

SECTION VI.

MALADIES DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

CHAPITRE I.

ANOMALIES CONGÉNITALES ET ACQUISES DES POINTS
ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

1° Vices de conformation. Les points lacrymaux sont quelquefois obstrués par une mince membrane qui les recouvre et qu'on détruit facilement en les perforant; dans quelques cas de ce genre, il y a absence simultanée des conduits lacrymaux et du canal nasal. Cornaz a observé à la paupière inférieure deux points lacrymaux bien distincts, suffisamment séparés l'un de l'autre, et qui paraissent fonctionner tous les deux. Plusieurs observateurs ont constaté l'oblitération des conduits lacrymaux, alors que les points lacrymaux existent.

Si l'*atresie* des points et des conduits lacrymaux est rare, il n'en est plus de même de l'étroitesse de ces organes. Chez quelques sujets, ce rétrécissement est tel, qu'on n'arrive à introduire dans les points lacrymaux ni une sonde d'Anel (fig. 153, p. 818) ni une canule de ce nom (fig. 154, C, p. 818). On rencontre même parfois des difficultés pour y faire pénétrer la pointe d'une épingle.

Pour combattre le resserrement des points lacrymaux, j'emploie ces fils métalliques très-fins qui servent à déboucher la canule d'Anel; on peut en avoir de diamètres croissants; on les laisse à demeure dans le conduit, de façon à obtenir une dilatation permanente. Dès que cette dilatation est arrivée à un degré suffisant pour permettre l'introduction d'une des branches de ciseaux très-fins et droits, on fend le point lacrymal et la portion attenante du conduit, du côté de la face conjonctivale. Cette plaie ayant de la tendance à se cicatrifier promptement, pour prévenir ce résultat, on en touche les lèvres avec le bout d'un stylet d'Anel trempé dans une solution concentrée d'azotate d'argent.

2° Obstruction des points et des conduits lacrymaux. Cette obstruction peut être le résultat d'un vice de conformation, ou bien elle est accidentelle, c'est-à-dire la conséquence de quelque lésion traumatique, d'une brûlure, d'une ulcération. L'inflammation de la muqueuse qui tapisse les conduits lacrymaux amène le plus souvent une simple diminution dans le calibre du conduit, et rarement l'oblitération.

Tantôt les points lacrymaux sont oblitérés, alors que les conduits conservent leur calibre; tantôt les conduits lacrymaux sont rétrécis ou oblitérés dans l'étendue de moins de 2 millimètres, à partir du point lacrymal; ou bien encore le conduit lacrymal est rétréci ou oblitéré près de son embouchure dans le sac lacrymal; enfin, les conduits lacrymaux peuvent être oblitérés dans toute leur étendue.

Le traitement est subordonné à l'étendue de l'oblitération des conduits lacrymaux.

1° Les conduits lacrymaux sont rétrécis ou oblitérés dans l'étendue de moins de 2 millimètres, à partir du point lacrymal. S'il n'existe qu'un simple rétrécissement, il est préférable d'obtenir une dilatation graduelle, au moyen de fils métalliques, d'un diamètre de plus en plus gros, introduits dans le conduit et maintenus à demeure; si c'est une véritable oblitération, pour rétablir la voie d'écoulement des larmes, on a recours au procédé de Jungken ou à celui de Bowman. Le premier, le seul dont il sera question ici, consiste à enlever avec des ciseaux fins toute la petite portion du bord libre de la paupière qui renferme la portion oblitérée du conduit lacrymal. Il est aussi applicable aux cas où il existe une oblitération du point lacrymal avec conservation de calibre du conduit.

2° Le conduit lacrymal peut être rétréci ou oblitéré près de son embouchure dans le sac lacrymal. Pour les cas de ce genre, Bowman a imaginé un instrument formé d'une petite lame à deux tranchants comme une lancette, que l'on fait sortir ou rentrer à volonté dans une canule fine, au moyen d'un ressort. Le mécanisme de cet instrument est analogue à celui de la *serretelle* (Voy. t. II). On fend d'abord le conduit lacrymal du côté de la conjonctive; puis on introduit la lancette, cachée dans sa canule, jusqu'au niveau de la coarctation; on fait saillir le tranchant, en pressant sur le ressort, pour inciser la paroi membraneuse du sac.

