

par la peau retournée. On suppose, ce qui n'a rien que de très vraisemblable, qu'une portion du feuillet cutané de l'embryon a été pincée entre les deux lèvres de la fente branchiale supérieure au moment de la fermeture de cette fente. Le dermoïde a pour siège à peu près constant la queue du sourcil. En raison de son mode de développement il est congénital, recouvert par toutes les couches dont se compose la région et adhérent au squelette. Cependant, avec le temps, il peut être mobilisé sur le frontal.

Il n'apparaît en général que plusieurs années après la naissance et arrive lentement au volume d'une noisette. Il peut toutefois acquérir un volume beaucoup plus considérable. J'en ai observé qui égalaient une mandarine, se prolongeaient dans la région temporale, ou s'abaissaient au devant de l'œil qu'ils recouvraient en partie.

Le diagnostic découle aisément de cet ensemble de signes. — La difficulté serait plus grande, si le dermoïde occupait le grand angle de l'œil. Rappelez-vous, en effet, ce que j'ai dit plus haut à propos des tumeurs du crâne : lorsqu'une tumeur est congénitale, médiane, lorsqu'elle siège au niveau ou au voisinage d'une suture, songez à une encéphalocèle. Mais, lorsque le kyste répond à l'apophyse orbitaire externe, ce qui est la règle, il ne saurait être confondu avec aucune autre tumeur.

En ne consultant que les troubles apportés par le dermoïde du sourcil dans la santé générale du sujet, on serait tenté de ne faire aucun traitement : aussi certains malades préfèrent-ils garder leur tumeur, qui n'occasionne pas la moindre gêne. Toutefois conseillez toujours l'extirpation (seule opération indiquée), à cause du développement que le kyste peut prendre ultérieurement ; la gravité du traumatisme étant en général en rapport avec son étendue, mieux vaut enlever une tumeur lorsqu'elle est petite que d'attendre qu'elle ait atteint un volume qui rend l'opération urgente et plus sérieuse.

L'opération sera pratiquée de la façon suivante : rasez les sourcils, aseptisez le champ opératoire, incisez parallèlement à l'arcade orbitaire au milieu des poils, de manière que la cicatrice soit dissimulée autant que possible. Rappelez-vous (et c'est le point le plus important) que, pour arriver sur la poche, le bistouri doit traverser les trois plans qui constituent la couche musculaire : orbiculaire, frontal, sourcilier. Arrivé sur la poche, énuclétez en faisant écarter les deux lèvres de l'incision. Ayez grand soin

d'extraire la poche entière pour éviter la persistance d'un trajet fistuleux. Aseptisez la plaie ; réunion par première intention ; placez un très petit drain dans l'angle externe et recouvrez d'un pansement de Lister ; enlevez les sutures le troisième jour.

4^e MALADIES CHIRURGICALES DE LA RÉGION LACRYMALE.

Je désigne sous le nom de *région lacrymale* l'ensemble des voies lacrymales, comprenant : les glandes lacrymales, les points et canalicules lacrymaux, le sac lacrymal et le canal nasal.

Les maladies de la glande lacrymale sont très rares. On y peut rencontrer les néoplasies et les dégénérescences propres aux autres glandes acineuses de l'économie ; on y a vu des kystes (dacryops). La tumeur qu'on y a le plus souvent observée est un sarcome mélanique ; on y a trouvé des calculs ou dacryolithes. Pour le diagnostic de ces tumeurs, que le lecteur veuille bien se reporter au chapitre *Tumeurs de l'orbite* ; je dirai un mot seulement du traitement.

Il résulte des rapports anatomiques de la glande lacrymale (voir *Anat. top.*, p. 223, 4^e édition) que le meilleur procédé opératoire pour enlever la glande lacrymale malade ou saine est le suivant :

Pratiquer au niveau de la queue du sourcil une incision parallèle au rebord de l'orbite traversant toutes les parties molles, y compris le périoste ; décoller ce périoste, qui est très résistant, et l'abaisser. On rencontre aussitôt le feuillet orbitaire de l'aponévrose de Ténon ou périoste de l'orbite, qui est si mince que les granulations de la glande se voient à travers, et l'on extirpe la glande avec la plus grande facilité, en même temps qu'on évite sûrement d'ouvrir la loge postérieure de l'orbite. Cet accident sera beaucoup plus à craindre, si on incise la commissure externe pour arriver sur la glande, ainsi que le conseillent les auteurs.

