

destruction, elles sont définitivement oblitérées. Il reste donc un épiphora définitif, qui, d'ailleurs, n'est incommode que si une inflammation de la conjonctive provoque une abondante sécrétion lacrymale. A ce prix les patients sont délivrés d'une cavité suppurant sans cesse, qui les expose au danger permanent de gagner un ulcère infecté de la cornée, et qui d'ordinaire donne de temps en temps lieu à des phlegmons aigus (dacryocystite).

## II. — DACRYOCYSTITE.

§ 121. SYMPTÔMES. — Chez un individu qui souffre de blennorrhée du sac lacrymal, il se développe tout à coup, dans la région de ce sac, une violente inflammation. A cet endroit, la peau est rouge et fortement gonflée. La tuméfaction s'étend également aux paupières et même à la conjonctive, où il existe du chémosis. L'inflammation est accompagnée de fièvre et de violentes douleurs, au point que le patient est privé de sommeil pendant plusieurs nuits. Au bout de quelques jours, au sommet de la tumeur, la peau change de couleur: elle devient jaune et finit par se perforer, donnant issue à une grande quantité de pus. Ensuite, les douleurs diminuent et ne tardent guère à cesser entièrement, en même temps que le gonflement disparaît promptement. Dans la suite, il s'écoule, par l'ouverture de perforation, un liquide d'abord purulent, qui devient plus tard muqueux et qui finit par devenir entièrement limpide comme de l'eau. Finalement, il ne suinte plus par l'ouverture que les larmes poussées dans le sac lacrymal: c'est cet état qu'on appelle *fistule lacrymale*.

Tant que la fistule reste ouverte, le patient est assuré contre une nouvelle inflammation. Mais, dès que la fistule se ferme et que la sécrétion s'accumule dans le sac lacrymal, la dacryocystite peut récidiver.

La dacryocystite consiste en une inflammation suppurative du tissu conjonctif qui entoure le sac lacrymal. Cette inflammation amène la fonte purulente du tissu sous-muqueux, avec formation d'un abcès qui s'ouvre au dehors. La dacryocystite est donc un phlegmon. Au contraire, la blennorrhée du sac lacrymal est une inflammation catarrhale de la muqueuse même, et la sécrétion purulente est déversée à la surface de cette membrane. Le rapport entre les deux affections consiste simplement en ceci, que la blennorrhée du sac lacrymal précède le phlegmon et y donne lieu. Le sac lacrymal atteint de blennorrhée est rempli d'un produit de sécrétion décomposé. Une petite solution de continuité dans le revêtement épithélial de la muqueuse du sac lacrymal suffit pour permettre aux microorganismes contenus dans la sécrétion de pénétrer dans le tissu

sous-muqueux, où ils provoquent de la suppuration et le développement de la dacryocystite.

TRAITEMENT. — Quand il s'agit d'une dacryocystite au début, on peut tenter d'empêcher l'abcès de se former. Dans ce but, on exprime avec soin le contenu du sac lacrymal, qu'on nettoie au moyen d'injections antiseptiques, et, dans les intervalles, on applique un bandeau compressif.