3° Les conduits lacrymaux sont oblitérés dans toute leur étendue. On a conseillé dans ce cas deux opérations: l'une consiste à rétablir les points et les conduits lacrymaux; l'autre a pour but de créer une route artificielle pour conduire les larmes à travers le canal lacrymo-nasal. La première est d'une exécution difficile, et en admettant qu'elle réussisse, la nouvelle voie ne tarde pas à s'oblitérer. La seconde consiste à pratiquer une ouverture au sac lacrymal, entre la paupière inférieure et le globe, au côté externe de la caroncule lacrymale. Elle ne donne pas de résultats plus satisfaisants, parce qu'il est impossible de maintenir cette ouverture, qui se ferme dès qu'on cesse d'y laisser séjourner un corps dilatant.

3° Dilatation des points et des conduits lacrymaux. La dilatation des points lacrymaux est facile à reconnaître à la simple vue; non-seulement alors les instruments qui servent au cathétérisme y entrent beaucoup plus aisément que d'habitude, mais en général aussi ces orifices ne se resserrent pas au contact de l'instrument, comme cela arrive dans l'état normal.

On attribue cette dilatation à des ophthalmies, à la paralysie de l'orbiculaire des paupières; plus souvent encore elle reconnaît pour cause le relâchement général des tissus qui survient à l'âge de la décrépitude. Elle

succède encore, dit-on, à l'introduction trop souvent répétée du stylet ou de la seringue d'Anel; ce qui est assez rare, d'après ce que j'ai observé sur les nombreux malades atteints de tumeur du sac que j'ai traités par les injections. On comprend mieux qu'elle soit produite par la présence trop prolongée d'un séton dans les conduits lacrymaux, méthode de traitement autrefois en usage.

Pour remédier à cette incommodité, on fait usage de collyres astringents instillés derrière les paupières plusieurs fois par jour; de frictions spiritueuses sur les paupières avec des liqueurs stimulantes; de douches froides sur la région orbitaire.

La dilatation des conduits lacrymaux est rare.

4° Renversement en dehors des points lacrymaux. Les causes de ce renversement sont toutes celles qui changent la situation du bord libre de la paupière. Chez les sujets atteints de blépharite ciliaire, il existe parfois un léger boursoufflement de la conjonctive palpébrale; qui a pour effet de porter les points lacrymaux, notamment l'inférieur, un peu en avant. Dans ces circonstances, on observe un autre phénomène qui augmente la déviation: c'est un *eczéma* de la paupière inférieure, déterminant une rétraction générale, mais modérée, des téguments; ceux-ci sont attirés en bas, et le point lacrymal est obligé de suivre ce mouvement. Toutefois il faut prendre garde, dans les cas de ce genre, de mettre le larmolement uniquement sur le compte de la déviation du point lacrymal: la plupart du temps il existe une phlegmasie légère de la muqueuse du sac et du canal nasal, et le passage des larmes étant plus difficile à travers les voies naturelles d'écoulement, le larmolement est accru. On reconnaît facilement cette complication en pratiquant une injection par l'un des conduits lacrymaux; le liquide, au lieu de passer par la narine, reflue en grande partie par le point lacrymal supérieur.

La déviation des points lacrymaux en dehors s'observe aussi chez les sujets affectés d'une *paralysie* du muscle orbiculaire des paupières. On sait que cette paralysie accompagne communément celle des muscles sous-cutanés d'une des moitiés de la face. Cette variété est facile à reconnaître; les paupières restent continuellement écartées l'une de l'autre, et les plus grands efforts exécutés par le patient ne peuvent en opérer le rapprochement.

Le larmolement, chez les sujets atteints d'hémiplégie faciale, est dû à deux causes: à la déviation des points lacrymaux, ce qui empêche les larmes d'être absorbées par ces orifices; à l'abolition du mouvement de clignement, ce qui a pour conséquence de laisser stagner les larmes dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, au lieu de les ramener constamment vers le grand angle de l'orbite. Il n'est pas toujours possible d'éloigner la seconde cause, parce que certaines paralysies faciales résistent à tous les traitements; on peut, au contraire, remédier à la première, et diminuer ainsi le larmolement d'une manière notable, au moyen d'une opération que nous ferons connaître plus loin.

