faire reconnaître la déformation des bords de l'orbite, qu'elle soit produite par une perte de substance, comme la carie, les plaies, la nécrose, ou par les contusions, les fractures directes, ou par contre-coup. Les plaies de l'orbite par instruments piquants seront l'objet d'une attention spéciale à cause de leur excessive gravité. Il sera utile, dans quelques cas, de substituer au toucher l'application d'un stylet ou d'une sonde mousse sur les parties malades; on découvre ainsi des lésions que les doigts seuls ne pourraient faire reconnaître. On apportera encore une attention spéciale à la forme des parties après les blessures de l'orbite ou du voisinage, et à la durée de la maladie en ce qui touche la présence de corps étrangers restés dans cette cavité ou y pénétrant à travers ses parois. Des balles, des pierres, des morceaux de bois, des bouts de parapluies ferrés, des débris de lames, d'épées, de couteaux, de fourchettes, etc., y sont demeurés souvent ignorés. Le toucher avec les doigts ou avec le stylet, que l'on devra courber quelquefois de différentes manières, sera encore ici de première nécessité.

Paupières. — Ces voiles mobiles sont tendus, fermes et d'un blanc rosé chez l'enfant; chez le vieillard, ils sont plissés, flasques et d'une couleur plus ou moins terne: il est bon de tenir compte de ces différences dans leur examen au point de vue chirurgical.

A. La *forme générale* des paupières sera étudiée; on en notera l'ampleur ou l'étroitesse; on tiendra compte surtout de leur épaisseur. Chez tel individu, par exemple, l'hypertrophie de la paupière supérieure fera reconnaître tout d'abord, surtout si elle siège vers le bord libre, une inflammation des glandes de Meibomius, liée à un épaississement de tous les tissus de l'organe; chez tel autre, l'épaississement, réparti d'une manière égale sur toute la paupière, fera soupçonner la présence de granulations palpébrales plus ou moins volumineuses. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'ouver-

ture des paupières, dans le sens vertical, sera diminuée, et la peau qui les recouvre sera d'une couleur rouge sombre, d'intensité variable.

B. Le gonflement et la rougeur des paupières se rattachent fréquemment à une inflammation siégeant dans l'une des membranes du globe. Il n'y a point d'ophtalmie interne ou externe, présentant un certain degré d'acuité, qui soit exempte de gonflement palpébral accompagné de rougeur. Il est évident que dans ces cas la cause du mal siége ailleurs, et qu'elle doit être recherchée dans le globe, dans l'orbite ou dans l'une des annexes de l'œil. De même que tous les tissus, les paupières sont sujettes aux inflammations, et présentent des abcès étendus ou limités; dans ce dernier cas, on pourrait s'en laisser imposer par une infiltration œdémateuse s'étendant au loin; mais le toucher fera reconnaître le point enflammé et lèvera tous les doutes. Le toucher servira encore à établir un diagnostic différentiel entre l'inflammation, l'œdème et l'emphysème des paupières. Le gonflement et la rougeur sont fréquemment produits par l'érysipèle, les coups, les blessures, les ecchymoses traumatiques ou spontanées, les éruptions de toutes sortes, etc.

C. Les tumeurs des paupières sont très fréquentes, et, en général, la présence en est facile à constater. Pour quelques unes, la vue est plus utile que le toucher: il s'agit ici de très petites tumeurs mobiles, aplaties et en forme d'amande, que la pression ferait glisser sans aucune difficulté entre le globe et l'orbite. En soulevant doucement la paupière, on les voit ordinairement faire une saillie légère sous la conjonctive palpébro-bulbaire. Quant aux autres tumeurs palpébrales, il ne doit point en être question ici, sinon pour dire que telle tumeur, qui en apparence est très saillante sous la peau, l'est en réalité bien davantage du côté de la muqueuse, et que c'est là qu'il convient d'en constater le volume et la nature.