Dès que l'inflammation s'est franchement déclarée, c'est en vain qu'on voudrait empêcher la formation d'un abcès. En outre, le procédé recommandé tantôt, consistant à exprimer, seringuer et comprimer le sac, serait rendu impraticable par le gonflement et la douleur. Dès lors, il ne s'agit plus que de favoriser la formation de l'abcès, ce que l'on obtient le plus aisément par l'application de compresses à l'eau chaude. Dès qu'il se manifeste de la fluctuation, on incise la paroi antérieure du sac lacrymal, à l'endroit de la peau où l'on peut s'assurer de la présence du pus. On établit ainsi artificiellement une fistule, par où se vide le contenu de l'abcès et du sac lacrymal. En introduisant journellement dans la fistule une bandelette de gaze iodoformée, on la tient ouverte jusqu'à ce que les symptômes inflammatoires aient disparu et que la sécrétion qui s'écoule ait perdu son caractère purulent. Cependant, à ce moment encore, ce serait une erreur de vouloir amener la fistule à se cicatriser aussitôt. En effet, on ne doit pas oublier que la dacryocystite a été précédée d'une blennorrhée du sac lacrymal, ce qui indique l'existence d'un rétrécissement du canal nasal. Si la fistule se fermait avant que la coarctation fût détruite, on aurait à redouter le développement d'une nouvelle dacryocystite. Il faut donc avant tout rétablir, au moyen du cathétérisme, la perméabilité du canal nasal. Dès que ce résultat est obtenu, la fistule se ferme d'ordinaire spontanément. Mais, si l'occlusion spontanée ne s'opère pas, on peut, par l'avivement et la réunion, ou par la cautérisation des bords de la plaie, obtenir l'oblitération de la fistule. Lorsque la situation est telle qu'on ne peut pas obtenir une perméabilité définitive des voies lacrymales, ou que le patient ne peut se soumettre à un traitement prolongé, on procède à l'extirpation du sac lacrymal.

Il est très rare que la *glande lacrymale* soit le siège de maladies. Parmi celles-ci, on a observé: 1° l'inflammation. Elle peut se terminer par résolution. Dans d'autres cas, on a vu la glande suppurer et le pus se faire jour au dehors, ce qui a donné lieu à une fistule de la glande lacrymale. On a également décrit des cas de dacryo-adénite bilatérale, à marche aiguë et plus fréquemment chronique. Quelques-uns de ces cas étaient compliqués de tuméfaction des parotides et des autres glandes salivaires; 2° la tuberculose de la glande; 3° des néoplasmes, tels que le carcinome, l'adénome,

le cylindrome, le lymphome, le chlorome et le sarcome ; 3° une dilatation cystoïde d'un des canaux excréteurs de la glande, état que l'on désigne sous le nom de dacryops ; 4° l'atrophie de la glande lacrymale dans la xéropthalmie (Arlt, voir p. 140).

Pour *extirper* la glande lacrymale orbitaire, on fait une incision au niveau de la partie externe du sourcil, rasé au préalable (afin que la cicatrice ne soit pas visible plus tard). Cette opération est pratiquée surtout dans les cas de dégénérescence de la glande. La portion palpébrale, on l'enlève par le sac conjonctival. Pour découvrir ses acini, on renverse la paupière supérieure, puis on attire en bas le cul-de-sac à l'aide d'une pince et l'on injecte un peu de cocaïne sous la moitié externe du pli. Ensuite on incise aux ciseaux ce pli, suivant sa longueur, jusqu'à l'angle externe. En écartant les lèvres de la plaie, on voit les acini, et l'on peut facilement les disséquer. Comme ceux-ci se groupent autour des canaux excréteurs de la glande orbitaire, on sectionne ceux-ci également ; c'est ce qui explique que cette opération agisse si bien contre le larmolement. On a recours à l'enlèvement de la glande pour faire tarir un larmolement incommodé, lorsque les autres moyens ont échoué, par exemple dans les cas de catarrhe du sac lacrymal où le cathétérisme a réussi à rétablir la perméabilité du canal, sans faire cesser le larmolement, ou bien lorsque, après l'extirpation du sac lacrymal, la sécrétion lacrymale est trop abondante.

On constate fréquemment aux *points lacrymaux* un changement de position qui consiste en ce que le point inférieur est dirigé en dehors (en avant), au lieu d'être dirigé en haut — *éversion du point lacrymal*. C'est là le début d'un ectropion, début qui porte en soi le germe d'un renversement plus prononcé (voir p. 649). Dans l'éversion simple des points lacrymaux, sans ectropion proprement dit, on peut faire disparaître l'épiphora par l'incision du conduit lacrymal. Le canalicule lacrymal est ainsi transformé en une gouttière ouverte en arrière et plongeant dans le lac lacrymal pour y puiser les larmes. C'est un des mérites de Bowman d'avoir démontré que l'incision des conduits lacrymaux n'entrave en rien leurs fonctions. Exécutée de la façon que nous avons décrite, par le couteau de Weber, cette incision n'en intéresse que les deux tiers externes ; le tiers interne, situé sous (derrière) la caroncule, reste intact. Il ne serait pas possible de fendre cette dernière partie sans inciser la caroncule elle-même. En outre, en agissant ainsi, on produirait une plaie assez large dont il serait difficile d'empêcher la réunion ultérieure. Même en fendant le conduit lacrymal d'après le procédé ordinaire, on trouve habituellement, le lendemain, ce conduit de nouveau fermé, de sorte qu'il faut y introduire une sonde conique et séparer ainsi les bords de la plaie agglutinés. Lorsque, dans les premiers temps après l'opération, on empêche la cicatrisation de se faire, les surfaces de section se recouvrent d'épithélium, et on n'a plus à craindre une réunion ultérieure.