J'ai dit tout à l'heure : « pour enlever la glande lacrymale malade ou saine. » Quelques chirurgiens ont en effet pratiqué l'extirpation de la glande lacrymale saine, pour des épiphoras rebelles, et je l'ai faite moi-même en 1884 à l'hôpital Beaujon dans les conditions suivantes : un jeune homme était atteint d'épiphora par suite d'une inflammation chronique des voies lacrymales. Il avait été traité par la dilatation avec les stylets de Bowman, et les conduits fonctionnaient d'une façon en apparence régulière ; l'injection faite par le point lacrymal avec la

seringue d'Anel pénétrait dans les fosses nasales, et cependant le jeune homme était loin d'être satisfait. C'est qu'il était bijoutier. Or le débit par les voies lacrymales était insuffisant, et très fréquemment les larmes séjournant au devant de la cornée troublaient la vision. Le cours des larmes étant rétabli, je songeai à en tarir la source et proposai l'extirpation de la glande, qui fut acceptée avec empressement. L'opération fut facile, quoique pratiquée sans chloroforme par suite de circonstances spéciales, et le jeune homme a pu dès lors reprendre son travail dans les conditions normales.

Les malades atteints d'une affection des voies lacrymales présenteront comme signes principaux : du *larmolement*, une tumeur située dans le grand angle de l'œil, *tumeur lacrymale*, ou une fistule occupant le même siège, *fistule lacrymale*.

A. Larmolement. — Le larmolement se manifeste dans deux conditions absolument différentes : il peut être dû à une exagération de sécrétion des larmes alors que les voies lacrymales sont saines : les émotions morales, les corps étrangers de la conjonctive et de la cornée, les ulcérations et presque toutes les inflammations du globe de l'œil, produisent ce résultat ; la sécrétion est plus considérable que le débit par le canal nasal, et le surplus des larmes, après avoir rempli le lac lacrymal, déborde sur la joue.

Le diagnostic de cette variété de larmolement étant facile à faire d'emblée, occupons-nous de celui qui dépend d'une lésion des voies lacrymales.

Nombre de malades ne vous consulteront que pour le larmolement et vous tiendront à peu près ce langage : ma vision n'est pas altérée, je ne souffre nullement, mais de temps en temps l'œil se remplit de larmes, surtout s'il est exposé à l'air froid et au vent ; je suis contraint de l'essuyer constamment pour voir clair.

Le larmolement étant un signe propre à la plupart des affections des voies lacrymales, vous devrez tout d'abord en déterminer la cause, et la plus vraisemblable est une obstruction des voies lacrymales. Cependant il peut n'exister qu'une simple déviation des points et canalicules lacrymaux, ce que l'examen direct vous prouve tout de suite : ainsi dans l'ectropion, la blépharite glandulo-ciliaire, certains chalazions placés près du bord libre, etc. Les points lacrymaux peuvent cependant présenter une apparence normale et ne pas donner passage aux larmes, mais c'est beau-

coup plus rare : ils sont alors oblitérés par un spasme, un corps étranger, ou simplement rétrécis ; d'autres fois, au contraire, ils sont perméables, mais affaissés, dans la paralysie faciale, par exemple.

L'examen direct des points lacrymaux ne vous a rien révélé : ils sont normaux, leur orifice regarde en arrière et plonge dans le lac lacrymal : à quoi donc tient le larmolement ? Pour le reconnaître il convient de pratiquer une injection avec la seringue d'Anel remplie d'eau tiède. Le malade étant assis, introduisez la seringue par un point lacrymal, l'inférieur de préférence. Rappelez-vous que le canal qui fait suite à cet orifice est d'abord perpendiculaire, et ensuite parallèle au bord libre de la paupière, notion anatomique sans le secours de laquelle vous ne réussirez pas à entrer dans le canalicule lacrymal.

