

par les points lacrymaux, dans le but de modifier la muqueuse du canal lacrymo-nasal, qui le plus souvent entretient la fistule par la phlegmasie chronique dont elle est le siège.

2° Les blessures du *canal nasal* se produisent aussi par deux voies différentes : de dedans en dehors, ou de dehors en dedans. Dans le premier cas, elles sont la conséquence de diverses opérations imaginées pour rétablir le cours normal des larmes : ainsi on les a constatées surtout dans les manœuvres pratiquées pour placer une canule à demeure dans le canal nasal. Dans le second, elles résultent communément d'une fracture du canal osseux, et alors il y a enfoncement des parois en dedans, disparition partielle ou totale de la lumière du canal. Tous les auteurs ont avancé que, dans ces circonstances, le cours des larmes étant interrompu du côté lésé, il en résulte une *fistule lacrymale* incurable, si on ne remédie pas au déplacement des parois osseuses. Nous pensons qu'il peut y avoir une oblitération complète du canal nasal, sans tumeur ni fistule du sac ; que si, dans les fractures du canal nasal, il se manifeste une fistule lacrymale, c'est qu'il s'est développé une phlegmasie du sac qui s'est terminée par suppuration et par l'ouverture de l'abcès à l'extérieur. Toutefois il nous semble de règle de chercher à conserver le canal nasal, lorsqu'il y a fracture du nez ; mais, au lieu de sonder le canal de bas en haut, suivant la méthode de Laforest, ce qui est très-difficile, et de laisser l'algale à demeure pendant vingt-quatre heures, comme le propose Rognetta, il est préférable d'agir comme dans les fractures du nez avec enfoncement des fragments (voy. p. 346).

### CHAPITRE III.

#### CORPS ÉTRANGERS DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

On a trouvé parfois, mais rarement, dans le sac lacrymal, des concrétions appelées *dacryolithes*, que l'on suppose être formées par les substances salines contenues dans le liquide des larmes, et dont on a assimilé le mode de production à celui des calculs vésicaux. Schmucker a retiré du sac lacrymal une *concrétion pierreuse* du poids de 10 centigrammes.

Les *dacryolithes* s'engagent parfois dans le canal nasal, ou prennent leur point de départ dans ce canal lui-même, auquel cas on les a désignés sous le nom de *rhinolithes*.

Il faut bien se garder de considérer comme des calculs du *canal nasal*, calculs formés spontanément ou autour d'un corps étranger introduit accidentellement dans ce conduit, toutes les espèces de concrétions solides qu'on a rencontrées dans les *fosses nasales*.

### CHAPITRE IV.

#### INFLAMMATION DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

L'inflammation du sac lacrymal se présente tantôt à l'état aigu, tantôt à l'état subaigu, ou bien enfin elle affecte spécialement l'appareil glandulaire de la muqueuse. Dans les deux premiers cas, l'affection prend le nom de *dacryocystite* ; dans le troisième, elle mérite le nom de *catarrhe du sac*.

#### ARTICLE I.

##### Inflammation aiguë du sac lacrymal. *Dacryocystite*.

Cette phlegmasie est commune chez les sujets qui sont affectés depuis longtemps d'un *catarrhe* du sac, et elle survient alors sous l'influence d'un refroidissement, ou bien dans le cours d'une affection grave, telle que la variole. Je l'ai observée aussi après que des injections irritantes avaient été portées dans le sac, dans le but de tarir la sécrétion dont cet organe est le siège. La présence de corps étrangers introduits dans le canal lacrymo-nasal, dans le but de remédier aux coarctations de ce conduit, en favorise aussi le développement.

**Symptômes.** Les malades ressentent de la chaleur dans la direction des conduits lacrymaux et du grand angle de l'orbite ; les larmes s'écoulent en abondance le long de la joue, et la narine correspondante est sèche. Bientôt apparaît un gonflement qui part du grand angle de l'œil et qui s'étend aux paupières et à toute la région orbitaire. Ce gonflement est accompagné d'une rougeur vive au niveau du sac, d'une rougeur érysipélateuse sur les autres parties. Les paupières, considérablement tuméfiées, présentent de l'œdème et ne peuvent être écartées que difficilement l'une de l'autre. Dans leur intervalle s'amasse une sécrétion muqueuse abondante. Si on découvre le globe, on reconnaît que la conjonctive oculo-palpébrale est fortement injectée. La moindre pression exercée sur la région du sac occasionne de vives douleurs. A ces phénomènes locaux se joignent souvent des phénomènes généraux, tels que de l'inappétence, de la fièvre, de la céphalalgie.

