

les fils constricteurs sont placés dans le tissu musculaire lui-même, non dans la partie fibreuse d'insertion, et ils sont exposés à couper le corps charnu du muscle. J'ai proposé alors (*Annales d'oculistique*, août 1896), non pas de réséquer le muscle, mais de le diviser longitudinalement sur une petite étendue au niveau de son insertion, de façon que les deux chefs de son insertion puissent être portés plus loin du côté du méridien vertical de la cornée. Cet avancement, que j'appelle *avancement en λ*, accroît la surface de l'insertion, la renforce, et raccourcit le muscle en augmentant l'effet de l'avancement musculaire comme le ferait la résection.

J'ai dit qu'il fallait, vis-à-vis d'un strabisme, tâter le terrain au moyen de la ténotomie. Pour cela, il faut que le sujet ne soit pas chloroformé, car le sommeil anesthésique supprime, on le sait, les rapports des déviations oculaires; autant que possible donc on évitera la narcose générale et l'on ne s'y résoudra que vis-à-vis d'enfants trop jeunes ou très indociles. Il est certain que l'opération d'avancement pratiquée avec le chloroforme perd beaucoup de sa certitude. Tel sujet, par exemple, semble justiciable de l'avancement capsulaire; il est opéré sous le chloroforme, et au réveil on s'aperçoit que l'effet obtenu est trop fort; une ténotomie aurait suffi.

Avec des instillations répétées de cocaïne ou mieux d'holocaïne, avant et pendant le cours de l'opération, on arrive à supprimer presque toute douleur et l'opération se fait avec une bien plus grande précision; on peut, séance tenante, doser l'effet de l'avancement et le mesurer à la correction cherchée en implantant les aiguilles plus ou moins près du méridien vertical de la cornée.

Dans le strabisme *divergent* la correction est toujours très difficile à obtenir, et la seule ténotomie ne suffit presque jamais, même l'avancement capsulaire est rarement assez puissant. On fera l'avancement musculaire et surtout l'avancement musculaire en λ du droit interne, renforcé d'une large ténotomie du droit externe.

III. PARALYSIES DES MUSCLES DE L'ŒIL. — **Symptômes.** — Les paralysies oculaires chez les enfants se présentent avec les mêmes symptômes généraux que chez les adultes, symptômes qui ne permettent pas de les confondre avec les déviations strabiques, ce sont : 1° la diminution de mobilité du globe oculaire; 2° l'excès de la déviation secondaire de l'œil sain sur la déviation primitive de l'œil malade; 3° le phénomène dit de fausse projection; 4° enfin l'existence de la diplopie ou l'inclinaison particulière de la tête destinée à neutraliser celle-ci.

Les deux premiers symptômes sont d'ordre objectif et les deux autres subjectifs.

1° *Diminution de mobilité du globe.* — Elle est aisée à constater. Quelle que soit la déviation fautive en dedans, en dehors, en haut ou en bas, le globe atteint de paralysie ne peut se tourner vers le côté du muscle paralysé. On reconnaît ce fait en fermant l'œil sain et en cherchant à faire suivre le bout du doigt par l'œil malade, dans diverses directions; on le constate aussi en déterminant le champ du regard ou de fixation. L'excursion du globe est limitée et ne s'effectue pas ou presque pas dans le champ du

muscle paralysé. Rien de pareil dans le strabisme vrai, car la déviation n'est pas due à une paralysie véritable, l'exploration montrant que les mouvements des yeux s'exécutent normalement dans tous les sens.

2° *Excès de la déviation secondaire sur la déviation primaire.* — La déviation primaire est indiquée par la déviation fautive de l'œil malade, et constitue le phénomène objectif principal de l'affection; la déviation secondaire est donnée par la déviation de l'œil sain quand on le tient couvert et qu'on fait regarder l'œil malade du côté du muscle paralysé.