Si le liquide pénètre et descend dans la narine, concluez-en que les voies sont libres. Vous reconnaîtrez qu'elles sont plus ou moins libres suivant que le liquide pénétrera avec plus ou moins de facilité. Si le liquide n'arrive pas dans la narine, mais ressort par le point lacrymal supérieur, c'est que les deux canalicules lacrymaux sont libres et qu'il existe un obstacle dans le sac lacrymal. Enfin, si le liquide ne pénètre pas et reflue par le point lacrymal injecté, le canalicule est évidemment obstrué. Répétez alors l'injection par le point lacrymal supérieur.

Cette exploration bien conduite vous fournira des renseignements très précieux sur l'état des voies lacrymales et sur la cause probable du larmolement.

B. Tumeur et fistule lacrymales. — Un malade peut être atteint non seulement d'épiphora, mais encore de tumeur lacrymale. Cette vieille expression, consacrée par l'usage, ne traduit pas rigoureusement la réalité dans le sens où nous comprenons aujourd'hui le mot tumeur, puisque la tumeur lacrymale est constituée par la distension souvent momentanée du sac lacrymal ; conservons-la néanmoins.

Dans l'angle interne de l'œil, au-dessous et en arrière du tendon direct de l'orbiculaire, c'est-à-dire au niveau même du sac lacrymal, existe une tumeur, du volume d'un gros pois en général, qui se vide facilement par les points lacrymaux lorsqu'on presse à sa surface ; l'œil se trouve alors baigné par une certaine quantité de liquide blanchâtre, plus ou moins épais, ressemblant à du muco-pus. Le sac se distend de nouveau et ainsi de

suite. Le malade n'en éprouve pas, en général, d'autre inconvénient. Voici donc l'aspect sous lequel se présente un sujet affecté de tumeur lacrymale, lorsqu'il n'existe aucun caractère inflammatoire : la peau est normale, le grand angle de l'œil est plus ou moins distendu par une tumeur qui se vide sous la moindre pression, ou bien par l'injection avec la seringue d'Anel ; le larmolement est presque continuel ; la narine du côté correspondant est sèche, et le malade éprouve plutôt un sentiment de gêne que de douleur. Tumeur lacrymale, catarrhe chronique du sac, dacryocystite chronique, sont les termes qui désignent cet état.

Le liquide contenu dans le sac peut y être emprisonné de toutes parts et constitue un véritable kyste désigné sous le nom de *mucocèle*.

Le catarrhe chronique du sac ou tumeur lacrymale proprement dite peut persister sans modifications notables pendant un grand nombre d'années, mais il survient aussi parfois des complications, et la plus fréquente est l'inflammation aiguë du sac ou *dacryocystite* ; apparaissent alors les symptômes d'un véritable phlegmon : gonflement considérable, chaleur, rougeur, douleurs violentes. Ces phénomènes peuvent rétrograder progressivement, mais la suppuration survient souvent et un abcès s'ouvre dans le grand angle de l'œil. L'abcès s'oblitère spontanément en général : cependant il peut persister, surtout lorsqu'il communique avec l'intérieur du sac, et ainsi s'établit la fistule lacrymale, qui constitue une infirmité permanente, si le traitement n'intervient.

Non seulement l'inflammation s'empare du sac, mais elle s'étend toujours à une certaine distance au pourtour, et, comme le propre de la dacryocystite aiguë est de se reproduire de temps en temps, il en résulte que le squelette lui-même peut être atteint et que l'on observe des caries de l'os unguis en particulier.

Au lieu d'un phlegmon, ce sont des poussées d'érysipèles qui apparaissent de temps en temps sur les sujets atteints de catarrhe chronique du sac lacrymal.

