

un cérébral ou un simple alcoolique qu'un diabétique avéré.

D'une façon générale le grand âge des patients n'influe pas sur le résultat des opérations de cataracte, même quand les individus ne sont pas indemnes d'altérations générales. Qui l'est d'une façon absolue à 80 ou 90 ans ?

Cette étude démontre qu'on n'a guère le droit de refuser à un cataracté le bénéfice considérable de l'opération, fût-il dans un état général défectueux. Si la vision est encore possible avec l'un des yeux, on peut reculer l'opération, mais s'il y a cécité complète, on doit intervenir; les accidents infectieux toujours évitables étant seuls à craindre.

Je veux terminer en résumant les indications de l'opération de la cataracte chez les sujets atteints de maladies générales :

Si la maladie permet d'espérer que le patient vivra plusieurs années, on pratiquera résolument l'opération;

Si elle laisse pressentir la mort à moyenne échéance (18 mois, 2 ans), on n'opérera que sur instances répétées et après avoir acquis la conviction qu'on rendra moins pénible la fin de l'existence;

Si la survie ne doit être que de quelques mois,

on s'abstiendra en laissant entrevoir la possibilité d'un retour à la vision.

On ne devra jamais s'exposer à aggraver l'état général.

---

## V A R I A

---

### ASTHÉNOPIE D'ORIGINE LACRYMALE

---

Dans le numéro de décembre 1889, du *Recueil d'Ophthalmologie*, M. le D<sup>r</sup> Galezowsky a fait paraître un intéressant article intitulé « Troubles visuels lacrymaux simulant le glaucome ». J'avais maintes fois été frappé par des cas analogues à ceux qu'a rapportés notre très distingué confrère. Je me disposais à étudier ces faits dans un travail intitulé : « Asthénopie d'origine lacrymale », lorsque j'ai été devancé par M. Galezowsky, qui n'avait pu laisser échapper des phénomènes aussi importants. Je dois donc me borner à exposer le fruit de mes observations personnelles.

Il est de prime abord assez difficile de s'imaginer qu'une affection des voies lacrymales qui

n'entraîne pas de larmoiement, puisse s'accuser par des symptômes aussi graves que ceux qui ont été et qui vont être signalés. Pourtant la chose existe et s'affirme avec une telle netteté qu'il n'est même point possible de la discuter. La tâche de l'oculiste est, par elle, réellement fort difficile, car comment faire admettre à un malade qui ne pleure pas la nécessité de déboucher les voies lacrymales? Cependant, le cathétérisme demeure le seul moyen de faire disparaître des phénomènes douloureux et gênants plus qu'on ne saurait le croire.

Le médecin doit faire preuve d'un certain tact et être bien renseigné sur la valeur des symptômes, car il s'exposerait être déconsidéré et serait certainement blâmable s'il pratiquait à tort une opération même légère. Il est donc indispensable que tous ceux qui possèdent des cas semblables aux nôtres les publient, pour qu'on puisse ouvrir et clore un nouveau chapitre de la pathologie lacrymale.

Pour être précis je dois dire que les troubles visuels accusés par les malades que j'ai traités ne simulaient pas précisément le glaucome, c'étaient plutôt des troubles se rapprochant de ceux que nous rencontrons dans l'asthénopie accommodative, tels que fatigue dans la lecture, photophobie pendant le travail réellement im-

possible au bout de quelques instants, névralgies, migraines, sensations de dureté et d'occlusion involontaire des paupières. Les patients commençaient toujours par se plaindre de ne pouvoir lire le soir. A tous on avait fait subir sans résultat les traitements les plus variés et les plus douloureux, on avait prescrit les verres convexes, parfois des cylindres, tandis que s'aggravaient régulièrement les symptômes et que survenaient chez les sujets un profond découragement et un grand scepticisme vis-à-vis des moyens médicaux. Pour montrer quelles erreurs peuvent être commises, je citerai une femme qui a subi une élongation ou section du sus-orbitaire sans retirer de cet acte chirurgical une amélioration quelconque et qui a merveilleusement guéri après quelques cathétérismes réguliers! Je pourrais multiplier ces exemples, mais je préfère reprendre l'étude clinique plus utile.