Soit, par exemple, l'abducteur de l'œil droit paralysé. Si l'on fait porter le regard en dehors, l'œil droit affecté n'obéit pas et offre une déviation dite *primaire*: si, en même temps, on observe l'œil gauche, on constate sur lui une déviation en dedans qui représente la déviation *secondaire*. Cette déviation secondaire est facile à comprendre. Les mouvements de l'œil gauche normal s'exécutent dans le même sens que ceux de l'œil droit paralysé, le muscle droit externe d'un œil devant agir synergiquement avec le droit interne de l'autre et réciproquement. Sur deux yeux normaux, ces mouvements ont la même étendue, mais dans le cas de paralysie musculaire il n'en est pas ainsi. Pour que l'œil se porte, en effet, dans la direction du muscle paralysé, il faudrait que ce muscle fit un grand effort, un effort plus considérable que s'il était sain; l'incitation nerveuse de cet œil est donc excessive et, puisqu'elle est la même sur le muscle associé de l'autre œil, celui-ci se dévie d'une manière exagérée. La déviation secondaire ou de l'œil sain sera donc plus grande que la déviation primaire ou de l'œil paralysé; ce signe est capital pour distinguer le strabisme paralytique du strabisme concomitant et l'on peut dire que sa présence ou son absence suffit à trancher la question.

3° *Fausse projection.* — Ce phénomène est une conséquence de l'habitude que l'on a de juger de la position des objets d'après le degré de contraction des muscles destinés à diriger vers eux le globe de l'œil. Il en résulte des troubles divers: les enfants se précipitent devant les voitures croyant les éviter, éprouvent une certaine difficulté à descendre les escaliers, etc. Tous ces symptômes, souvent très pénibles, donnent une sensation de vertige.

4° *Diplopie.* — La diplopie, ou vision double, est un des plus importants et des plus précieux symptômes des paralysies oculaires. Elle est produite par cette circonstance que, l'un des yeux étant dévié, les deux images ne se forment plus sur deux points correspondants des deux rétines. L'impression double transmise à l'organe récepteur ne peut plus s'y superposer, s'y fusionner, et la perception n'est plus simple. La diplopie n'existe pas dans le strabisme, sauf parfois au début, car le cerveau de l'enfant a pris l'habitude de négliger des images de l'œil dévié dont la vision d'ailleurs s'est souvent affaiblie par défaut d'usage. Dans les paralysies oculaires, au contraire, la diplopie est la règle et le symptôme dominant. Toutefois, cette diplopie existe seulement quand le regard se dirige du côté du muscle paralysé. Si, par exemple, le droit externe gauche est paralysé, on observera une déviation fautive dans le regard simultané des deux yeux à gauche, parce que l'œil gauche ne pourra suivre son congénère et s'associer à son mouvement

latéral, et il y aura déviation et diplopie; mais, si l'on fait regarder à droite, le droit interne gauche, ayant toute sa force, suivra normalement le mouvement de l'œil droit, et il n'y aura, dans ce mouvement, ni déviation, ni diplopie. Il y a donc diplopie pour le regard dans certaines directions, et vision normale dans d'autres. *La diplopie augmente dans la direction du muscle paralysé et diminue dans le sens inverse.*

On fait disparaître cette diplopie en fermant ou couvrant entièrement l'un des deux yeux, ordinairement l'œil paralysé. Dans quelques paralysies peu accentuées et portant généralement sur des muscles isolés, l'enfant peut aussi la corriger par certaines inclinaisons et rotations combinées de la tête et du cou; il supplée ainsi par les mouvements de la tête à l'insuffisance de ceux de l'œil malade. Suivant que la paralysie portera sur un muscle droit ou sur un muscle oblique, la tête sera ou simplement tournée à droite et à gauche ou inclinée en diverses directions.

Ces rotations et ces inclinaisons de la tête sont très importantes à constater. D'abord elles peuvent servir à établir le diagnostic de la maladie, et telle attitude du petit malade permet de reconnaître dès l'abord le genre de paralysie dont il est affecté; ensuite, dans la recherche de la diplopie à l'aide du verre coloré, suivant la méthode que nous indiquerons plus loin, il importe de surveiller l'enfant, afin qu'il ne corrige pas instinctivement tout ou partie de sa vision fautive par des attitudes vicieuses.

En somme, la tête étant maintenue dans la rectitude, on peut dire que la diplopie est la règle et la caractéristique de toute paralysie oculaire. Elle peut cependant faire défaut quand l'un des deux yeux est amblyope, ou encore dans une paralysie de la troisième paire avec ptosis considérable, lorsque la paupière supérieure recouvre complètement l'œil et l'exclut de la vision. Les paralysies oculaires sont plus ou moins développées, et, depuis les paralysies absolues jusqu'aux paralysies les plus minimes, on observe tous les degrés.