**Marche. Terminaisons.** Abandonnée à elle-même, la *dacryocystite* aiguë se termine presque toujours par suppuration. Les malades accusent des élancements dans la région du sac ; la tuméfaction augmente, en même temps que la peau du grand angle de l'orbite s'amincit. Le tégument s'ulcère au bout de quelques jours ; le pus renfermé dans le sac s'échappe par cette ouverture spontanée, mélangé de mucosités épaisses. A partir de ce moment, la tuméfaction de la région orbitaire, la rougeur de la peau diminuent d'intensité. L'ouverture du sac se ferme et se rouvre alternative-



ment. Parfois la cicatrisation est définitive; dans le plus grand nombre des cas, la perforation se convertit en *fistule*. Chez quelques sujets, il se manifeste de nouvelles bouffées inflammatoires, de véritables dacryocystites à répétition; dans ce cas, les abcès sont de moins en moins intenses.

**Diagnostic.** On ne confondra pas la dacryocystite aiguë avec un érysipèle de la région orbitaire, parce que, dans ce dernier, la rougeur se propage promptement à toute la face et que le gonflement ne reste pas circonscrit aux environs du sac lacrymal. Il est plus difficile de différencier une dacryocystite aiguë d'un phlegmon développé au-devant du sac. Néanmoins, en cas de dacryocystite aiguë, comme celle-ci succède le plus souvent à un catarrhe du sac d'une durée antérieure plus ou moins longue, le malade vous apprend qu'il est affecté de larmoiement depuis longtemps. En cas de phlegmon du tissu cellulaire placé au-devant du sac, si le gonflement n'est pas assez considérable pour empêcher de renverser la paupière inférieure et d'insinuer une canule fine dans le point lacrymal inférieur, on peut faire passer facilement le liquide injecté par cette voie dans la narine correspondante, à moins que le sac lui-même ne soit comprimé d'avant en arrière, par la tuméfaction du tissu cellulaire. Cette dernière épreuve est au contraire décisive, une fois que l'abcès est ouvert, et permet ainsi de distinguer toujours une fistule du sac d'une fistule *sous-cutanée* du grand angle. En effet, en cas de dacryocystite suppurée, une injection pratiquée par le point lacrymal inférieur s'échappe en grande partie par l'ouverture de l'abcès, ce qui n'arrive pas lorsque cette ouverture succède à un abcès situé en dehors du sac. Les chirurgiens des siècles précédents désignaient sous le nom d'*anchylops* le phlegmon développé au-devant du sac lacrymal; ils appelaient *aglylops* l'ouverture qui succède à cet abcès.

**Pronostic.** Il n'est pas grave. La dacryocystite aiguë est un moyen que la nature emploie quelquefois pour guérir la blennorrhée du sac lacrymal.

**Traitement.** Il est essentiellement antiphlogistique au début. On applique des sangsues sur la région orbitaire; quelques chirurgiens ont conseillé de faire cette application dans la narine. La suppuration étant le mode de terminaison le plus fréquent de la maladie, il convient de la favoriser par des fomentations ou des cataplasmes émollients, des onctions hydrargyriques sur la région orbitaire. Dès que la peau du grand angle de l'orbite est amincie et soulevée, on incise la tumeur. Une plaie longue d'un demi-centimètre est préférable à une ponction simple. Celle-ci a l'inconvénient de se cicatriser rapidement, d'empêcher la sortie du pus et d'occasionner une nouvelle bouffée inflammatoire. Pendant plusieurs jours, on continue l'application de cataplasmes émollients sur la région, jusqu'à ce que le gonflement et la rougeur soient dissipés. Dans le cas où, après la cessation de phénomènes inflammatoires aigus, il subsiste une fistule du sac, on pratique tous les jours dans cette cavité, à travers le point lacrymal inférieur, des injections d'eau tiède. Lorsque la phlegmasie passe à l'état de *blennorrhée* du sac, et que la fistule ne se ferme pas, les injections iodées dans le sac m'ont donné de bons résultats.