D. Les mouvements des paupières présentent des différences pathologiques très nombreuses. En première ligne, notons les causes mécaniques qui doivent empêcher ces mouvements: là nous trouverons les brides, les cicatrices de toutes sortes, les tumeurs siégeant dans les paupières ou dans le voisinage, etc. Rappelons ensuite que toutes les inflammations, qu'elles siègent dans les paupières mêmes, dans le globe ou dans un point rapproché, réagiront sur elles et en gêneront les mouvements. C'est surtout

à la paupière supérieure que ces modifications s'appliquent. Souvent elle sera abaissée à divers degrés, et aura perdu ses mouvements. Cet état est-il congénital et dû à l'absence du muscle élévateur? Doit-on le rattacher à une plaie, à l'hypertrophie des tissus, ou à une paralysie de la troisième paire de nerfs? La paupière inférieure est-elle seule relâchée? Demeure-t-elle éloignée de la supérieure pendant le sommeil, ou lorsque l'on ordonne au malade de fermer l'œil? Ses tissus sont-ils sains ou hypertrophiés? La peau est-elle modifiée dans son organisation, la septième paire est-elle paralysée? Voilà les questions qu'on a à se poser. Les paupières sont-elles au contraire agitées de tremblements particuliers, de clignotements, on recherchera si cet état se lie à une habitude vicieuse ou à quelque lésion nerveuse, ou à la présence de granulations très fines. Les paupières enfin sont-elles atteintes de mouvements convulsifs, de contractions et de relâchements brusques et alternatifs, on devra noter si rien dans leur état n'explique ce phénomène, et rechercher si un corps étranger ne serait point implanté dans la muqueuse, à moins qu'on ne constate que le fait observé se rattache à quelque lésion particulière de l'encéphale. Est-il nécessaire d'ajouter que dans toutes les inflammations de l'œil avec photophobie, les paupières se rapprocheront instinctivement, pour protéger la rétine et la garantir du contact de la lumière?

E. Les bords libres des paupières présentent trois choses principales à considérer:

- 1° La ligne des cils, placée sur l'arête externe du tarse;
- 2° Une surface plane, qui sépare cette rangée de poils de l'arête postérieure;
- 3° Près de celle-ci, les orifices des glandes de Meibomius.

1° Les cils peuvent manquer par suite de maladie de leurs bulbes, qui sont souvent le siège d'ulcérations, de trajets fistuleux, communiquant avec les conduits des glandes de Meibomius. La peau du bord libre est alors vascularisée, le tarse hypertrophié. Des croûtes, de petits ulcères, des insectes, peuvent encore se trouver à la base des cils, et y causer des accidents, et entre autres, l'inflammation des bulbes mêmes.

Souvent les cils sont déviés, quoique implantés d'une manière normale; ils sont encore implantés vicieusement, ce qui constitue deux variétés importantes du trichiasis. Reconnaître la présence de ces poils n'est pas toujours chose facile, parce qu'ils sont souvent enve-

loppés dans du mucus qui les cache complètement; très souvent ils sont incolores, faibles, et échappent facilement à la vue. On doit alors faire laver l'œil avec soin, appuyer doucement sur la peau de la paupière pour la faire basculer un peu, et dégager ainsi les poils qui pourraient être collés le long du bord palpébral. On suivra avec soin le bord libre des paupières, pour s'assurer s'il n'existe point, indépendamment des cils déviés, quelques poils implantés vicieusement. On en trouve quelquefois jusque derrière le tarse. Pour apercevoir facilement ces cils à la paupière supérieure, on fera regarder le malade en haut, à droite et à gauche, de manière à promener la cornée sur le bord de la paupière. Les cils, se détachant alors en blanc sur l'iris, se voient très facilement. On emploie le même moyen pour la paupière inférieure. L'angle interne de l'œil mérite sous ce rapport un examen spécial, la caroncule lacrymale étant fréquemment recouverte de poils très pâles et très fins, qui occasionnent de très graves accidents.

Quelquefois les cils, surtout ceux de la paupière supérieure, donnent au malade, à cause de leur longueur, la sensation de mouches volantes. On éloignera toute cause d'erreur en écartant les paupières avec les doigts, et en les laissant reprendre leurs mouvements à plusieurs reprises pendant que le patient regarde un objet très éclairé : par exemple, un mur blanc.

2° La *surface plane* qui sépare les deux arêtes offre des échancrures, des modifications diverses de forme, que nous nous bornons à indiquer.

3° Les *orifices des glandes de Meibomius* sont agrandis ou diminués, la sécrétion de ces glandes augmentée ou interrompue. On s'en assure aisément, en augmentant par une pression convenable la courbure naturelle du tarse. Orifices, conduits, glandes, tout cela peut être détruit par une multitude d'affections.