Je n'ai guère vu les phénomènes d'asthénopie lacrymale que chez des femmes un peu nerveuses (sauf pourtant l'une d'elles); il faut peut-être dans l'étiologie faire la part du nervosisme et de la sensibilité féminine.

Le globe oculaire et les culs-de-sac palpébraux se sont toujours montrés intacts. J'ai cru toutefois remarquer un certain degré d'hypérémie de

la conjonctive palpébrale inférieure limitée à son bord supérieur; je tiens à appeler l'attention sur ce petit signe qui, pour corroborer un diagnostic délicat, peut acquérir quelque valeur et guider l'oculiste vers les voies malades.

J'ai recueilli sur le sujet qui nous occupe six observations concluantes; pour éviter des répétitions fastidieuses, je n'en donnerai que trois qui peuvent être prises comme types et encore ne développerai-je que la première. C'est elle qui a mis en éveil mon attention et a commencé mon éducation. Elle est des plus remarquables et concluantes.

*Observation I.* — M<sup>me</sup> G..., 32 ans, de bonne santé, peu nerveuse, vivant dans d'excellentes conditions d'hygiène et de confort, ne surmenant en aucune manière ses yeux, vint me consulter au commencement d'avril 1887, ayant épuisé une prodigieuse quantité de traitements tous restés inefficaces ou n'ayant amené qu'une amélioration momentanée. V=1 avec — 1.25 Od et Og; lit à merveille le n° 1 de l'échelle de Wecker à 30 centimètres, et pourtant elle se plaint de troubles visuels très accentués. La vue a diminué, dit-elle, s'est fatiguée depuis plus d'un an. Après 1/4 d'heure de lecture elle est obligée de rejeter le livre le plus attrayant. Elle ne peut supporter aucune lumière; le soir, elle

sent ses yeux se fermer malgré elle et a dû renoncer au théâtre et aux relations mondaines. Dès qu'elle fixe un objet avec quelque attention elle est prise de violentes douleurs dans l'orbite qui s'irradient bientôt dans la sphère du trijumeau et affectent le caractère de névralgies faciales.

On avait prescrit à cette dame le bromure, l'hydrothérapie, le sulfate de quinine, l'antipyrine, une saison à Divonne, le séjour dans le midi, l'emploi de prismes pour la lecture, voire même des cylindres et des verres convexes, sans compter des eaux et collyres très variés. Elle était en possession de vingt-sept ordonnances différentes qu'elle avait régulièrement suivies sans obtenir d'autre effet qu'une aggravation régulière dans son état oculaire.

Le résultat de mon examen fut peu concluant et j'aurais volontiers déclaré à la malade qu'elle n'avait que des troubles nerveux, si je n'avais été prévenu par son médecin de ses réelles souffrances et de son courage habituel. Comme dé faite et souhaitant sincèrement ne plus la revoir je lui prescrivis du valérianate d'ammoniaque qui ne figurait, par hasard, sur aucune des ordonnances, et des lotions banales. Elle revint pourtant et avec une telle persistance (elle avait vu presque tous les oculistes), qu'il fallut bien

que je fisse des examens multiples accompagnés de mûres réflexions sur ce cas original. Je ne voulais pas m'arrêter aux voix lacrymales parce que ma malade accusait surtout un sentiment de sécheresse de l'œil; j'y songeais pourtant, quand en désespoir de cause, après avoir appris qu'elle voyait des lumières irisées et comme à travers quelque chose, je me décidai à lui proposer le cathétérisme qu'elle accepta avec joie et supporta vaillamment. Je débridai à peine les points lacrymaux et passai des stylets n° 2 tous les deux jours.