Le traitement du *phlegmon développé au-devant du sac* ne diffère pas de

celui de la dacryocystite. En cas d'abcès, on se gardera bien, en l'ouvrant, d'entamer la paroi antérieure du sac lacrymal. La fistule qui succède parfois à cet abcès sera traitée comme les fistules sous-cutanées de toute autre région du corps, c'est-à-dire que, si cette fistule est entretenue par le décollement de la peau, on en fera l'incision; si la peau est trop amincie pour qu'on puisse en espérer le recollement, on sera parfois obligé d'en faire l'excision partielle.

## ARTICLE II.

### Inflammation subaiguë du sac lacrymal.

Cette inflammation est assez fréquente chez les sujets atteints de *dacryoblennorrhée*, c'est-à-dire de *catarrhe* du sac. Je l'ai observée chez ceux qui étaient depuis quelque temps déjà guéris de l'affection précédente.

La maladie est caractérisée par un larmoiement plus abondant que de coutume. En même temps, la région du sac se tuméfie un peu et les paupières présentent un léger œdème. Les malades accusent une douleur vague au pourtour de l'orbite. La pression exercée sur le grand angle est douloureuse. Une injection aqueuse poussée par le point lacrymal inférieur occasionne une sensation de distension tellement pénible, que les malades ne peuvent la supporter. Tout le liquide reflue à la surface de l'œil, sans qu'aucune goutte arrive dans la narine correspondante.

Chez quelques sujets, tous ces symptômes s'amendent promptement sous l'influence de topiques émollients appliqués sur la région du sac; chez d'autres, ils augmentent d'intensité, et il se forme un véritable *abcès enkysté* du sac. Dans ce dernier cas, on voit apparaître au grand angle de l'orbite une tumeur sphérique ou allongée verticalement; la peau qui la recouvre est d'un rouge sombre; si on l'incise, il s'écoule du pus franchement phlegmoneux. Les téguments voisins ne participent que peu à cette inflammation.

**Traitement.** Lorsque la phlegmasie est légère, on la combat et on l'a fait avorter souvent, par l'application d'un cataplasme de *cerfeuil* sur la région du sac. La maladie a-t-elle une marche plus aiguë, on conseille les topiques émollients; dès que le sac est distendu, on pratique une incision pour donner passage au pus. Les autres indications à remplir rentrent dans les données exposées à la fin de l'article précédent.

## ARTICLE III.

### Catarrhe du sac lacrymal.

La dénomination de *catarrhe* du sac lacrymal est synonyme de *dacryocystite chronique*, de *blennorrhée du sac*, usitées dans le langage de quelques ophthalmologistes.

**Anatomie pathologique.** L'étude des lésions propres aux *parois* du sac



ne peut être faite que sur le cadavre; et bien que les occasions d'examiner ces parties, alors qu'elles ont été affectées, soient rares, nous possédons néanmoins quelques autopsies faites par Janin, Auzias Turenne, et surtout Béraud. L'examen des produits sécrétés par la muqueuse du sac se pratique sur le vivant.

1° *Produits sécrétés.* On en apprécie facilement les qualités, en exerçant une compression méthodique sur le grand angle de l'œil. De cette manière, on fait refluer par les points lacrymaux le contenu du sac lacrymal. Toutefois il arrive souvent qu'une partie y séjourne, et pour lui donner issue par le point lacrymal supérieur, il suffit de pratiquer une injection d'eau tiède par le point lacrymal inférieur. Lorsque le canal nasal est large, la pression sur le grand angle chasse le contenu dans la narine, ce qui en rend l'examen plus difficile. Il suffit alors de faire incliner la tête du malade en avant, au moment où l'on comprime le sac, afin de recevoir le liquide dans un vase.

Les produits sécrétés par le sac sont de diverse nature. Chez quelques sujets, c'est un liquide légèrement trouble, mélangé d'une certaine quantité de flocons qui ressemblent à ceux que l'on retrouve parfois dans l'urine, alors qu'il existe une légère phlogose de la muqueuse vésicale. Chez d'autres, ces mucosités se présentent sous la forme de filaments blanchâtres ou de petits rubans très-étroits, décrivant des inflexions, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à des filaments de vermicelle cuit. Chez d'autres encore, le sac est distendu par un liquide qui ressemble à une solution épaisse de gomme, à du mucilage, ou au liquide de la grenouillette. Ou bien le sac renferme un liquide de couleur blanche-laitieuse, véritable muco-pus; ou bien enfin, c'est un liquide blanc-jaunâtre et parfois même jaune-verdâtre, c'est-à-dire du pus proprement dit. Chez le même malade, la nature du produit sécrété par le sac change souvent du jour au lendemain; souvent encore on rencontre simultanément, chez le même sujet, des produits divers accumulés dans le sac. En général, le liquide sécrété est inodore; dans un cas que j'ai observé, où la maladie datait de trente-cinq ans, ce liquide, d'un vert sale, avait une odeur puante.

