

Nuel a rencontré un cas où les muscles avaient subi une dégénérescence d'aspect amyloïde.

*Ophthalmoplégies terminales.* — On les observerait surtout dans le tabes (Déjerine). Pour Parinaud, il y aurait spasme du droit supérieur quand il y a ptosis d'origine périphérique.

*Ophthalmoplégies névrosiques.* — On les voit dans l'hystérie et le goître exophtalmique. Dans le goître, l'ophthalmoplégie est extérieure (Ballet) et peut être produite par gêne mécanique. Dans l'hystérie, il y aurait seulement paralysie des mouvements volontaires, les mouvements réflexes étant conservés.

**Traitement.** — Le traitement des ophthalmoplégies est surtout étiologique, c'est celui du diabète, de la syphilis, de la tuberculose, etc. Nous ne pouvons y insister ici.

#### IV. — Spasmes et contractures musculaires.

§ 268. Les muscles extrinsèques, droits et obliques, peuvent être secondairement rétractés à la suite de paralysie des antagonistes ou primitivement contracturés.

Les lésions dentaires, nasales, génitales, l'hystérie sont habituellement en cause.

La déviation spasmodique est souvent convergente et variable dans son degré. On doit la distinguer de la paralysie par la recherche du champ de fixation ou par l'examen pendant le sommeil anesthésique.

On supprimera la cause probable dentaire, nasale, etc. Le bromure, l'électrothérapie, la suggestion, sont souvent utiles.

#### V. — Déviations conjuguées.

§ 269. Ce sont des déviations latérales binoculaires. Elles résultent, au point de vue expérimental ou clinique, de l'excitation corticale des hémisphères cérébraux, de la région occipitale en particulier. La déviation a lieu du côté opposé à l'excitation.

Les mouvements associés des yeux sont ici spécialement en jeu et résultent des rapports nucléaires des 3<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> paires.

#### VI. — Plaies des muscles.

§ 270. En dehors des interventions chirurgicales, elles sont assez rares. Les instruments piquants ou tranchants, les projectiles peuvent cependant rompre ou déchirer les muscles oculaires. Des fractures, des écrasements orbitaires sont aussi capables de détacher les insertions musculaires vers le fond de l'orbite. Il survient des paralysies. Les traumatismes des nerfs moteurs, à la suite de fracture de l'orbite vers la fente sphénoïdale, ou de fracture de la base du crâne, produiraient le même résultat.

Il importe de préciser, par une exploration directe et symptomatique attentive, la nature et le siège de la lésion.

Si un muscle était détaché, il faudrait immédiatement ou ultérieurement le réinsérer par suture; plus tard, on pourrait en outre agir sur l'antagoniste par reculement, s'il persistait une déviation de l'œil.

### CHAPITRE IV

#### MALADIES DE L'APPAREIL LACRYMAL

##### I. — Blessures.

§ 271. Les blessures sont assez rares du côté des glandes comme des voies lacrymales. Ces organes sont, en effet, très bien abrités contre les chocs et les projectiles. On a cité cependant des cas de plaies des glandes et des fistules consécutives. Il convient alors de pratiquer des sutures et d'appliquer sur les pertuis fistuleux le thermo-cautère. Les plaies

des voies lacrymales au niveau des conduits peuvent être produites par des coups de feu. Le traitement, s'il y a des déviations, des rétrécissements, des sténoses de ces conduits, consistera dans l'ouverture, la dilatation des canaux et même, au besoin, l'ablation de la glande palpébrale ou orbitaire.

## II. — Corps étrangers.

§ 272. Les corps étrangers des *glandes* lacrymales sont exceptionnels et généralement de nature calcaire (dacryo-adénolithes). Ceux des *voies* lacrymales peuvent être aussi calcaires, mais ce sont, le plus souvent encore, des cils, des barbes d'épis, des graines, des morceaux de fer ou d'acier, avec lesquels on trouve ordinairement des leptothrix.