La déviation des points lacrymaux en dehors est constante dans les diverses variétés d'*ectropion*; elle est occasionnée par certaines tumeurs des

paupières qui se développent près du grand angle de l'orbite; ces productions morbides agissent sur les points lacrymaux d'une manière toute mécanique. Les blessures, les brûlures de la région déterminent parfois un effet semblable, parce que le tissu de cicatrice attire en dehors la portion correspondante de la paupière.

Le traitement est subordonné à la cause qui a produit la déviation. Celle-ci est-elle occasionnée par une tuméfaction de la muqueuse, on emploie les collyres astringents, les pomades résolutives. Reconnait-elle pour point de départ une paralysie de l'orbiculaire, on cherche à rendre au muscle sa contractilité, ce qui rentre dans le traitement général de l'hémiplégie faciale. Se rattache-t-elle à un ectropion, on s'efforce de faire disparaître ce dernier par des moyens que nous ferons connaître plus tard. Est-elle la conséquence de la présence d'une tumeur de la paupière, on guérit la tumeur, ou l'on en fait l'extirpation. Lorsque la déviation semble occasionnée par le relâchement de la peau et de l'orbiculaire, on a conseillé de pratiquer l'ablation d'une petite portion de la muqueuse, dans la partie correspondante au conduit lacrymal.

Dans un cas de déviation des points lacrymaux inférieurs, déterminée par un *eczéma* chronique de la paupière, Bowman fendit la paroi conjonctivale du conduit, à partir du point lacrymal jusqu'au sac lacrymal, en conduisant un petit bistouri sur une sonde d'Anel introduite au préalable dans le canal. Les jours suivants, les adhérences de la plaie furent rompues. Le conduit se convertit en gouttière, par laquelle les larmes prirent leur cours jusque dans le sac lacrymal, et le larmolement se dissipa presque entièrement. Ce procédé est ingénieux, puisqu'il met la lumière du conduit lacrymal en rapport avec le lac lacrymal, et qu'ainsi on favorise l'entrée des larmes dans les voies d'excrétion de ce fluide. Toutefois l'observation démontre qu'il ne faut pas se presser d'opérer en pareille circonstance, et qu'il vaut mieux chercher d'abord à guérir l'*eczéma* de la paupière.

Dans un cas de déviation du point lacrymal inférieur, par paralysie de l'orbiculaire, j'ai cherché à dissiper le larmolement en appliquant précisément le procédé de Bowman. L'opération a bien réussi, en ce sens que la nouvelle gouttière formée aux dépens du conduit lacrymal inférieur a persisté; le patient en a retiré un bénéfice incontestable, puisque le larmolement a diminué sans cependant disparaître complètement. On s'explique cette dernière particularité, en se rappelant que le mouvement de clignement, si nécessaire au cours des larmes, est en grande partie aboli dans les cas de paralysie de l'orbiculaire. Les larmes continuent à s'accumuler, au moins en partie, dans la rigole qui existe au niveau du cul-de-sac conjonctival inférieur, pendant qu'une autre portion passe dans le canal lacrymo-nasal.

CHAPITRE II.

BLESSURES DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

Ces blessures sont longitudinales, obliques ou verticales; les premières sont rares, et plutôt l'œuvre du chirurgien que le résultat d'un accident. Ainsi, dans le procédé de Bowman (p. 823), pour rémédier au larmolement par déviation du point lacrymal, on fend le conduit de ce nom, le long de la paroi postérieure. Dans ce cas, les lèvres de la plaie se réunissent promptement, et si on n'a pas soin de les désunir pendant quelques jours, elles se cicatrisent sans que le conduit cesse d'être perméable. Il n'en est plus de même dans les plaies obliques ou verticales; les bords de la solution de continuité se cicatrisent en général isolément; le conduit lacrymal se trouve interrompu dans son trajet, et les larmes cessent d'arriver dans le sac; il n'en résulte cependant que rarement du larmolement, probablement parce que les larmes sont encore reprises par l'autre conduit lacrymal resté perméable.