Quelquefois les points et les *conduits lacrymaux* se trouvent rétrécis ou oblitérés, ce qui donne également lieu à un épiphora. Le plus fréquem-

ment, cet état est provoqué par une lésion de la muqueuse produite pendant le cathétérisme. Pour le faire disparaître, on doit tâcher d'élargir le canalicule lacrymal, en y introduisant une sonde conique et au besoin en le fendant. — L'oblitération du canalicule lacrymal peut aussi provenir de la présence d'un corps étranger ou de concrétions dans ce conduit. Ces dernières ont une couleur grise ou gris vert, d'une consistance friable ou dure, et sont constituées par une masse conglomérée d'un champignon (le streptotrix Försteri, suivant quelques-uns l'actinomyces) — Dans quelques cas, on a observé la dilatation cystoïde des canalicules lacrymaux. Cet état provient de ce que les deux bouts du conduit sont oblitérés, tandis que le canal lui-même se remplit de sérosité et se dilate sous forme d'un kyste.

*Blennorrhée du sac lacrymal*. — Pour désigner les deux affections les plus importantes des voies lacrymales, c'est-à-dire la blennorrhée du sac lacrymal et la dacryocystite, on a proposé les noms de dacryocystite catarrhale et phlegmoneuse. Bien que ces expressions correspondent mieux que les anciennes désignations à l'état réel des choses, je m'abstiens néanmoins de m'en servir, pour éviter les confusions.

La blennorrhée du sac lacrymal atteint plus fréquemment la femme que l'homme : sans doute parce que la première use davantage de l'appareil lacrymal. En outre, les personnes au nez aplati (ou en selle, surtout à la suite de syphilis héréditaire) sont plus spécialement prédisposées à contracter cette maladie. — Parfois, on observe la blennorrhée du sac lacrymal chez les nouveau-nés. On parvient généralement à la guérir en quelques jours ou quelques semaines, en pressant fréquemment sur le sac, mais pourtant il se produit parfois de la dacryocystite avec formation d'une fistule. La cause de cette blennorrhée chez les nouveau-nés réside dans un retard dans la déchirure du mince diaphragme muqueux formant, chez le fœtus, l'orifice inférieur du canal nasal. Il se produit alors une décomposition du contenu gélatineux du canal et de là une inflammation (Rochon-Duvigneaud).

Le *trachome* et la *tuberculose* du sac lacrymal s'observent comme affection de continuité. La dernière provient d'une tuberculose de la conjonctive et de la muqueuse nasale (lupus). On sent le sac lacrymal fortement épaissi, et en l'ouvrant on en trouve la surface couverte de granulations de mauvais aspect (comparez p. 126).

Les *injections* dans le sac lacrymal au moyen de la seringue n'ont pas seulement pour but de le nettoyer ou d'en traiter la muqueuse, mais elles servent encore à s'assurer si les voies lacrymales sont perméables dans toute leur longueur. S'il y a perméabilité, le liquide injecté pénètre dans le nez et s'écoule par les narines lorsque le patient tient la tête inclinée pendant l'opération. Si, par inadvertance, on blesse la muqueuse avec la pointe de la canule, on peut injecter le liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané des paupières. On provoque ainsi un œdème inflammatoire violent, qui, néanmoins, disparaît d'ordinaire au bout de quelques jours, sans laisser de traces fâcheuses.