Ces corps étrangers occasionnent du larmolement, parfois un écoulement muco-purulent. Les troubles fonctionnels sont très variables, suivant la nature, le siège, le volume des corps étrangers. On les reconnaît à leur saillie par le toucher digital ou par le cathétérisme. L'ablation à travers les voies naturelles, par pression ou après incision préalable, est généralement facile. Il y a lieu, dans les cas anciens, de modifier l'inflammation consécutive par un traitement calmant et antiseptique.

## III. — Inflammations des voies lacrymales.

Les phlegmasies des voies lacrymales, dans leur ensemble, comprennent les maladies ou les troubles des points lacrymaux, des canalicules lacrymaux, du sac lacrymal et du canal nasal; à part certaines lésions des points et des conduits lacrymaux qui peuvent être envisagées en particulier, on peut grouper ensemble les autres inflammations lacrymales, car elles offrent des symptômes identiques.

Les anciens, ignorant l'anatomie et la physiologie de l'appareil lacrymal, en connaissaient mal la pathologie. Ils pre-

naient les phlegmasies du sac pour des inflammations banales du grand angle de l'œil (anchoylops). Il faut arriver jusqu'au siècle dernier pour trouver, à cet égard, quelques notions exactes. Stahl, le premier, puis Heister, Maître-Jean, reconnaissent alors la nature et le siège des affections lacrymales. Anel pratiqua le sondage du canal nasal et imagina une seringue toujours en usage et qui porte son nom. Bowman établit enfin le cathétérisme gradué par les voies naturelles; sa méthode fait encore le fond de tous les traitements actuels de la dacryocystite.

Les affections lacrymales ont leur siège dans les diverses parties des voies d'excrétion et comprennent les troubles des points, des conduits lacrymaux, les dacryocystites muqueuses ou purulentes, les fistules et leurs complications; ces dernières seront, dans leur ensemble, étudiées à part.

§ 273. **Lésions des points lacrymaux.** — Les points lacrymaux sont souvent rétrécis ou oblitérés congénitalement ou par des inflammations blépharitiques et conjonctivales. Ils peuvent être, à la suite de brûlures, déviés en divers sens, surtout en dehors; enfin des corps étrangers, cils, débris, les obstruent parfois complètement. L'inférieur est plutôt affecté que le supérieur. Les déviations occupant le bord marginal sont aisément reconnaissables et l'orifice lacrymal se trouve rejeté en dehors du lac lacrymal. Y a-t-il rétrécissement? On dilatera le point avec le stylet conique ou la sonde; existe-t-il une déviation en dehors? On sectionnera point et conduit jusqu'à ce que l'ouverture nouvelle puisse aboutir dans le lac lacrymal.

§ 274. **Lésions des conduits lacrymaux.** — Les conduits lacrymaux sont, comme les points lacrymaux et pour des causes analogues, déviés, rétrécis ou obstrués. Celui d'en haut est plus souvent atteint que celui d'en bas.

S'il existe de l'occlusion simple, on déterminera sa dilatation avec le stylet conique; s'il s'agit de déviation des points ou des conduits lacrymaux, il convient d'en pratiquer l'incision avec le couteau de Weber après dilatation par le stylet conique.

que. Il importe de sectionner surtout la paroi postéro-supérieure. Quand le point lacrymal est seul atteint, l'instrument respectera le conduit correspondant. Dans le cas où tous deux sont affectés, la section s'étendra jusqu'au sac lacrymal exclusivement.

§ 275. **Dacryocystites.** — La dacryocystite — *δακρυον*, larme, *κύστις*, sac — est l'inflammation du sac et du canal des larmes. Elle est muqueuse ou suppurée et résulte de causes diverses, le plus souvent combinées : prédisposition congénitale, rétrécissement, inflammation.