Le *bord libre* est souvent le siège de phlyctènes, de verrues, de tumeurs inflammatoires ou de mauvaise nature, de calculs, d'ulcérations diverses, quelquefois syphilitiques. Il est fréquemment induré, calleux, renversé en dedans ou en dehors, en totalité ou en partie (entropion, ectropion); dans ce dernier cas, si l'on ordonne au malade de serrer fortement les paupières, l'affection se dessine davantage. J'oubliais de dire que des poux et d'autres parasites occasionnent de très vives démangeaisons aux bords libres des paupières, et que le médecin doit les examiner avec attention.

Tarses. — Sont-ils hypertrophiés, ulcérés, roulés sur eux-mêmes en dehors ou en dedans, partiellement ou totalement? Quelle est la cause de ces désordres? Contiennent-ils quelques tumeurs? Leur hypertrophie se rattache-t-elle à une blépharite glanduleuse chronique, à une conjonctive granuleuse? Leur déformation tient-elle à la présence d'une tumeur, à une perte de substance? Voilà sur quoi doit porter l'examen du praticien.

Membrane semi-lunaire, caroncule. — La membrane semi-lunaire et la caroncule sont-elles enflammées, hypertrophiées, on devra rechercher si elles présentent des ulcérations, des poils ou des corps étrangers. On a trouvé souvent des débris d'insectes parasites, des concrétions pierreuses dans les replis de la membrane semi-lunaire. Il faut, dans ce cas, la déplisser avec un stylet mousse, pour mettre à découvert le petit cul-de-sac qui existe entre cette membrane et le globe. La caroncule est très colorée chez les individus sanguins et pléthoriques; elle est au contraire fort pâle chez les individus anémiques. Si elle a pris un grand volume, on recherchera si l'on a affaire à l'encanthis simplement inflammatoire, ou si des hydatides, des productions fongueuses, cancéreuses, mélaniques et autres, n'auraient point envahi cet organe.

Appareil lacrymal. — Le globe est-il sec ou humide, paraît-il constamment baigné de larmes? Cette simple remarque suffit le plus souvent pour mettre sur la trace des lésions qui peuvent exister.

Points et conduits lacrymaux. — Ils manquent quelquefois; très souvent ils sont déviés en dehors et ne touchent plus immédiatement le globe, surtout lorsque le malade regarde en haut (je parle ici du point inférieur; il en sera de même pour le supérieur, si le malade regarde en bas). Dans quelques cas, la paupière tout entière s'éloigne du globe à une étendue à peine visible; très fréquemment le point lacrymal seul a perdu ses rapports avec le bulbe. On devra rechercher si la cause n'existerait point dans une inflammation légère et chronique de la peau, comme cela a lieu dans la blépharite glandulaire. Lorsque cet état de choses existe, les larmes s'accumulent entre la paupière et l'œil, qui est plus brillant que de coutume, et s'écoulent incessamment sur les joues. Les points lacrymaux peuvent être déchirés, ulcérés; je les ai vus d'un diamètre plus petit qu'à l'état normal, et dans quelques

cas, d'un diamètre cinq ou six fois plus grand ; il y avait alors maladie du sac.

Les conduits lacrymaux sont quelquefois obstrués par du mucus, et alors considérablement agrandis. Dans un cas, j'en ai extrait une concrétion pierreuse (voyez mon Mémoire sur les dacryolithes, *Annales d'oculist.*, t. VII-VIII). Plusieurs autres fois, j'y ai trouvé un polype. Assez rarement je les ai vus traversés par des poils. Quelquefois ils communiquent ensemble et ne communiquent plus avec le sac, qui se trouve alors rempli de granulations, ou oblitéré de toute autre manière ; l'injection avec la seringue d'Anel est souvent nécessaire pour s'assurer de ces divers états.