Le cathétérisme se pratique par le conduit lacrymal supérieur ou inférieur. Le premier est le plus étroit; par contre, une fois la sonde introduite, on n'a pas besoin d'imprimer à cet instrument un mouvement bien considérable pour la placer verticalement. Quand on sonde par le canalicule inférieur, l'étendue du mouvement à imprimer à la sonde pour la redresser est de plus d'un angle droit, mais, en revanche, le canalicule est plus large; c'est donc habituellement le conduit inférieur que l'on choisit, parce que l'on craint, en passant avec des sondes un peu épaisses dans un conduit étroit, d'en blesser la muqueuse. Cet accident provoquerait un rétrécissement ou une oblitération du canalicule, qui se déclarerait dès qu'on suspendrait le cathétérisme. — On peut aussi passer la sonde à travers le conduit non fendu et la pousser jusqu'au nez. Toutefois, cette pratique n'est pas recommandable, à cause du danger de blesser la muqueuse, danger, ainsi que je viens de le dire, auquel il faut éviter de s'exposer. Quant à moi, j'ai l'habitude de le faire seulement dans un but de diagnostic (pour m'assurer de la présence d'un rétrécissement), et dans ce cas je ne me sers que des numéros les plus fins et qui passent facilement dans les canalicules non fendus. Pour un cathétérisme de longue durée, il faut toujours fendre préalablement un de ces conduits.

Le cathétérisme lui-même exige une main délicate et très exercée. Pour ce motif, il faut commencer par le pratiquer souvent sur le cadavre. L'opération est fréquemment très douloureuse, tellement que parfois les patients tombent en syncope. C'est pourquoi on fait bien de faire précéder le cathétérisme d'une injection, dans le sac lacrymal, de quelques gouttes d'une solution de cocaïne, pour en anesthésier la muqueuse. Les commençants commettent souvent la faute de redresser la sonde, avant que l'extrémité n'en soit parvenue dans le sac lacrymal. Quand il en est ainsi, on sent, en cherchant à pousser la sonde, qu'on bute contre un obstacle, et, si on voulait le vaincre de force, on ferait une fausse route. On reconnaît que l'on a relevé trop tôt la sonde, lorsqu'en la poussant en avant on voit la peau qui se trouve sous le canalicule être entraînée et se plisser. On ne commettra pas cette erreur, si l'on ne redresse la sonde que lorsque, avec l'extrémité de l'instrument, l'on sent directement la résistance dure de la paroi interne du sac lacrymal, c'est-à-dire de l'os unguis. — Les obstacles qui arrêtent la sonde dans le canal nasal lui-même ne sont pas seulement des coarctations effectives, mais souvent encore des plis saillants de la muqueuse dans lesquels l'instrument s'engage. Alors, on tâche d'avancer la sonde en dirigeant la pointe alternativement le long de l'une ou de l'autre de ses parois, pour éviter les plis. Quelquefois il arrive que l'on passe plus facilement au moyen d'une sonde d'un calibre plus grand (n° 3) qu'avec de plus fines. En outre, celles-ci blessent plus aisément la muqueuse et s'engagent plus vite sous elle en faisant une fausse route. Lorsqu'après le cathétérisme, du sang s'échappe du nez, cela indique que la muqueuse a été blessée. Il en est de même quand on sent l'os à nu contre l'extrémité de la sonde. Toutefois, la sonde peut encore buter contre l'os dénudé, sans qu'elle ait blessé la mu-

queuse, notamment lorsque cette membrane, détruite par ulcération dans le canal nasal, y a laissé l'os à nu. Dans les cas de cette espèce, le cathétérisme n'est d'ordinaire d'aucune utilité.

Enfin, quand la sonde a traversé tout le canal, on la sent s'arrêter contre le plancher de la fosse nasale. Alors, chez le plus grand nombre de personnes, la plaque de la sonde s'appuie à peu près contre l'extrémité interne du sourcil. Pour se renseigner plus exactement sur la profondeur à laquelle se trouve la sonde, on peut se servir d'une seconde sonde, de même longueur, et la placer à l'extérieur dans la direction du canal lacrymal, de façon que les deux plaques se recouvrent; la sonde extérieure indique à quelle profondeur se trouve le bout inférieur de la sonde engagée dans le canal.