La prédisposition s'observe particulièrement chez les femmes, les enfants, les sujets à nez large, aplati à la racine (nez lacrymal), ou au contraire à nez trop effilé, à visage asymétrique. Les patients à dacryocystite unilatérale sont nombreux et offrent ordinairement un aplatissement nasal et facial du côté malade. On voit parfois plusieurs membres de la même famille présenter des états lacrymaux. Il existe, dans ces cas, des irrégularités ou des étroitures canaliculaires qui favorisent l'inflammation et la sténose consécutives.

L'inflammation comme le rétrécissement des voies lacrymales est généralement secondaire et produite par des lésions de voisinage, oculaires ou nasales. Il s'agit, du côté de l'œil, de kératites, de conjonctivites, de blépharites, de corps étrangers, et, du côté du nez, de congestions, d'ulcères, de végétations, de tumeurs, etc.

L'inflammation entraîne le rétrécissement et le rétrécissement entretient l'inflammation. Malgré leur pouvoir bactéricide, les larmes contiennent des microbes infectieux venant du nez, de l'œil, de l'extérieur. Sous l'influence de ces microbes ou des congestions voisines, la muqueuse lacrymale se gonfle, la lumière canaliculaire diminue et les liquides stagnent (œil mouillé, larmolement). L'irritation première et la sténose congénitale favorisent cette rétention et provoquent du rétrécissement.

Dès lors, il en est ici comme pour l'urèthre, il y a une inflammation et un rétrécissement solidaires, l'un entretenant

l'autre. La muqueuse lacrymale, et surtout celle du sac, s'altère, s'hypertrophie, parfois se distend et exagère ses sécrétions ; la suppuration peut survenir et, dans certains cas, envahissant la région péricystique, ulcérer la peau et se faire jour à l'extérieur.

La sécrétion reste-t-elle muqueuse, on a la dacryocystite catarrhale ; devient-elle purulente, il s'agit de dacryocystite suppurée, simple ou phlegmoneuse ; un orifice cutané accidentel persiste-t-il, c'est la fistule lacrymale.

*Dacryocystite simple.* — A son premier degré, elle se manifeste par un larmolement assez peu accentué et intermitent, qui s'accroît pendant la saison froide et surtout par les temps humides et avec le vent ; dans cette première période, que les anciens désignaient sous le terme de *stillicidium lacrymarum* et que les Anglais nomment aujourd'hui *watery eye*, l'œil est simplement humide, ainsi que l'indique cette dernière expression, mais cette humidité constante, qui devient un *larmolement* véritable dès que le malade s'expose à un froid extérieur un peu intense, ne tarde pas à être gênante et peu à peu intolérable par sa persistance même.

Il est des malades qui viennent demander le secours du médecin dès cette première période ; il en est à la vérité beaucoup plus chez lesquels l'affection ne dépasse pas ce degré initial et qui conservent négligemment, pendant de longues années, un larmolement pénible.

*Dacryocystite muqueuse ou catarrhale.* — Il existe généralement du larmolement et une saillie du sac plus ou moins marquée dans la région lacrymale. Cette saillie est de couleur normale, arrondie, rénitente et constituée par le sac rempli de mucus lacrymal. La pression digitale vide cette poche et fait passer le contenu par les conduits lacrymaux vers l'angle lacrymal ou par le canal nasal dans les fosses nasales. Il arrive parfois que la tumeur lacrymale n'est pas réductible (mucocèle). Soit que les conduits aboutissant au sac aient été oblitérés ou que le liquide se trouve trop épais, la pression est insuffisante pour l'évacuation. Le liquide de

la tumeur est blanchâtre, filant, et contient des cellules épithéliales et des leucocytes. La dacryocystite catarrhale n'est ni douloureuse ni grave; elle peut persister des années dans le même état ou bien se transformer en dacryocystite suppurée simple ou phlegmoneuse. Les graves complications oculaires ou périoculaires sont exceptionnelles. La guérison s'obtient assez facilement par un traitement approprié.

*Dacryocystite suppurée.* — Elle est spontanée ou consécutive au larmolement et à la dacryocystite catarrhale. La muqueuse du sac et des conduits lacrymaux est seule atteinte, ou bien les tissus péri-canaliculaires sont envahis.