Au bout de vingt-cinq jours, l'amélioration était considérable, la lecture devenait possible, le sentiment de sécheresse palpébrale avait disparu. « Mes paupières ne sont plus de bois », disait la patiente. Après deux mois, la guérison radicale avait lieu et s'est maintenue jusqu'ici. Tous les deux ou trois mois la malade réclame mon concours pour l'introduction d'une sonde, plutôt, dit-elle, par crainte d'être reprise que parce qu'elle souffre de nouveau.

Voici donc une dame dont les yeux n'ont jamais pleuré d'une façon évidente et qui a été victime de grands ennuis, plus sérieux même que ceux qu'on observe chez certains sujets atteints de larmolement manifeste. C'est instruit par cette observation que, dans mes leçons

de thérapeutique oculaire, j'ai émis cet axiome qui avait paru à quelques-uns un peu paradoxal : « Certains yeux ne pleurent pas et sont atteints d'affections lacrymales » et signalé la possibilité d'une asthénopie lacrymale sur laquelle je puis insister plus sérieusement aujourd'hui.

Voici les deux observations qui me paraissent encore dignes d'être citées.

*Observation II.* — Sœur X..., 31 ans, bonne santé habituelle, un peu nerveuse, n'a jamais souffert des yeux avant la fin de 1888. A ce moment a été obligée de renoncer à la lecture d'abord le soir, puis le jour. N'a pas bénéficié des nombreuses paires de lunettes dont elle fit l'acquisition avant de venir me trouver en mai 1889. Tout travail lui est devenu impossible, ne peut supporter aucune lumière et vit littéralement derrière des lunettes fumées très sombres. La réfraction est normale, l'acuité visuelle parfaite, le globe oculaire et les paupières en bon état. Après un mois de traitement infructueux, je proposai le cathétérisme qui, au bout de 35 jours, amena la guérison complète mais non définitive. En août, la malade fut reprise de phénomènes à peu près semblables, mais atténués, qui disparurent pour ne plus revenir après 7 séances de cathétérisme.

*Observation III.* — W... Julie, vingt-neuf ans, bien portante, n'ayant jamais *senti* ses yeux, est prise vers janvier 1889 de douleurs peri-orbitaires s'exagérant pendant le travail de couture qu'elle faisait facilement avant cet instant ; elle doit prendre de fréquents repos et ne peut venir à bout de sa tâche journalière ; le soir elle sent ses paupières se fermer, et a une sensation de sécheresse et de rudesse de la conjonctive. Elle a pris des verres convexes sur le conseil d'un médecin et n'en a pas retiré d'avantages, pas plus que du port de conserves bleuies ; traitée sans succès par le sulfate de quinine et le bromure, elle vient à ma consultation ; je trouve tout en ordre, excepté un peu d'hyperémie de la conjonctive palpébrale inférieure. Je prescris l'eau boricuée qui est continuée quinze jours sans effet. J'essaie l'antipyrine, pas de résultats. Enfin, quinze cathétérismes font cesser toute gêne et ce bon état s'est maintenu.

Je fais grâce au lecteur des autres observations à peu près semblables à celles que j'ai résumées plus haut et qui me paraissent établir nettement l'existence de troubles visuels d'origine lacrymale simulant l'asthénopie.

## TROUBLES OCULAIRES RÉFLEXES D'ORIGINE NASALE

---

Dépuis quelques années, l'attention est fixée sur les relations qui existent entre les maladies du nez et certaines affections telles que l'asthme, la coqueluche, dans lesquelles l'influence nerveuse paraît prédominer.