2° *Lésions internes du sac.* La face interne du sac lacrymal est souvent saine; parfois parsemée de plaques rouges, sans vestiges d'ulcérations. On a trouvé les orifices des canaux excréteurs glandulaires dilatés. Janin a constaté dans un cas la présence de très-petites tumeurs, de la grosseur de graines de pavot blanc, dures, occupant l'épaisseur de la muqueuse; la compression faisait sortir, par les orifices de ces tumeurs, un liquide jaunâtre analogue à celui qui est fourni par les follicules de Meibomius. Béraud a trouvé les conduits excréteurs des glandes du sac remplis d'une matière visqueuse jaunâtre. Sur un autre sujet, il existait, à la partie supérieure du sac, une sorte de végétation polypiforme du volume d'une grosse tête d'épingle.

Toutes ces altérations dénotent bien que le catarrhe du sac a son siège dans les éléments folliculaires ou glandulaires de la muqueuse. A une époque avancée de la maladie, lorsque celle-ci a duré plusieurs années, les

parois du sac sont devenues friables et se déchirent facilement; la muqueuse est épaissie, boursoufflée, villeuse et même fongueuse; la coupe offre un aspect lardacé. Il résulte de ces dernières lésions que la cavité du sac est réduite à de petites dimensions. Alors même que l'on trouve dans le sac des lésions avancées de tissu, le canal nasal peut être resté libre.

*Symptômes.* Le catarrhe du sac lacrymal se développe d'une manière lente. Pendant longtemps, parfois plusieurs années, les malades ont un peu de larmolement, une sensation de gêne, de picotement derrière les paupières. A une époque plus avancée, ils se plaignent d'avoir l'œil baigné par intervalles d'une humeur. Si on examine la face interne des paupières, on trouve que la conjonctive palpébrale offre une injection composée de vaisseaux ramifiés parallèlement aux follicules de Meibomius. Il n'est pas rare de rencontrer un état villeux de la conjonctive palpébrale depuis le bord adhérent du cartilage tarse jusqu'au cul-de-sac oculo-palpébral. A la place de la dépression qui existe dans l'état normal au niveau du grand angle de l'orbite, on trouve une élévation et parfois une véritable tumeur, d'un volume qui varie entre un pois et une fève. Cette tumeur est circonscrite par les limites mêmes du sac, molle, dépressible; lorsqu'on la comprime avec la pulpe d'un des doigts, on fait refluer, par l'un et l'autre point lacrymal, des produits de nature variable: tantôt c'est un fluide comparable à une solution gommeuse ou à un mucilage; d'autres fois, c'est un liquide légèrement trouble, mélangé de mucosités qui ressemblent à des flocons, ou bien à des filaments de vermicelle cuit; d'autres fois encore, c'est du muco-pus, ou enfin du pus véritable.

Chez quelques sujets, la pression exercée sur le sac évacue le contenu partie par les points lacrymaux, partie par le canal nasal dans la narine. Il en est qui, toutes les fois qu'ils compriment le sac, font sortir tout ce qu'il renferme par la narine, sans qu'il en reflue par les points lacrymaux. Si, au moyen d'une canule fine adaptée à une seringue d'Anel, ou à l'appareil à pompe (fig. 155, p. 846) que nous avons fait construire pour injecter les voies lacrymales, on pousse une certaine quantité d'eau tiède par le point lacrymal inférieur, le liquide reflue en très-grande quantité par le point lacrymal supérieur, entraînant avec lui des mucosités. Lorsque l'injection a été soutenue pendant quelques instants et qu'on fait exécuter au patient une forte expiration, la bouche et la narine du côté opposé au mal étant fermées, on voit quelques gouttes de liquide arriver à l'orifice de la narine du côté correspondant à l'affection. Chez certains sujets, la narine reste sèche, quelle que soit la force avec laquelle le liquide est lancé dans le sac, quelle que soit la durée de l'injection; mais cela est très-rare. L'œil demeure sain, la vue est bonne et ne se trouble que lorsque le larmolement redouble. Quelques sujets accusent une sensation de sécheresse dans la narine correspondante, un *embarras* continuel au cerveau, comme lorsqu'on s'enrhume.