Dans le premier cas, c'est la dacryocystite purulente ou muco-purulente *simple*. Il existe un peu de gonflement et du larmolement comme dans la dacryocystite catarrhale, mais le liquide est purulent ou muco-purulent, jaunâtre ou plutôt blanchâtre et mélangé de mucus filant. Dans le second cas, c'est la dacryocystite *phlegmoneuse* avec gonflement, douleur, rougeur, plus ou moins étendus. La dacryocystite purulente simple peut persister ainsi sans traitement plus ou moins longtemps, mais elle aboutit facilement à la forme phlegmoneuse.

Le *phlegmon lacrymal*, outre ses allures inquiétantes, fébriles, douloureuses, qui font penser facilement à une poussée d'érysipèle, est assez grave par les désordres ultérieurs qu'il entraîne. Le sac se détruit, la peau est très altérée, et il reste une large cicatrice ou une fistule. Par contre l'inflammation destructive entraîne souvent la guérison lacrymale. On a cité des cas de *péricystite* (Parinaud) où, comme dans le rétrécissement urétral, survient un abcès autour du sac; les *périostites* et les *ostéites* sont assez fréquentes et peuvent entretenir un état fistulaire.

*Fistule lacrymale.* — Consécutive à des lésions quelconques de la région sacculaire et ordinairement à des dacryocystites négligées, elle est simple ou multiple. Au début, après l'inflammation fistulaire, il y a encore de la rougeur et un écoulement purulent ou muco-purulent; plus tard, l'orifice

anormal cutané, parfois minime, ne donne issue qu'à de fines gouttelettes de larmes. Lors de l'ouverture primitive du sac, le canal nasal est resté obstrué et les liquides sortaient par la peau; cette situation n'ayant pas été modifiée, l'orifice cutané a persisté et est devenu fistulaire. Il n'en est jamais ainsi avec un traitement rationnel des dacryocystites. Dans certains cas cependant, chez les sujets lymphatiques en particulier, il y a de l'ostéite des parois du sac, ostéite simple ou tuberculeuse, qui entretient une suppuration prolongée.

Les fistules lacrymales ne sont pas graves mais n'ont aucune tendance à la guérison, L'écoulement anormal des larmes est gênant, irritant et demande un traitement curatif. On guérit parfois malaisément cette affection et l'on doit mettre en œuvre divers moyens chirurgicaux, mais enfin on obtient d'ordinaire un résultat suffisant.

**Traitement.** — La sténose ou l'inflammation des conduits lacrymaux exige simplement la dilatation, l'incision, l'irrigation antiseptique. Pour les dacryocystites, il faut distinguer suivant les formes que nous avons étudiées.

1° *Dacryocystite simple. Larmolement.* — Lorsque la maladie est à sa période initiale, qu'il n'existe que du larmolement, on devra se contenter de la dilatation par le cathétérisme de Bowman, suivant la méthode exposée plus loin, avec des séances répétées tous les deux jours et le maintien de la sonde durant 20 à 30 minutes environ. Le passage de la sonde sera rendu possible par la dilatation du point lacrymal à l'aide du stylet conique, par le débridement de ce point lacrymal, ou encore par l'ouverture du canalicule tout entier jusqu'à l'orifice externe du sac exclusivement.

2° *Dacryocystite muqueuse. Blennorrhée.* — Lorsque le larmolement se complique de gonflement du sac et que celui-ci est rempli de mucus puriforme, que la maladie est, en un mot, à la période de blennorrhée, le débridement des voies devra se faire plus largement et il y faudra adjoindre la modification des surfaces muqueuses. A cet effet, on pratiquera la

section du ligament palpébral interne, suivant la méthode de Weber, ou encore la section complète des voies d'après le procédé de Stilling; puis, le sac étant ainsi largement ouvert, on touchera sa paroi interne avec un caustique porté sur un porte-caustique, ou plus simplement avec une perle de nitrate d'argent obtenue en cueillant au bout d'un stylet une goutte de cette substance fondue et liquéfiée. Dans ces cas, le traitement sera continué par le cathétérisme de Bowman, auquel on associera des injections antiseptiques pratiquées avec la seringue d'Anel ou avec la sonde creuse de Wecker. Le cathétérisme et les irrigations antiseptiques seront continués jusqu'à cessation du larmolement.