De 1882 à 1884, Hack a montré qu'en même temps que ces maladies, il se produisait un gonflement uni ou bilatéral du segment antérieur du cornet supérieur, voire même de son segment postérieur, plus rarement du cornet moyen. Il se faisait là une sorte d'érection du tissu caverneux avec emmagasinement d'influx nerveux qui se déchargeait ensuite sous forme de réflexes secondaires les plus variés (Waldenhauer, trad. Potiquet). Cette théorie a conduit à des succès surprenants obtenus par la cautérisation des cornets au galvano-cautère dans l'asthme par exemple. C'est une éclatante confirmation clinique des vues de Hack qui pouvaient à priori paraître tant soit peu hypothétiques. Pourtant il paraît probable que ce gonflement n'est pas la cause unique des

réflexes secondaires et que des irritations morbides de la muqueuse nasale suffisent pour les produire.

L'œil, par son voisinage immédiat du nez, par ses connexions nerveuses avec lui, ne pouvait guère échapper à l'influence des réflexes partis des cavités nasales. Des phénomènes vulgaires font tous les jours constater des relations nerveuses entre les deux organes, tels le larmolement amené par le coryza, les odeurs et les gaz irritants, l'éternuement qui succède à une impression lumineuse violente ou à un attouchement de la conjonctive.

Le rôle du trijumeau se précise, ce nerf est le facteur des désordres sur lesquels j'écris.

Il a fallu pour établir les influences réflexes pathologiques, les faits de Gruening (*Medical Record*, 30 janvier 1886); de Lennox Brown (*British Medical Journal*, 1887); de Bittman (*Journal of Americ. med. Association*, mars 1887).

Les observations de ce dernier entraînent la conviction. N'a-t-il pas cité des cas de guérison d'affections oculaires par des incisions au galvano-cautère de l'extrémité antérieure des cornets, l'ablation de polypes, la destruction d'ulcérations nasales.

En France, la question ne tardera pas, je pense, à être à l'ordre du jour.

Personnellement la lecture de ces travaux m'a été fort utile et m'a permis d'interpréter un certain nombre de faits qui, sans elle, m'eussent paru fort obscurs et me semblent dignes d'être rapportés.

En décembre 1886, j'eus occasion d'examiner une jeune fille de dix-huit ans atteinte de blépharospasme classique double très gênant. Jusqu'en octobre 1887, je la traitais sans résultats par les moyens dits médicaux: bromure de potassium, quinine, hydrothérapie, courants continus, métallothérapie; alors je me décidai à lui proposer la résection au nerf sus-orbitaire gauche, ne devant toucher au droit qu'en cas de succès. La perspective de cette opération l'effraya si bien qu'elle renonça à tout traitement; je la revis en décembre. Elle vint m'annoncer, non sans ironie, qu'elle était radicalement guérie à la suite d'ablation de polypes nasaux assez petits et peu nombreux, paraît-il.

A rapprocher de la précédente, une dame de vingt-cinq ans très nerveuse, il est vrai, qui chaque fois qu'elle commence un coryza aigu est prise pendant deux ou trois jours de blépharospasme accentué. La durée éphémère du phénomène ne justifie guère l'emploi du galvano-cautère porté sur le cornet que je n'hésiterais pas à proposer sans cette circonstance.

Le 7 janvier 1887, un homme de trente-cinq ans, compositeur de musique, vint réclamer mes conseils pour des accès de migraine ophthalmique datant de six à sept mois et devenant de plus en plus fréquents. Il avait eu trois accès dans la semaine qui avait précédé sa visite chez moi. Cette marche insolite de l'affection, une santé oculaire antérieurement parfaite, l'absence de toute autre cause générale ou locale tournèrent mon attention vers les fosses nasales ; j'en réclamai l'inspection et j'eus l'heureuse chance d'obtenir un succès complet en faisant débarrasser mon malade de deux très petits polypes pédiculés qui siégeaient dans la narine gauche.

Ce sont surtout les polypes de petite dimension qui amènent les phénomènes reflexes ; ils exercent un chatouillement intermitent sur la muqueuse rendue ainsi plus susceptible que si elle était régulièrement comprimée par des polypes de gros volume.