Diagnostic. — Il faut reconnaître d'abord la paralysie et son degré, distinguer les muscles paralysés, enfin découvrir le siège et la nature de la lésion causale.

Diagnostic de la paralysie. — Le diagnostic de la paralysie musculaire est établi par les symptômes généraux précédemment étudiés, mais surtout par la diplopie.

Pour rechercher la diplopie, il est indispensable de se mettre à l'abri des causes d'erreur pouvant tenir, soit à une déviation compensatrice de la tête, soit à la neutralisation de l'une des images rétinienne. On devra donc maintenir très exactement dans la rectitude la tête de l'enfant, puis lui faire fixer la flamme d'une bougie en couvrant l'un de ses yeux d'un verre coloré.

L'enfant diplope verra deux lumières de couleurs différentes; s'il n'en voit qu'une, c'est qu'il annihile l'une des deux images formées sur ses rétines. Par une mesure de précaution qu'il est très important de ne pas négliger, on mettra le verre coloré devant l'œil qu'on jugera le meilleur. Le verre teinté, en effet, diminue déjà l'acuité visuelle, et il faut se garder

d'augmenter en quoi que ce soit l'amblyopie de l'œil le moins bon, qui deviendrait alors incapable de prendre part à la vision binoculaire.

Le malade atteint de paralysie oculaire, étant ainsi placé en face d'une bougie allumée et munie d'un verre rouge par exemple, doit voir deux lumières, une rouge et une blanche; la situation respective de ces images suffit à faire reconnaître le muscle atteint de paralysie. La diplopie sera homonyme ou croisée.

Lorsque les axes des globes oculaires sont convergents, croisés, les images sont situées du même côté, directes, et la diplopie est dite *homonyme* ou *directe*. Si l'œil gauche, par exemple, s'est dévié en dedans, tourné par conséquent à droite, les axes optiques se croisent, et les images, renversées comme on sait, sont projetées et vues directement par l'œil gauche, à gauche, comme par l'œil droit, à droite (diplopie homonyme).

Lorsque les axes des globes oculaires sont divergents, les images sont projetées, vues, en des sens opposés, et la diplopie est dite *hétéronyme* ou *croisée*.

S'il s'agit d'un muscle élévateur ou abaisseur, agissant dans le plan vertical, la diplopie se produira en bas ou en haut; si enfin la déviation oculaire est oblique, il y aura diplopie intermédiaire, à la fois dans le sens vertical et dans le sens horizontal.

Diagnostic du muscle paralysé. — L'examen, jusque-là, a montré qu'il existait une diplopie horizontale, verticale ou oblique, et que cette diplopie tenait à la convergence ou à la divergence morbide des axes optiques. Il reste à déterminer maintenant quel est l'œil en cause dans la déviation; pour cela, il faut ne pas oublier que *les images doubles s'éloignent l'une de l'autre quand on fait mouvoir la lumière dans la direction du muscle paralysé et qu'au contraire elles se rapprochent quand on conduit la lumière dans une direction opposée.*

Par exemple, dans une paralysie du droit externe gauche, il existe une déviation de l'œil gauche en dedans et une diplopie homonyme et horizontale. Si l'on porte la lumière vers la gauche, du côté du muscle paralysé, la diplopie augmentera; elle diminuera au contraire et finira même par disparaître si l'on porte la lumière vers la ligne médiane, puis vers la droite.

En plaçant la lumière en face de l'enfant, on reconnaît d'abord par le genre de la diplopie, par la situation respective des deux images, si l'on a affaire à une paralysie des muscles droits, horizontaux, verticaux, ou des obliques. En faisant mouvoir alternativement la lumière dans les deux directions de la diplopie, on observe ensuite de quel côté augmente l'écartement des images. Muni de ces éléments diagnostiques, sans en savoir davantage, il est toujours possible de reconnaître et de décomposer toutes les diverses paralysies qui peuvent affecter isolément ou simultanément les muscles extrinsèques du globe oculaire. Nous allons donc simplement donner l'énumération de ces diverses paralysies, avec le genre de diplopie qui les distingue et aussi l'attitude spéciale de la tête; celle-ci, nous l'avons vu, peut suffire dans certains cas à établir directement le diagnostic.