Il est facile, par un examen un peu attentif, de constater les signes qui précèdent, et en conséquence d'établir le diagnostic de la tumeur lacrymale, ainsi que de ses complications : phlegmon, abcès, érysipèle, fistule, carie.

L'énumération seule de ces complications prouve qu'il faut toujours engager le malade à soigner une tumeur lacrymale. Mais, dira-t-il, je n'éprouve aucune douleur, simplement un peu de gêne : c'est vrai tant qu'il ne survient pas de phase aiguë, mais

comme cette phase est à peu près certaine et qu'elle peut entraîner des accidents graves, conseillez un traitement.

Le traitement varie nécessairement suivant la cause qui produit l'affection. Lorsque le larmolement est la conséquence d'une déviation des points et canalicules lacrymaux produite elle-même par un ectropion, une blépharite, etc., commencez par vous occuper de ces dernières maladies.

Contre le rétrécissement du point lacrymal et des canalicules lacrymaux, le meilleur et à peu près unique traitement est celui proposé par Bowman, et qui consiste à les fendre à l'aide du couteau de Weber. Cette opération est très simple, tout à fait insignifiante comme douleur, surtout avec l'emploi de la cocaïne, et manque rarement son but.

Le traitement de la tumeur lacrymale est assez compliqué. Aujourd'hui cependant l'accord paraît être unanime, car nous sommes fixés sur la pathogénie de cette affection. A une certaine époque on a fait jouer un rôle prépondérant à l'action de valvules hypothétiques ; la tumeur lacrymale reconnaissait pour origine une cause toute mécanique, et on y remédiait de même en introduisant dans les voies lacrymales des canules à demeure de modèle varié (Scarpa, Dupuytren). Il est bien certain qu'il existe une obstruction des voies lacrymales, que le traitement doit tendre à la faire disparaître : mais l'obstruction elle-même est occasionnée et entretenue par une inflammation chronique de la muqueuse, ainsi que cela se passe, par exemple, dans l'urèthre pour la production des rétrécissements de ce canal.

On peut diriger contre la tumeur lacrymale un traitement palliatif et un traitement curatif.

Le traitement palliatif s'applique surtout à la première période, lorsque les malades sont atteints de larmolement, avec légère distension du sac, et qu'il suffit d'une faible pression pour vider le contenu, soit par les points lacrymaux, soit par le canal nasal. Une injection pratiquée par le malade lui-même avec la seringue d'Anel suffit à débarrasser le sac et à faire disparaître momentanément les petits inconvénients de la maladie. Beaucoup de sujets passent ainsi une partie de leur existence, mais il est préférable de recourir au traitement curatif.

Rendre au canal lacrymo-nasal son calibre normal et combattre l'inflammation de la muqueuse, telles sont les deux indications à remplir pour atteindre ce but.

La première est satisfaite aujourd'hui par l'emploi de la méthode de Bowman, qui consiste à inciser d'abord le point et les canalicules lacrymaux avec le couteau de Weber, et à dilater peu à peu le canal avec des stylets de plus en plus volumineux. Voici la manière de procéder : introduisez d'abord le stylet parallèlement à la direction du canalicule jusqu'à ce qu'il bute contre la paroi interne du sac, et ramenez-le à la verticale ; pressez alors doucement en lui donnant la direction du canal lacrymo-nasal, c'est-à-dire en le portant en bas, en arrière et en dehors. N'exercez aucune violence, et rappelez-vous que le canal nasal est tapissé par une fibro-muqueuse résistante, mais très peu adhérente aux parois du canal, de telle sorte que le stylet pénètre facilement entre la muqueuse et l'os.

L'inconvénient du traitement est de durer longtemps. De plus, l'introduction des stylets reste parfois difficile et douloureuse : c'est pour cela que l'on a parfois eu recours à la stricturotomie du canal lacrymo-nasal à l'aide des couteaux de Stilling ou de Giraud-Teulon. Cette dernière opération est bonne et tout aussi rationnelle que l'uréthrotomie interne dans certains rétrécissements de l'urèthre. Elle convient surtout chez les enfants.