*Marche. Terminaisons.* Abandonnée à elle-même, l'affection s'accroît lentement. Elle dure des mois et des années. J'ai observé des malades qui en étaient atteints depuis cinq, dix et même seize ans. D'autres fois, la



maladie, après être demeurée stationnaire pendant des années, change brusquement de physionomie. Sous l'influence d'un refroidissement, ou d'un de ces états généraux de l'organisme dans lesquels il y a tendance à la formation du pus, tels que la variole, le sac lacrymal devient le siège d'une phlegmasie aiguë (dacryocystite), qui se termine par suppuration. L'abcès du sac une fois ouvert, le pus est évacué au dehors, la plaie se cicatrise promptement; et, sous l'influence de cette inflammation aiguë, le catarrhe disparaît quelquefois sans retour; ou bien, l'ouverture du sac dégénère en fistule qui se cicatrise elle-même, après un temps plus ou moins long, alors que la muqueuse cesse de sécréter ces mucosités qui s'échappent continuellement par l'orifice de la fistule, mélangées d'une petite quantité de pus, et parfois seulement d'un liquide épais et visqueux.

Dans d'autres cas, la fistule qui succède à l'ouverture de l'abcès du sac se cicatrise promptement, mais le catarrhe subsiste.

**Diagnostic.** Il est facile, tellement qu'avec de l'habitude on reconnaît la maladie, alors même qu'elle est au début, avant d'avoir interrogé le patient. On voit un petit ruisseau de larmes accumulées tout le long du cul-de-sac oculo-palpébral inférieur, lorsque le malade tient les paupières écartées quelques instants. Au niveau du grand angle de l'œil, au lieu d'une dépression, on remarque une légère élévation, et, lorsque le catarrhe est ancien, une véritable tumeur. Vient-on à comprimer la région saillante, ou pratique-t-on une injection d'eau tiède par le point lacrymal inférieur, on fait refluer, par les points lacrymaux, tantôt un liquide ressemblant à une solution épaisse de gomme, tantôt un liquide trouble mélangé de mucosités, tantôt enfin du pus.

**Etiologie.** Les femmes sont incomparablement plus souvent atteintes de phlegmasies de la muqueuse du sac lacrymal que les hommes. L'affection se développe à tous les âges de la vie. Les professions qui exigent l'application continue des yeux, telles que celles de couturière, de lingère, de giletière, sont notées pour la majeure partie des femmes affectées. La constitution des malades est généralement bonne; j'ai même observé le catarrhe du sac chez des femmes fortement constituées.

**Pronostic.** Cette affection a plusieurs inconvénients; le larmolement est incessant, et quelquefois assez prononcé pour gêner l'exercice de la vision. A un degré avancé, la production d'une tumeur au grand angle de l'œil occasionne une véritable difformité. Ajoutez que l'existence du catarrhe expose les malades à être affectés, d'un moment à l'autre, d'une dacryocystite aiguë, et par suite d'une fistule du sac.

**Traitement.** Pour guérir le catarrhe du sac lacrymal, il faut de toute nécessité modifier la vitalité de la muqueuse qui tapisse cette cavité; on ne peut arriver à ce résultat, qu'en portant des topiques dans l'intérieur de l'organe. Il est difficile de comprendre que les injections dans le canal lacrymo-nasal, qui ont donné de si beaux résultats à Anel, soient aujourd'hui tombées dans un discrédit complet. Si ce mode de traitement a été généralement abandonné, c'est qu'on n'a pas saisi l'indication précise à remplir dans ces cas. Préoccupé par l'idée d'un rétrécissement du canal