Sac lacrymal. — Très souvent les maladies du sac ne sont point apparentes, et l'injection seule des conduits peut les faire reconnaître. Cependant si la dépression naturelle qu'on voit au-dessous du tendon de l'orbiculaire est remplacée par une saillie, qui souvent très faible peut devenir quelquefois très forte, il sera facile de constater un commencement de distension de cet organe, c'est-à-dire une tumeur lacrymale. Dans tous les cas, que cette distension existe ou non, si le malade se plaint d'un larmolement, on exercera avec l'index une pression légère et ménagée sur la région du sac lacrymal, et l'on fera souvent refluer ainsi les liquides qu'il contient par les conduits ou par le nez, selon que la communication avec les narines existera encore, ou sera complètement interceptée. Le cathétérisme du canal par les narines avec les sondes pleines de Gensoul pourra être utile au diagnostic, si, en se formant ou s'introduisant dans cet endroit, des concrétions pierreuses (rhinolithes) ou des corps étrangers sont devenus la cause principale du larmolement ; on essaiera encore dans quelques cas d'injections avec les sondes creuses, pour s'assurer si le sac est libre dans sa partie inférieure.

Il y aura à noter en même temps l'état de la narine du côté malade : très souvent c'est là qu'on trouve le point de départ de la maladie du sac. La boursouffure de la muqueuse nasale, un polype, des granulations, des croûtes sans cesse renaissantes : voilà quelles peuvent être les causes occasionnelles de l'obstruction. D'autres fois, la muqueuse sera pâle, parfaitement saine, mais le cornet inférieur sera dévié, etc.

Les fractures des os du nez, la présence de corps étrangers, les tumeurs de toute sorte, osseuses et autres, pourront concourir au développement de cette maladie.

La fistule sera notée. Le plus souvent rien n'est plus facile à reconnaître que cette lésion : cependant le chirurgien le plus attentif et le plus exercé peut méconnaître une fistule devenue capillaire, parce qu'elle se cache dans l'un des petits plis de la peau qu'on remarque au-dessous du tendon de l'orbiculaire.

Glande lacrymale. — Il faut constater par la vue et le toucher si elle dépasse le bord externe de l'orbite. Son hypertrophie coïncidant souvent avec une surabondance de larmes, on l'a trouvée cancéreuse, squirrheuse ; dans quelques cas elle contenait des hydatides.

Examen du globe.

Globe en général. — Son volume est-il trop grand ou trop petit ? ses rapports avec les parties voisines sont-ils normaux ? Si l'on compare les yeux l'un avec l'autre, l'un est-il plus saillant, plus volumineux que l'autre ? Cette anomalie est-elle congéniale ou acquise ? Dans ce dernier cas est-elle produite par une tumeur de l'orbite ? de quelle nature est cette tumeur ? Existe-t-il une hydrophthalmie, une ophthalmite ? Si l'œil est simplement proéminent, cela tient-il à une conformation vicieuse de l'orbite ? Au contraire, l'œil est-il plus petit ? Il faut noter encore si cet état est congénial (*microphthalmos*), ou acquis, comme cela arrive pour l'atrophie ; il faut rechercher si la tension des bulbes est normale, en les refoulant doucement en arrière au moyen de la pulpe des pouces, et voir si la diminution dans la résistance tient à un commencement d'atrophie, ou à une fistule de la cornée, ou à un ramollissement de la sclérotique.

Mouvements. — On s'assurera si les mouvements des globes, étudiés ensemble, se font de telle sorte que les axes optiques convergent dans toutes les directions. Si la convergence n'est point parfaite, on examinera si c'est à un strabisme simple ou à un strabisme compliqué qu'on a affaire ; si ce ne serait point une paralysie musculaire ; si une tumeur ne comprime pas l'un des globes, etc., etc... Dans tous les cas, et lorsque la divergence axuelle sera constatée, on cachera un œil pour rechercher l'étendue et la direction des mouvements possibles ou impossibles du côté opposé ; on devra savoir si le strabisme, surtout chez les enfants, n'a pas été précédé d'affections du cerveau ; s'il coïncide avec une dentition difficile, s'il se rattache à la présence de vers dans les intestins, s'il est intermittent, etc. Dans tous les cas encore, on

examinera le malade de loin avant de le voir de près, le strabisme, ainsi que nous l'avons dit au commencement de cet article, ne pouvant être souvent reconnu qu'à distance.

S'il s'agit d'un enfant atteint de strabisme, il sera bon de ne pas trop s'approcher tout d'abord, mais d'attirer son attention en éveillant sa curiosité, en lui montrant quelque joujou, ou, ce qui est préférable, de l'examiner sans paraître s'occuper de lui. On évitera surtout de le toucher, dans la crainte de l'effrayer et de le faire pleurer, parce qu'alors l'examen deviendrait impossible.