La seconde indication, c'est-à-dire combattre l'inflammation de la muqueuse, est remplie par les injections astringentes : nitrate d'argent, sulfate de zinc, etc.

Il est une autre méthode de traitement qui convient surtout lorsque le sac est très distendu : c'est la *ponction* et la *cautérisation*. Au lieu de fendre les canalicules lacrymaux, on fend directement le sac par sa paroi antérieure, opération désignée sous le nom de ponction du sac lacrymal. La manœuvre est assez délicate et demande une description spéciale.

Je rappellerai d'abord sommairement les rapports du sac lacrymal.

Il doivent être considérés surtout en avant. Le sac lacrymal est recouvert par la peau, le tissu cellulaire assez dense de la commissure et le tendon direct de l'orbiculaire. Ce tendon croise transversalement le sac de façon à le diviser en deux parties inégales ; la supérieure, qui est la plus petite, représente généralement le tiers de la hauteur totale. Il en résulte que dans la tumeur lacrymale la saillie sera située principalement au-dessous du tendon, et que c'est également toujours au-dessous de ce tendon qu'il

faudra pratiquer la ponction du sac, soit pour donner issue au pus, soit pour y introduire des instruments. Or, en exerçant une légère traction sur la commissure externe, le tendon fait une saillie toujours appréciable, même lorsque le sac est distendu ; il se dessine sous la forme d'une bride transversale.

De plus, la gouttière lacrymale dans laquelle est contenu le sac est limitée par deux crêtes dont une, antérieure, est formée par la branche montante du maxillaire supérieur : or, cette crête, qui se continue avec le bord inférieur de l'orbite, est très saillante et toujours accessible au doigt. Ce sera donc un point de repère précieux, puisque le sac est placé immédiatement en arrière d'elle. Par conséquent, pour ponctionner avec succès le sac lacrymal, le chirurgien se basera sur les trois données suivantes : le relief du tendon de l'orbiculaire, la crête antérieure de la gouttière lacrymale, l'obliquité en bas, en arrière et en dehors du canal. Il fera saillir le tendon par un aide, portera l'indicateur gauche sur le rebord de l'orbite, de façon à sentir la crête osseuse entre l'ongle et la pulpe du doigt, et, tenant de la main droite le bistouri, ponctionnera au-dessous du tendon en suivant la surface unguéale et dans la direction indiquée, le dos du bistouri tourné du côté du nez.

Le sac étant ouvert, il faut en écarter les parois avec des stylets recourbés, ou mieux avec le spéculum de Magne construit dans ce but, afin de protéger les bords de la plaie contre l'effet du caustique, surtout si l'on se sert d'un caustique liquide, comme le beurre d'antimoine. Ce caustique est très puissant et d'une application facile dans le cas particulier ; on a eu recours également au nitrate d'argent, au chlorure de zinc, au fer rouge, etc.

La cautérisation du sac a suffi bien des fois à guérir à elle seule la tumeur lacrymale sans aucune dilatation préalable ou consécutive, preuve évidente du rôle prépondérant que joue l'inflammation dans la production de la maladie. Toutefois, avant que la plaie se ferme, il me paraît bon d'introduire jusque dans la narine les derniers numéros des stylets de Bowman. Lorsque la guérison sera complète et que toute trace de tumeur lacrymale aura disparu (l'opération ne laisse pas de cicatrice appréciable), il sera utile de faire de temps en temps une injection par les points lacrymaux pour maintenir le sac en bon état et empêcher la récurrence.

La dacryocystite aiguë ne demande pas d'autre traitement que celui du phlegmon ordinaire. Si la fistule lacrymale résiste à la

dilatation par la méthode de Bowman, on fera l'ouverture et la cautérisation du sac. C'est aussi le seul traitement applicable au mucocèle.