nasal, on a employé les injections à travers les voies lacrymales pour déboucher le canal, afin de rétablir le cours des larmes. On en a fait un moyen purement mécanique au lieu de s'en servir comme d'un puissant modificateur de la vitalité de la muqueuse du sac. Pour réussir avec les injections, il fallait employer un topique qui eût la propriété de changer la sécrétion morbide dont le sac est le siège. J'ai usé de divers remèdes pour tarir cette sécrétion, et je me suis définitivement arrêté à un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'eau distillée. Sur les diverses malades qui ont été traitées par ce moyen (voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 266 et suiv.), il a fallu un nombre d'injections variable pour obtenir la guérison. Chez l'une d'elles, une seule injection a suffi; chez les autres, il a fallu deux, trois, quatre, cinq, et une fois même jusqu'à huit injections. Je n'ai pas trouvé qu'il existât une relation rigoureuse entre la nature du liquide sécrété par le sac et le nombre d'injections iodées pour guérir le catarrhe. Ainsi, tandis que dans un cas franchement purulent, deux injections ont suffi, dans un autre cas où le sac ne renfermait qu'un liquide visqueux, mélangé de mucosités, il a fallu huit injections; dans un cas où le sac contenait du muco-pus, il a fallu deux injections; dans un autre tout à fait semblable, il a été nécessaire d'en pratiquer cinq.

Il ne faut pas s'attendre non plus à observer, sous l'influence des injections iodées, des modifications régulières dans la nature de la sécrétion fournie par le sac lacrymal. Tantôt le muco-pus ou les mucosités sont remplacées par un liquide purulent; tantôt encore on voit la sécrétion changer plusieurs fois de caractère après chaque injection, redevenir muco-purulente après avoir été visqueuse. J'ai constaté, dans d'autres cas, la persistance de la même sécrétion pendant toute la durée du traitement.

Lorsque la teinture d'iode reflue sur la conjonctive scléroticale, il se manifeste une douleur violente et, après quelques minutes, un chémosis séreux tout autour de la cornée, un œdème des paupières. La cornée a même pris, dans un cas, une teinte jaunâtre qui ne me laissa pas sans inquiétude pendant les premières vingt-quatre heures. Cet accident n'offre aucune gravité; il suffit de faire lotionner l'œil avec de l'eau froide pendant plusieurs heures, pour que la douleur se dissipe, et généralement la réaction qui se manifeste du côté de la conjonctive scléroticale est elle-même modérée. Toutefois pour prévenir une douleur trop vive, il faut, en poussant l'injection par le point lacrymal inférieur, s'arrêter dès que quelques gouttes du liquide apparaissent au niveau du point lacrymal supérieur et projeter immédiatement sur la conjonctive un jet d'eau froide.

Le contact de la teinture d'iode avec la surface interne du sac produit des effets variables. Chez le plus grand nombre des malades, il se manifeste une réaction modérée, une véritable dacryocystite subaiguë. Chez d'autres, la phlegmasie est plus intense, et j'ai observé dans un cas une dacryocystite avec formation de pus phlegmoneux. Chez tous les malades, les voies lacrymales sont restées perméables après la guérison. Chez deux seulement, le conduit lacrymal inférieur s'est rétréci, mais non oblitéré, dans une partie de son étendue, bien que le point lacrymal conservât ses



dimensions normales. Dans les deux cas, l'injection d'eau poussée par le point lacrymal supérieur passait dans la narine. Le larmolement a diminué à mesure que le catarrhe du sac s'améliorait, et chez la plupart des sujets il a complètement disparu; chez quelques-uns, il a persisté à un degré insignifiant.

Le traitement du catarrhe du sac par les injections iodées me semble impraticable chez les petits enfants. Qu'on emploie la douceur ou la menace, on n'arrive pas à obtenir d'eux qu'ils laissent introduire une canule d'Anel dans l'un des points lacrymaux. Ils crient, se débattent, et quelques efforts qu'on fasse pour les maintenir solidement, on n'arrive pas au résultat désiré.

Une circonstance qui est aussi de nature à apporter quelque obstacle au traitement du catarrhe du sac par les injections iodées, c'est l'étroitesse excessive des points lacrymaux, étroitesse telle que ces ouvertures n'admettent pas la canule la plus fine. Dans les cas de ce genre, après avoir dilaté l'orifice avec un fil métallique argenté, on incise, avec des ciseaux fins, l'origine du conduit, ce qui permet d'y introduire la canule.