1° **Paralysie du moteur oculaire externe : droit externe.** — Déviation

des axes optiques en dedans. Diminution des mouvements du globe en dehors. Déviation secondaire de l'œil sain en dedans. Diplopie homonyme ; images horizontales parallèles. Rotation de la tête du côté de l'œil paralysé.

2° **Paralysie du moteur oculaire commun** : *droit interne* ; *droit supérieur* ; *droit inférieur* ; *petit oblique* ; *releveur de la paupière* ; *sphincter irien* ; *muscle ciliaire*. — Avant de donner les signes de la paralysie complète, il faut indiquer la modalité des symptômes, suivant que l'un ou l'autre de ces muscles est isolément paralysé, car la paralysie de la troisième paire peut se présenter ainsi plus ou moins dissociée, et, en outre, complète ou incomplète.

a). *Paralysie du droit interne*. — Déviation directe en dehors. Diminution des mouvements en dedans. Déviation secondaire en dehors. Diplopie croisée ; images horizontales, parallèles. Face tournée vers le muscle paralysé.

b). *Paralysie du droit supérieur*. — Déviation en bas. Diminution des mouvements en haut. Déviation secondaire de l'œil sain en haut. Diplopie verticale ; images superposées. Direction compensatrice de la face vers le haut.

c). *Paralysie du droit inférieur*. — Déviation en haut. Diminution des mouvements en bas. Déviation secondaire en bas. Diplopie verticale ; images superposées. Flexion légère de la tête.

d). *Paralysie du petit oblique*. — Déviation oblique en bas et en dedans. Diminution des mouvements en haut et en dehors. Déviation secondaire en haut et en dedans. Diplopie homonyme ; images superposées, celle de l'œil malade étant la plus élevée et inclinée en dehors. Direction de la face en haut et un peu du côté sain.

e). *Paralysie totale et complète de la troisième paire*. — Chute de la paupière plus ou moins complète due à la paralysie du releveur. Déviation en dehors et un peu en bas. Diminution des mouvements de l'œil en dedans, en haut, en bas, et dans les directions intermédiaires. Diplopie croisée. Direction compensatrice de la face, qui s'incline vers le côté sain et se relève légèrement. Dilatation et immobilité de la pupille ; paralysie de l'accommodation.

f). *Paralysie totale et incomplète de la troisième paire*. — Cette paralysie peut être incomplète et si difficile à diagnostiquer en certains cas, qu'on hésite à se prononcer entre une amblyopie ou une paralysie musculaire. Le ptosis manque, l'iris se contracte normalement, et il n'y a qu'une légère parésie. La diplopie est si peu accusée qu'elle se produit seulement dans le regard en dedans et que l'enfant voit *trouble* plutôt que *double*. L'emploi du verre coloré, en analysant aussitôt d'une manière précise la diplopie, permettra cependant d'établir le diagnostic.

5° **Paralysie du pathétique** : *grand oblique*. — Déviation en haut et en dedans. Déviation secondaire en bas et en dedans. Diplopie en bas et en dedans ; images homonymes et superposées. Abaissement de la tête en bas et rotation du côté sain.

Diagnostic du siège des lésions et étiologie. — Le diagnostic du siège de la paralysie est le jalon nécessaire pour arriver à la connaissance de la cause de la paralysie.

Si le siège de la lésion est intra-orbitaire, on trouvera d'autres symptômes, et notamment l'exophtalmie ou la névrite optique par compression, qui montreront qu'il existe dans la profondeur de la cavité orbitaire, soit un néoplasme, soit une cavité liquide, abcès ou kyste sanguin ; ces paralysies portent souvent sur les muscles innervés par deux nerfs différents ; ce sont des paralysies *périphériques*, assez rares.