On doit continuer le cathétérisme au moins assez longtemps pour que le n° 4 des sondes de Bowman passe aisément. De plus, il faut, par après, encore pratiquer de temps en temps le cathétérisme, pour prévenir le développement d'un nouveau rétrécissement. Dans ce but, on peut conseiller au patient de se sonder lui-même en s'aidant d'un miroir.

En raison de la longue durée du traitement par le cathétérisme, on a cherché à opérer la dilatation des rétrécissements, non pas graduellement, mais en une fois, et à raccourcir ainsi le traitement. Cette opération peut se pratiquer soit en introduisant des sondes de Weber très épaisses, soit en incisant les rétrécissements avec le couteau de Stilling, ou enfin en combinant les deux méthodes. Mais, par ce procédé de traitement, on pratique dans la muqueuse des solutions de continuité, qui ne se ferment que par la formation de nouvelles cicatrices; il s'ensuit que, après une guérison apparente, les récidives surviennent promptement. C'est pour ce motif que la plupart des oculistes préfèrent la dilatation graduelle des coarctations.

L'ouverture du sac lacrymal se fait selon la méthode de J.-L. Petit; Arlt a donné, pour la pratiquer, les indications suivantes: En tirant les paupières vers la tempe, on tend le ligament palpébral interne, de façon à le faire saillir sous la peau de la commissure interne. On appuie la pointe d'un bistouri pointu juste sous le milieu du ligament. Le dos du couteau regarde en haut, et l'instrument est tenu de façon que son manche réponde au milieu d'une ligne qui réunirait la pointe du nez au rebord orbitaire externe. Le bistouri ainsi tenu est introduit perpendiculairement; il traverse la peau et la paroi antérieure du sac lacrymal. Dès que l'on sent que la pointe du couteau touche la paroi postérieure du sac (l'os unguis), on en redresse le manche vers le front pour diriger la pointe plus bas. En la poussant dans cette direction, on l'introduit dans la portion supérieure du conduit nasal, et ainsi on agrandit la plaie de la paroi antérieure du sac. En retirant le couteau, on allonge l'incision vers le bas et vers le haut, et l'on arrive ainsi à voir toute la muqueuse du sac lacrymal. On pratique l'ouverture du sac lacrymal dans les cas de dacryocystite, d'extraction de corps étranger ou de concrétion, comme un temps de l'extirpation du sac et comme opération préalable à l'extraction de la cataracte ou à l'iridectomie, lorsque le sac lacrymal est malade.

La *dacryocystite* provient presque toujours d'une blennorrhée du sac lacrymal. C'est pourquoi les malades disent que l'inflammation violente, qu'ils appellent souvent érysipèle, a été pendant longtemps précédée d'un larmolement. Ce n'est que dans des cas rares que la carie de l'os unguis donne lieu à une dacryocystite. — Le diagnostic de la dacryocystite est facile, à cause du siège de l'abcès dans la région du sac lacrymal. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on rencontre dans cette région des abcès d'une autre nature, tel qu'un furoncle ou un abcès de périostite. Le lieu de perforation ne correspond pas toujours à la région du sac lacrymal. Il se trouve d'ordinaire en dessous de cette région, souvent même assez loin en bas et en dehors. Cela provient de ce que le pus descend sous la peau et que, d'autre part, il fuse, vers le côté externe, le long du rebord orbitaire inférieur, auquel la peau est réunie par du tissu conjonctif résistant. Le trajet de la fistule qui persiste est d'autant plus long, que le pus est descendu plus bas avant de se faire jour au dehors. On peut s'assurer qu'une ouverture de la peau, bien que située très bas et en dehors, est néanmoins une fistule lacrymale, en y introduisant une sonde, qu'on peut pousser jusqu'au sac lacrymal. Lorsque cette tentative ne réussit pas, on injecte par le conduit lacrymal un liquide coloré dans le sac lacrymal; alors ce liquide ne tardera pas à se montrer à l'ouverture fistulaire.