Lorsque les deux conduits lacrymaux sont divisés et que la portion attenante au sac s'oblitére, il y a du larmolement. Quelquefois les lésions produites par une plaie contuse du grand angle de l'orbite sont complexes; ainsi chez un malade qui s'est présenté à ma clinique, il y avait une oblitération complète du conduit lacrymal supérieur, une *fistule* du conduit lacrymal inférieur, avec rétrécissement de la portion interne du conduit; le larmolement était continu (voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 233).

L'indication à remplir, dans tous les cas de blessures des conduits lacrymaux, est d'obtenir une coaptation exacte des lèvres de la plaie; la suture, l'application des bandelettes agglutinatives, un pansement méthodique, le repos complet des paupières sont le plus souvent insuffisants pour arriver à ce résultat. Rognetta recommande de passer une soie de sanglier, par le point lacrymal, jusque dans le sac, et de la laisser à demeure, jusqu'à la cicatrisation complète de la solution de continuité. Ce moyen nous semble d'une exécution difficile, les mouvements des paupières ayant pour effet incessant de faire sortir le corps étranger du conduit lacrymal. Dans une circonstance pareille, Désormeaux introduisit un fil par le point lacrymal et, après l'avoir fait sortir par une ouverture faite au sac, le conduisit jusque dans la narine correspondante au moyen d'un ressort de Pamard (voy. l'article *Tumeur et fistule* du sac lacrymal). Ce fil resta ainsi à demeure, une des extrémités sortant par le point lacrymal, l'autre par la narine, jusqu'à complète cicatrisation de la blessure du conduit. Quelque ingénieuse que soit cette méthode, elle ne rencontrera que peu d'imitateurs, en raison de la multiplicité des manœuvres opératoires pour arriver à un résultat qui ne compense pas la longueur du traitement. Lorsque

les deux bouts du canal se sont cicatrisés isolément, on a proposé de les aviver et d'en opérer l'affrontement pour rétablir la continuité du conduit. Travers a échoué dans des tentatives de ce genre.

CHAPITRE III.

CORPS ÉTRANGERS DES CONDUITS LACRYMAUX.

Ces corps proviennent du dehors, et alors ils sont généralement très-ténus, tels que des cils, des cheveux, une barbe de plume, un petit fil de soie, un fragment d'épi de blé, des parcelles métalliques ou pierreuses, etc. Ou bien ces corps se forment dans l'intérieur même des voies lacrymales, ce sont en général des concrétions solides appelées *dacryolithes*.

A. de Græfe a publié une observation de *champignons* développés dans le conduit lacrymal inférieur, chez une petite fille de neuf ans.

Les *dacryolithes* ont été signalés par Césoin, Sandifort; ce dernier a extrait, par une incision faite au sac lacrymal, un calcul piriforme qui avait pris naissance dans le conduit lacrymal.

D'autres faits, analogues au précédent, ont été vus par Critchett, Bowman, Haynes-Walton. Tantôt la concrétion était renfermée dans le conduit lacrymal supérieur, tantôt dans l'inférieur. Une circonstance à noter, c'est que toutes les observations ont été recueillies sur des femmes. Dans un cas, l'analyse chimique démontra que le calcul était formé de carbonate de chaux mêlé à une petite quantité de matière animale; dans un autre, qu'il était presque entièrement composé de phosphate de chaux.

CHAPITRE IV.

INFLAMMATION DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

L'inflammation de la muqueuse des points et des conduits lacrymaux est fréquente, et si on n'en tient pas compte le plus souvent, c'est qu'elle accompagne les phlegmasies, soit de la conjonctive, soit de la muqueuse du sac. Le cathétérisme des points et des conduits devient alors parfois douloureux. Cette phlegmasie se termine communément par résolution, souvent aussi par une hypertrophie de la muqueuse, ce qui a pour résultat d'effacer en grande partie la lumière du conduit, et de s'opposer à l'introduction du stylet ou de la canule d'Anel. Peut-il en résulter la formation d'un abcès? Quelques auteurs le pensent; mais il doit être difficile de distinguer si le pus a son point de départ dans le conduit lui-même ou dans

le sac. Pareille réserve doit être faite pour les *fistules des conduits lacrymaux*; il est probable qu'on a souvent considéré comme telle une fistule du sac qui s'était ouverte à l'extérieur sur le trajet même du conduit.