Lorsque le sac est dilaté et épaissi, la guérison par ces simples moyens devient beaucoup plus difficile à obtenir.

L'ablation partielle ou totale du sac n'est pourtant indiquée que dans les dilatations notables ou excessives de la poche lacrymale. Il en est de même de la destruction ignée qui convient à quelques cas extrêmes.

Dans les cas ordinaires où les irrigations antiseptiques et les cautérisations restent insuffisantes, le curettage, avec ou sans cautérisation nitratée, à travers une incision de la paroi antérieure, donne alors d'excellents résultats. Une fois l'incision faite au sac, à travers la peau, on pratique un curettage énergique de l'intérieur du sac et on touche ensuite le fond de la cavité avec une solution caustique de sublimé à 1 p. 100. Bourrage de la cavité avec une mèche iodoformée qu'on remplace tous les 4 jours. Au jour du pansement, nouvel attouchement au sublimé caustique. Concurrément on rétablit, par le cathétérisme, la perméabilité des voies lacrymales naturelles.

On peut aussi, dans les cas où l'on désire éviter la moindre cicatrice cutanée, lorsque les irrigations, les instillations et la compression sont insuffisantes ou trop lentes pour guérir, faire le curettage du sac sans incision préalable. Il faut bien convenir que la crainte d'une cicatrice cutanée est excessive, car il ne persiste guère trace de l'incision. Toutefois il est des

cas où les malades ne veulent accepter qu'un traitement où il n'est pas question d'inciser la peau. Terson pratique alors une opération qui peut certainement, s'il n'existe pas une trop grande dilatation du sac, donner satisfaction. Après section du conduit lacrymal supérieur et instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/20 dans le sac et au besoin dilatation lacrymale avec les sondes simples et coniques, une curette étroite et fenêtrée est conduite d'abord dans le canal nasal, puis remontée et maintenue dans le sac, dont on pratique le curettage ou écouvillonnage. Pour finir, on fait un lavage vigoureux et de la compression.

Il faut reconnaître, toutefois, que le curettage lacrymal par les voies naturelles est plus laborieux et moins complet qu'à travers une incision cutanée directe. Ce procédé peut donner de très bons résultats dans un grand nombre de dacryocystites muqueuses et quelques dacryocystites suppurées, chez les femmes, les enfants et quelques adultes, mais il ne semble pas avantageux de s'y astreindre méthodiquement. Cela est d'autant moins nécessaire que l'incision cutanée faite de bonne heure est peu douloureuse (on peut, d'ailleurs, injecter préalablement de la cocaïne dans la peau et le sac) et que la cicatrice qui en résulte est insignifiante. Autant les cicatrices des ouvertures pathologiques sont larges, irrégulières, manifestes, autant les cicatrices des incisions sont petites et discrètes; ordinairement même il n'en reste aucune trace appréciable.

Lagrange emploie avec de grands avantages, dans la dacryocystite chronique avec blennorrhée du sac, l'électrolyse des voies lacrymales. L'électrolyse tarirait la suppuration par la désinfection puissante qu'elle occasionne et modifierait favorablement la muqueuse du canal nasal. La sonde forme l'un des pôles et l'opération n'est pas très douloureuse, si l'on a soin de garnir la tige d'un vernis isolant de façon à limiter aux voies lacrymales l'effet électrolytique. L'emploi d'un rhéostat supprime d'ailleurs tout passage un peu brusque du courant.

3° *Dacryocystite purulente*. — Le traitement de la dacryocystite purulente simple diffère peu de celui de la dacryocys-