Plus tard, les fistules lacrymales se rétrécissent et elles deviennent quelquefois si étroites qu'on ne peut plus y passer qu'une fine soie de porc. L'ouverture extérieure de cette fistule, appelée *capillaire*, est à peine visible à l'œil nu. Tout ce qu'on remarque, c'est que, de temps en temps, sur la peau en dessous du sac lacrymal, apparaît une gouttelette de liquide lacrymal clair; ce n'est que par un examen attentif que l'on découvre l'ouverture capillaire.

Les troubles fonctionnels de l'appareil lacrymal se manifestent soit par une exagération, soit par la suspension de la sécrétion lacrymale. L'*épiphora* est un symptôme excessivement fréquent, appartenant aux états pathologiques les plus divers et dépendant ou bien d'une exagération de la sécrétion ou bien d'un obstacle dans l'écoulement des larmes. L'hypersécrétion lacrymale se produit physiologiquement quand on pleure. Elle existe encore à l'occasion de toute espèce d'irritations qui atteignent des extrémités terminales du trijumeau dans l'œil et ses environs. Au nombre de ces influences irritantes appartiennent : un vent froid, un air vicié par de la fumée, etc., un corps étranger dans le sac conjonctival, les inflammations de l'œil et de ses annexes, les affections du nez, la névralgie de la première et de la seconde branche du trijumeau. L'irritation de la rétine par une forte lumière augmente aussi la sécrétion lacrymale. Les troubles de l'écoulement des larmes dans le nez peuvent dépendre soit d'une occlusion imparfaite des paupières, soit d'une anomalie des voies lacrymales. Il y a occlusion imparfaite dans la paralysie de l'orbiculaire, dans le raccourcissement et l'ectropion des paupières, dans les encoches du bord palpébral et même dans la

simple éversion du point lacrymal inférieur. Aux anomalies des voies lacrymales appartiennent toutes les affections des voies lacrymales traitées dans le présent chapitre. — Il n'est pas rare que certaines personnes se plaignent de larmolement, notamment quand elles sortent par un temps froid, sans que l'on puisse trouver nulle part une cause qui l'explique. Dans un grand nombre de ces cas, il faut attribuer le phénomène à une trop grande irritabilité de la muqueuse nasale qui provoque par voie réflexe une hypersécrétion lacrymale. Des odeurs pénétrantes, telles que les vapeurs d'ammoniaque, le raifort, etc., qui irritent les terminaisons du trijumeau dans la muqueuse des fosses nasales, font également larmoyer. Dans le rhume de cerveau intense, il existe aussi très souvent du larmolement. La relation réciproque n'est pas moins vraie, car l'action d'une lumière vive provoque l'éternuement, ce que l'on voit particulièrement chez les enfants atteints de photophobie, qui éternuent dès que l'on cherche à leur ouvrir les yeux pour les examiner. — C'est pour ce motif que, dans les cas d'épiphora pour lesquels on ne trouve pas de cause, il est nécessaire d'examiner soigneusement le nez et, éventuellement, de le traiter.

L'état opposé, le *tarissement* de la sécrétion lacrymale, est extrêmement rare. On observe cette affection dans la xérophtalmie, à cause de l'obstruction des canaux excréteurs de la glande lacrymale, dans la paralysie du trijumeau, de même dans celle du facial quand la lésion de ce nerf siège très haut. On en conclut que les filets nerveux destinés à la glande lacrymale quittent le cerveau avec le facial, se dirigent vers le ganglion sphéno-palatin du trijumeau par l'intermédiaire du nerf grand pétreux superficiel, continuent par le maxillaire supérieur et atteignent la glande par le nerf lacrymo-palpébral. — On doit attribuer à un trouble purement nerveux les cas où certaines personnes disent qu'après avoir beaucoup pleuré autrefois, elles ont été incapables depuis longtemps de pleurer encore, même à l'occasion du plus grand chagrin.