En l'absence des symptômes orbitaires, la paralysie simultanée des muscles innervés par plusieurs nerfs est l'indice d'une lésion située à la base du crâne, en arrière de la fente orbitaire, dans la région où les nerfs moteurs de l'œil se trouvent réunis dans un assez petit espace. Ces paralysies d'origine *basale* sont causées le plus souvent chez l'enfant par un foyer tuberculeux des méninges ou une altération des os de la base du crâne. Dans quelques cas, la lésion osseuse ou méningée a dû être mise sur le compte de la syphilis héréditaire. Horner décrit une paralysie isolée du moteur oculaire externe d'origine basale aussi et attribuable au rachitisme par le fait d'une soudure prématurée des sutures et de la compression cérébrale qui en résulterait. Les fractures de la base et notamment les fissures de la pointe du rocher peuvent encore donner lieu, ainsi que l'a démontré Panas, à la paralysie isolée du moteur oculaire externe, sans autre symptôme morbide sérieux. En pareil cas, l'ecchymose conjonctivale, un saignement de nez au moment de l'accident, viennent éclairer le diagnostic. Mais la cause la plus ordinaire de ces paralysies basales complexes chez l'enfant est la méningite tuberculeuse ; l'apparition de ces paralysies, jointe à la constatation d'une névrite optique, permet d'affirmer le diagnostic s'il était encore douteux. Souvent l'examen de l'œil donne ainsi le pouvoir de trancher la question du diagnostic lorsque la méningite n'est pas encore franchement déclarée. La méningite cérébro-spinale épidémique est capable aussi dans ses dernières périodes de donner lieu à l'apparition de paralysies oculaires d'origine basale, par le fait de l'exsudat purulent intra-cérébral.

Les paralysies *pédonculaires* ou *fasciculaires* sont causées par des lésions des pédoncules cérébraux et en général des fibres nerveuses dans leur trajet intra-cérébral, de la base jusqu'aux noyaux d'origine. Ces lésions donnent lieu à une paralysie alterne des membres, du côté opposé à la paralysie du moteur oculaire commun et du facial. Ce signe est très important pour le diagnostic. C'est encore la tuberculose en foyer qui, chez l'enfant, est la cause ordinaire de cette paralysie. Quand la paralysie porte sur les deux nerfs de la troisième paire, c'est que la lésion atteint la protubérance ou les tubercules quadrijumeaux. Conjointement, on constate l'existence d'une double papillite. Un gliosarcome de la protubérance peut donner lieu à des symptômes identiques, ainsi qu'une gomme cérébrale due à la syphilis héréditaire (Horner).

La dernière classe des paralysies est celle des paralysies *nucléaires* dont la lésion siège au niveau des noyaux d'origine des nerfs. Ces paralysies sont souvent groupées et décrites sous le nom d'*ophtalmoplégies*. On désigne sous le nom d'*ophtalmoplégie interne*, ou *intrinsèque*, la paralysie qui atteint les muscles de l'iris et du corps ciliaire (mydriase, perte du pouvoir

accommodateur), et sous le nom d'ophtalmoplégie *externe*, ou *extrinsèque*, celle qui porte sur les muscles droits ou obliques (musculature extrinsèque de l'œil). Les formes aiguës de ces paralysies nucléaires se voient dans la polioencéphalite aiguë ou dans certaines intoxications et la diphtérie. Ces paralysies nucléaires suivent une marche chronique dans les scléroses cérébrales ou progressives; c'est probablement aussi aux paralysies nucléaires qu'appartiennent les cas d'ophtalmoplégies héréditaires, communes à plusieurs membres d'une même famille, qui ont été rapportées et dont il existe plusieurs exemples dans la science (*Académie de médecine*, séance du 1^{er} décembre 1896; cas du D^r Gourfein). Ces paralysies nucléaires se distinguent, des paralysies pédonculaires principalement par l'adjonction, aux signes de paralysies oculaires, de paralysie des nerfs dont les noyaux d'origine sont voisins de ceux des nerfs moteurs de l'œil; paralysie de l'hypoglosse, du trijumeau, etc. Il existe enfin des paralysies *congénitales* des muscles de l'œil qui siègent le plus souvent sur le moteur oculaire externe. Ces paralysies ont pour caractère de ne pas s'accompagner des contractures de l'antagoniste, ce qui fait que les yeux ne semblent dévier que dans le regard dirigé du côté du muscle paralysé. Dans certains cas, il existe du ptosis et une paralysie du droit supérieur: chez ces sujets, le droit supérieur manque généralement.

Traitement. — Les causes de ces diverses paralysies sont trop variables pour que le traitement pathogénique des paralysies oculaires puisse être exposé complètement par nous; nous empiéterions d'ailleurs sur les autres parties de ce traité où sont décrites les affections tuberculeuses et syphilitiques des organes cérébraux chez l'enfant. Pour remédier localement à la paralysie, il est peu de moyens; les prismes donnent des résultats très minimes. L'opération, telle que nous l'avons décrite à propos du strabisme, sera seule capable de corriger la déviation, d'autant qu'il existe en pareil cas une contracture de l'antagoniste qui est l'agent principal de celle-ci. Il convient toutefois d'attendre que la paralysie soit de date ancienne avant d'opérer.