Un garçon de quinze ans que je vis en juillet dernier avait à gauche une mydriase inexplicable en apparence, qui disparut le jour où furent guéries deux petites ulcérations muqueuses du nez situées du même côté.

C'est par un traitement exclusivement nasal que trois autres malades que j'ai pu étudier à

loisir, deux femmes de trente et trente-huit ans, un homme de vingt-huit, ont été guéris de phénomènes asthénopiques assez anciens et contre lesquels tous les traitements anti-nerveux avaient échoué.

Chez une des femmes on ne trouva pas de cause bien nette du côté du nez, chez l'autre on constata une hypertrophie du cornet inférieur des deux côtés. Chez toutes deux, des cautérisations répétées des cornets amenèrent une guérison absolue. Chez l'homme, il fallut soigner pendant un mois et demi des ulcérations de la pituitaire pour obtenir le résultat souhaité. Depuis quatorze, onze et dix mois ces trois sujets se portent à merveille.

Il est aujourd'hui possible de décrire une asthénopie d'origine nasale.

Un individu, un neurasthénique en général (j'admets la prédisposition), se plaint de mouches volantes, de petites douleurs péri-orbitaires, de légère photophobie. Mais il passerait sur ces inconvénients n'était l'impossibilité où il se trouve de s'occuper longtemps. A peine a-t-il commencé à lire que les yeux rougissent, se remplissent de larmes, que les douleurs augmentent, que la vue se trouble et que le livre doit être repoussé en toute hâte. Le soir, tout s'exagère. Et pourtant la réfraction est normale,

et pourtant la conjonctive et les voies lacrymales sont saines, l'origine du mal se cache dans les fosses nasales.

Si je voulais faire une incursion dans la littérature ophthalmologique, j'aurais à citer ces observations si curieuses d'amblyopies transitoires de Gruening, ce cas surprenant de glaucome d'origine nasale décrit par Lennox Brown ; mais j'estime qu'avec l'encombrement scientifique actuel, les faits personnels seuls doivent être rapportés.

#### LUPUS ET TUBERCULOSE OCULAIRES

En février 1889, une jeune femme de vingt et un ans, M<sup>me</sup> L..., atteinte de lupus conjonctival, fut adressée à la clinique des Quinze-Vingts par M. le professeur Fournier, au service de qui elle appartenait. Cette malade, qui souffrait aussi de lupus du nez et des joues depuis plusieurs années, présentait sur la conjonctive des végétations très abondantes ayant déterminé de l'ectropion et des désordres cornéens; elle dut subir plusieurs opérations, entre autre la cautérisation et le raclage des produits morbides. Je profitai de cette circonstance pour pratiquer dans l'œil

du lapin les inoculations dont je vais rapporter les résultats.

Les deux premières ont été faites le même jour, soit le 21 février. Avant de détacher les parcelles lupiques qui devaient être utilisées, je nettoyai à l'eau bouillie la conjonctive, afin de la débarrasser de toute sécrétion.

Sur le lapin n° 1, je fis avec un couteau triangulaire, au niveau du limbe scléro-cornéen, une ponction aseptique; je pus introduire dans la chambre antérieure, sans frôler ou érailler l'iris, une parcelle de lupus grosse comme deux fois la tête d'une épingle; je la déposai avec une spatule d'argent au centre de la pupille moyennement dilatée, au contact de la cristalloïde antérieure. Je ne fis point de pansement, la nature de mon incision permettant une coaptation parfaite de la plaie, et j'évitait la hernie de l'iris en instillant l'ésérine.

Tout se passa le mieux du monde; il n'y eut pas la moindre réaction inflammatoire, le nodule diminua peu à peu de volume; huit jours après l'opération, il était totalement résorbé. Pendant six jours, je ne remarquai rien dans la chambre antérieure. Le douzième jour après la résorption, l'iris se gonfla, se plissa et des petits points blancs apparurent à sa surface. Ceux-ci ne tardèrent pas à s'agrandir et à se ré-