J'ai rencontré cependant une véritable fistule du conduit lacrymal inférieur. Une femme, âgée de trente-deux ans, qui se présenta à ma clinique, était affectée d'un catarrhe du sac lacrymal droit, pour lequel je lui fis trois injections de teinture d'iode dans le sac, à travers le point lacrymal inférieur, à quinze jours de distance. Deux mois plus tard, je remarquai, pour la première fois, qu'il existait un petit pertuis sur le trajet du conduit lacrymal inférieur, à très-peu de distance du point lacrymal correspondant. Une injection d'eau poussée par ce dernier reflua en partie par la narine, en partie par l'orifice anormal. On trouve dans Boyer une observation semblable.

On a proposé, pour guérir ces sortes de fistules, de cautériser l'ouverture anormale avec une aiguille rougie à blanc, ou avec un crayon de nitrate d'argent; on s'expose, en agissant de la sorte, à produire une oblitération du conduit.

CHAPITRE V.

POLYPES DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

Ces excroissances sont rares; Demours en rapporte un exemple: M^{me} L*** avait un petit fungus rougeâtre qui sortait par le point lacrymal inférieur, que j'enlevai d'un coup de ciseau au niveau du point lacrymal, qui en était dilaté, et je portai sur la partie visible une petite pointe de nitrate d'argent. Les injections passaient dans la narine par le point lacrymal, même avant l'opération; en peu de jours, tout reentra dans l'ordre.

SECTION VII.

MALADIES DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

Le sac lacrymal et le canal nasal manquent parfois, chez des sujets qui présentent d'autres vices de conformation graves de l'appareil de la vision. Jurine a trouvé de la matière osseuse à la place occupée par le canal nasal.

On croit aussi avoir rencontré quelques cas de *fistules congénitales* du sac lacrymal, et on cite notamment les observations de Scarpa, de Beer. Sans les révoquer en doute, nous croyons que pour être en droit de considérer comme *congénitale* une fistule du sac observée sur un enfant, il faut que cette fistule ait été reconnue au moment de la naissance.

Le canal nasal offre de nombreuses différences de calibre, suivant les individus. Il existe aussi des variétés relatives à la situation précise et les dimensions de l'orifice inférieur du canal nasal (voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 243).

CHAPITRE II.

BLESSURES DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

1^o Les blessures du *sac lacrymal* sont volontaires ou accidentelles. Les premières sont pratiquées par le chirurgien dans le but d'ouvrir le réservoir des larmes: opération de la *fistule lacrymale*. Les secondes se font de l'extérieur vers l'intérieur, et dans ce cas la plaie s'étend communément à une portion de la paupière; ou bien des parties profondes vers les parties superficielles, ce qui arrive parfois dans le cathétérisme des voies lacrymales par la méthode d'Anel. Les violences extérieures peuvent déterminer la rupture du sac, sans léser la peau, accident qui se rapproche du précédent et qui est parfois suivi d'un emphysème des paupières pendant que le malade se mouche, lorsque la cavité du sac communique largement avec les fosses nasales, soit par le fait d'une disposition normale, soit en conséquence d'une fracture concomitante de l'onguis.

Les blessures du sac se terminent généralement par cicatrisation; rarement par une fistule, à moins qu'il n'y ait des complications. Le *diagnostic* en est facile; si on conserve le moindre doute sur la communication d'une plaie située au grand angle de l'œil avec la cavité du sac, on pratique une injection d'eau par l'un des points lacrymaux, et l'on voit à l'instant le liquide refluer par la blessure, ce qui n'arrive pas lorsque celle-ci n'a pas de rapport direct avec le réservoir.

A moins que la solution de continuité ne soit étendue, il nous semble que la suture est ici inutile. On se contente d'appliquer, sur le grand angle de l'œil, un linge imbibé d'eau froide; on combat les accidents inflammatoires, s'il s'en développe; et, pour favoriser le rétablissement du cours des larmes par le canal nasal, on n'omet pas des injections journalières, par les points lacrymaux, avec de l'eau tiède. Si, malgré l'emploi de ces moyens, la plaie tend à dégénérer en fistule, que les bords de la solution de continuité deviennent calleux, on en ranime la vitalité en les touchant avec un crayon de nitrate d'argent, ou avec une aiguille chauffée à blanc. On insiste sur l'emploi des injections médicamenteuses portées dans le sac,