IV. NYSTAGMUS. — Le nystagmus est un état spasmodique des muscles de l'œil dans lequel le globe est animé de mouvements courts, saccadés, toujours les mêmes. On distingue le nystagmus *oscillatoire* dans lequel l'œil va et vient latéralement, du nystagmus *rotatoire* dans lequel il tourne sur son axe antéro-postérieur. Ces deux mouvements sont souvent combinés. Le nystagmus est causé chez les enfants par une faiblesse congénitale de la vue qui peut tenir à diverses causes: opacités cornéennes suite d'ophtalmies, cataracte polaire, albinisme et vices prononcés de réfraction, rétinite pigmentaire. Le nystagmus ne se développe que quand la faiblesse visuelle existe avant que l'enfant ait appris à fixer; il résulte de ce que l'enfant, n'ayant pas d'images nettes, s'habitue à exécuter ces petits mouvements rythmés qui augmentent un peu la visibilité des objets. Il n'existe pas de moyen de le guérir.

VII

MALADIES DES VOIES LACRYMALES ET DE L'ORBITE

I. DACRYOCYSTITE. — Les maladies des voies lacrymales sont beaucoup plus rares chez les enfants que chez les adultes; par contre, les formes suppurées de la dacryocystite sont presque la règle chez l'enfant, alors que chez l'adulte elles comptent seulement pour 15 pour 100 environ dans le pourcentage des diverses variétés de cette maladie.

Les dacryocystites affectent une allure clinique différente suivant qu'elles se produisent chez le nouveau-né, qui en est encore assez souvent affecté, ou bien chez un sujet appartenant à la seconde ou à la troisième enfance.

A). DACRYOCYSTITE DES NOUVEAU-NÉS. — La dacryocystite des nouveau-nés se manifeste ordinairement vers le 10^e ou le 12^e jour de la naissance ou même un peu plus tard, par un catarrhe purulent qui paraît d'abord causé par une simple conjonctivite. La conjonctive est en effet rouge, mais d'un rouge pâle, tomenteux, et elle semble sécréter en abondance un pus bien lié. Les paupières sont peu gonflées, ce qui ne permet pas de croire à une ophtalmie aiguë, mais plutôt à une forme chronique, sécrétante, de la conjonctivite gonorrhéique. L'absence de rougeur au grand angle de l'œil n'attire pas l'attention sur la région du sac lacrymal, et la configuration un peu aplatie de la racine du nez chez l'enfant nouveau-né ne laisse pas apercevoir la saillie que fait souvent, chez les sujets plus âgés, le sac distendu. C'est alors l'échec du traitement dirigé contre la conjonctivite, la persistance d'une suppuration que ne modifie pas un traitement rationnel, qui dirige l'attention du côté des voies lacrymales. Une pression ascendante exercée sur la région du sac fait sourdre par les points lacrymaux, et parfois en grande abondance, un pus ordinairement assez liquide et bien lié, très jaune. Dès lors le diagnostic est établi.

Il est assez rare que chez l'enfant nouveau-né la dacryocystite prenne une allure phlegmoneuse et se termine par une ouverture spontanée au dehors et la formation d'une fistule. Habituellement c'est un catarrhe abondant du sac sans processus phlegmoneux. Le pus de la dacryocystite des nouveau-nés contient ordinairement du pneumocoque, et c'est là une des modalités de la conjonctivite à pneumocoques qui a été décrite par Parinaud. Il nous est arrivé pourtant une fois d'observer un enfant qui était venu au monde avec une dacryocystite très apparente sous la forme d'une tumeur lacrymale à parois rouges, enflammées. Le sac était très distendu et contenait 5 ou 4 centimètres de pus; dans ce pus, nous avons retrouvé un seul micro-organisme, un microcoque tétragène. Une dacryocystite simple s'est manifestée de l'autre côté, mais seulement quelques jours après la naissance et pendant que le premier œil était en traitement. Une autre fois nous avons examiné un enfant naissant qui présentait une double dacryocystite très apparente et se manifestant par un gonflement, d'un rouge lie de vin, de la région du