En résumé, combattez l'atrésie des points et canalicules lacrymaux par l'incision à l'aide du couteau de Weber. Traitez le larmolement lié au catarrhe chronique du sac lacrymal par la méthode de Bowman, c'est-à-dire : incision des canalicules, dilatation graduelle avec les stylets. Ajoutez-y les injections astringentes. Si la dilatation marche mal, recourez à la stricturotomie avec le couteau de Stilling.

Lorsque le grand angle est fortement distendu, donnez la préférence à la méthode de Magne : ponction du sac et cautérisation.

CHAPITRE III

MALADIES DE L'APPAREIL DE L'OLFACTION.

L'appareil de l'olfaction comprend le nez et les fosses nasales. Il me paraît rationnel d'y rattacher la portion nasale du pharynx, ainsi que les trois sinus : maxillaires, frontaux et sphénoïdaux. Nous étudierons successivement les affections chirurgicales de chacune de ces parties.

A. Maladies du nez. — Les traumatismes du nez consistent en contusions, plaies ou fractures.

Les *contusions* du nez ne présentent rien de particulier.

Les *plaies* doivent être traitées avec le plus grand soin, de façon à éviter les déformations ultérieures. La réunion immédiate est de rigueur ; il convient même de la tenter dans les plaies contuses, pourvu que les parties molles ne soient pas trop machées. Il existe souvent des graviers, des poussières, qu'il faut enlever soigneusement.

Lorsqu'une portion du lobule du nez a été complètement détachée, réappliquez-la et suturez. Cette sorte de greffe peut reprendre vie.

Les *fractures* du nez portent sur les os propres et sur la branche montante du maxillaire supérieur ; la cloison peut être intacte ou fracturée en même temps. Dans ce dernier cas, la déformation est beaucoup plus appréciable, car le nez est affaissé. Le tassement

du nez avec une dépression profonde sur la face dorsale en peut être la conséquence.

Il est en général assez facile de reconnaître une fracture des os du nez : le malade a perdu une notable quantité de sang par les narines au moment de l'accident ; on constate assez souvent un peu d'emphysème sous-cutané et, si l'on saisit le dos du nez entre le pouce et l'index, on perçoit la crépitation en imprimant à l'organe des mouvements latéraux. Cette exploration détermine une douleur vive. L'emphysème de la racine du nez est certainement un bon signe de fracture ; il est utile cependant de se rappeler que la rupture du sac lacrymal pourrait donner lieu au même accident, s'accompagnerait également de douleur à la pression et d'hémorrhagie nasale. La crépitation est donc, avec la mobilité anormale, le meilleur élément de diagnostic.

La fracture des os du nez a été souvent méconnue, lorsque les signes étaient peu accusés et surtout lorsqu'il n'existait ni déplacement ni déformation ; l'erreur est alors d'ailleurs peu préjudiciable au malade, car le traitement ne consiste que dans l'application de quelques compresses résolutive sur le nez. S'il existait de la déformation, si l'un des fragments faisait saillie dans la fosse nasale, il serait indiqué de le relever. De même, si la voûte nasale était affaissée par suite d'une fracture de la cloison, il conviendrait de la redresser et au besoin de la soutenir pendant quelques jours à l'aide d'un tamponnement.

La peau du nez est fréquemment le siège d'érythèmes entretenus par l'intempérance du sujet ou par une disposition générale. L'affection est souvent dans ce dernier cas liée à l'existence, dans les narines, d'éruptions eczémateuses, qu'il faut faire disparaître pour guérir l'érythème. On sait que cette même éruption est le point de départ habituel des érysipèles spontanés de la face.

On observe aussi sur le nez des bourgeonnements, des saillies qui peuvent atteindre un volume tel, qu'on leur a donné le nom d'*éléphantiasis*. Les ouvrages classiques en représentent des exemples vraiment monstrueux.

Lorsque les tumeurs sont petites, disséminées, les glandes sébacées seules sont en cause, c'est de l'acné qui a reçu l'épithète de *rosacea*, et un très bon moyen de traitement consiste à les toucher avec un mélange de 15 grammes de collodion pour 1 gramme d'acide salicylique : mais dans le véritable éléphantiasis, tous les