M. Piorry (1) insiste beaucoup sur l'étude des mouvements de l'œil. « Ils sont, dit ce professeur, tout à fait dignes de fixer l'attention de l'explorateur. On sait combien ils sont compliqués, » et que les six muscles qui les produisent combinent ou isolent » leur action de façon très variée pour porter le globe oculaire » dans toutes les directions dont il est susceptible. Or, il est souvent très difficile de rapporter à tel muscle de l'œil ou à son » antagoniste la déviation observée dans l'organe visuel qui cause » le strabisme. Voilà la cause de cette difficulté : c'est que, si l'un » des muscles de l'œil vient à être anémié (paralysé), évidemment le globe oculaire sera porté en sens inverse du côté du » muscle antagoniste resté sain. Ainsi, dans ce cas, l'œil sera » dévié du côté sain. S'il arrive, au contraire, que l'un des muscles droits de l'œil soit contracturé, le globe oculaire sera porté » dans le sens de la partie malade. La même chose peut être dite » de la lésion simultanée des deux muscles agissants pour porter » l'œil dans une direction moyenne, en haut et en dehors, en haut » et en dedans, par exemple, etc. Mais ces difficultés ne sont pas » les seules qui se présentent dans l'étude des circonstances anatomiques qui causent le strabisme ; car si les muscles peuvent » être primitivement malades, les nerfs qui y portent l'influence » nerveuse sont aussi susceptibles de l'être, témoin les faits mentionnés par M. Cavarra, et un cas observé dans ma clinique à » l'Hôtel-Dieu. »

Examen des membranes de l'œil en particulier.

CONJONCTIVE. — Chez l'enfant, elle est d'une transparence parfaite; elle s'épaissit et jaunit un peu chez l'adulte. On y remarque alors assez souvent, près de la cornée et du côté interne,

(1) Piorry, *Traité du diagnostic*, t. III, p. 180.

de petits amas grasseux, jaunâtres, élevés, qui ont reçu le nom de *pinguecula*.

On retrouve ces petites tumeurs à plus forte raison chez les vieillards. Ici la muqueuse est flasque, ordinairement relâchée et jaunâtre, et elle forme des replis nombreux, surtout vers le grand angle et dans les culs-de-sac palpébraux. Il est rare que cette membrane ne présente point chez le vieillard d'autres différences. Elle est souvent parsemée, dans sa portion palpébrale, de petits points jaunâtres formés de matière d'aspect crétaqué; les vaisseaux sont ordinairement volumineux, sinueux, et d'un rouge brun; ils sont moins marqués chez l'adulte, et n'existent pas chez l'enfant. A l'état pathologique, la conjonctive offre des vaisseaux, très nombreux quelquefois, et dont la disposition, tantôt sur la portion palpébrale, tantôt sur la conjonctive bulbaire ou cornéenne, est le siège de dispositions différentes que nous exposerons à l'étude des ophthalmies, et que nous devons seulement indiquer ici.

La surface de cette muqueuse est souvent baignée de mucosité plus ou moins claire ou de pus de densité variable.

Elle présente aussi un grand nombre de lésions dont on ne peut constater la présence qu'en retournant complètement les paupières, petite opération que l'on pratique de la manière suivante.

Renversement des paupières pour l'examen de la conjonctive.

Paupière supérieure. — On ordonne au malade de regarder en bas, quelque désagréable que lui paraisse la pression qu'on va exercer sur la paupière. De la main droite pour l'œil gauche, de la main gauche pour l'œil droit, le chirurgien déprime doucement de haut en bas la paupière, en se servant de l'index, dont il place l'extrémité un peu plus haut que le bord adhérent du tarse. Cette pression, ménagée, mais pourtant rapide, fait descendre la paupière supérieure au-devant de l'inférieure, et la place ainsi dans de telles conditions que le bord libre en est tourné en avant, et que le tarse est devenu presque horizontal. Le renversement de la paupière est alors presque complet, et le chirurgien l'achève en saisissant le bord libre entre le pouce, qui repose immédiatement sur la muqueuse palpébrale, et l'index, qui n'a pas quitté la place qu'il occupait sur la peau. Pour éviter au malade tout frottement