Le catarrhe du sac n'est pas la seule lésion de cet organe qui guérisse par les injections iodées. Les *fistules du sac*, appelées communément *fistules lacrymales*, se cicatrisent également sous l'influence de ces topiques, en même temps que disparaît le catarrhe, dont ces fistules ne sont qu'un des modes de terminaison. Lorsqu'on ne juge pas convenable de traiter le catarrhe du sac par les injections iodées, on peut, après avoir ouvert le sac, introduire dans celui-ci un grain de *caustique de Canquoin* qu'on y laisse séjourner jusqu'à l'élimination de la petite escarre, et on se contente de pratiquer pendant plusieurs semaines des injections aqueuses par le point lacrymal inférieur.

**Des rapports qui existent entre le catarrhe du sac et les affections désignées sous les noms de tumeur et de fistule du sac lacrymal.** Les chirurgiens contemporains sont divisés d'opinions relativement au mode de formation de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal. Les uns, restés fidèles à la doctrine de J.-L. Petit, persistent à en vouloir trouver le point de départ dans des rétrécissements du canal nasal. Suivant eux, ces rétrécissements mettent obstacle au cours des larmes; celles-ci s'accumulent dans le sac, qu'elles distendent peu à peu; ne pouvant s'écouler au dehors, elles irritent par leur présence la muqueuse, déterminent la formation d'une phlegmasie; puis, à un moment donné, le sac considérablement distendu se perfore pour donner passage aux larmes, d'où la formation d'une fistule, entretenue elle-même par le passage des larmes tant qu'on ne rétablit pas le cours naturel de ces dernières.

Les autres admettent qu'il y a, dans la production de la tumeur et de la fistule du sac, un élément inflammatoire, sans se rendre précisément compte de la nature de cette phlegmasie.

Nous croyons avoir suffisamment démontré ailleurs (*Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 277 et suiv.) que les affections désignées sous les noms de

*tumeurs et fistules du sac lacrymal, de tumeurs et de fistules lacrymales, sont dans le plus grand nombre des cas la conséquence d'une phlegmasie catarrhale du sac lacrymal; que les rétrécissements du canal nasal sont un phénomène accessoire dans ces maladies.*

## ARTICLE IV.

**Inflammation du canal nasal.**

Cette inflammation a pour effet de produire la tuméfaction de la fibromuqueuse qui tapisse le canal; et comme cette membrane ne peut se développer en dehors, arrêtée qu'elle est dans ce sens par des parois osseuses qui l'entourent, elle se boursoufle en dedans, d'où résulte une diminution dans le calibre, et parfois un effacement de la lumière du conduit. Il est facile de s'en assurer au moyen d'une injection aqueuse poussée par les points lacrymaux: le liquide reflue en partie ou en totalité, selon que le canal nasal est oblitéré plus ou moins. Dans tous les cas, les larmes éprouvent le même obstacle que les injections, à suivre le cours naturel; il en résulte un larmolement plus ou moins abondant, quelquefois prononcé seulement au moment où la sécrétion lacrymale redouble d'activité, et à peine apparent dans les circonstances ordinaires de la vie. Que l'on se pénétre de cette idée que les rétrécissements et même l'oblitération du canal nasal n'entraînent pas *fatalement* la formation d'une tumeur du sac, qu'ils ne donnent lieu le plus souvent qu'à des troubles fonctionnels peu marqués.

A l'état aigu, l'inflammation du canal nasal réclame un traitement antiphlogistique local, notamment des sangsues dans la narine correspondante, des onctions hydrargyriques sur le côté correspondant du nez, des fumigations émollientes par la narine. A l'état chronique, j'ai employé les onctions avec la pommade à l'iodure de potassium; j'ai aussi essayé, avec quelque succès, les fumigations de vapeur de teinture d'iode par la narine.

## ARTICLE V.

**Inflammation des os qui forment le canal lacrymo-nasal.**

L'os unguis, l'apophyse montante du maxillaire supérieur, le cornet inférieur, qui forment le canal nasal, peuvent, comme les autres points du squelette, être affectés d'une inflammation qui tantôt prend son origine dans le périoste, tantôt dans le tissu osseux. Dans l'un et l'autre cas, il en résulte des altérations variées connues sous les noms d'*ostéite*, de *carie*, de *nécrose*.

Les conséquences en sont variables, d'après le siège de l'affection. Celle-ci occupe-t-elle l'os unguis, il se développe un abcès ossifluent en arrière du sac; ce dernier participe tôt ou tard au travail inflammatoire, d'où la