

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 escharre, 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

formation d'une tumeur au grand angle. A une époque plus avancée, l'abcès s'ouvre dans la cavité du sac, dont la paroi antérieure ou cutanée ne tarde pas à s'ulcérer et à livrer passage au pus. Lorsque l'affection est arrivée à cette période, si on introduit un stylet par la fistule, on trouve des parties osseuses cariées ou nécrosées. La suppuration continue et la fistule persiste jusqu'à ce que les portions osseuses malades soient éliminées; alors la fistule du sac se cicatrice communément.

On a prétendu que la carie de l'os unguis était la conséquence de la tumeur lacrymale, ou, si l'on aime mieux, de la dacryoblennorrhée. Si la présence du pus dans le sac pouvait occasionner la carie de l'unguis, on rencontrerait des lésions osseuses beaucoup plus souvent; car, nous l'avons déjà dit, il y a des sujets chez lesquels le catarrhe du sac dure des années; cependant la lésion osseuse est relativement très-rare. Il y a donc tout lieu d'admettre que cette altération a précédé ou s'est développée conjointement avec la phlegmasie du sac et qu'elle n'en est pas la conséquence.

Les lésions de la portion osseuse du canal lacrymo-nasal se rencontrent chez les sujets scrofuleux et chez ceux qui sont sous l'influence d'une diathèse syphilitique. Elles sont caractérisées par une tuméfaction qui occupe non-seulement le grand angle de l'œil, mais encore les côtés du nez, et même une portion du maxillaire supérieur; ce gonflement est plus profond et moins bien circonscrit que celui qui caractérise l'affection du sac. Il y a parfois aussi, dans ces cas, de vives douleurs. Au début, il n'existe aucun trouble dans l'excrétion des larmes; plus tard, soit que le gonflement des portions osseuses entrave le cours naturel des larmes, soit que la phlegmasie se communique à la muqueuse du sac, il survient du larmolement, puis apparaît une tumeur du sac offrant tous les caractères de ce qu'on appelle *tumeur lacrymale*. Celle-ci s'ouvre à l'extérieur et laisse échapper un pus de *mauvaise nature*. Si, à cette époque, on introduit un stylet à travers la fistule, on constate l'altération de l'os unguis ou de l'apophyse montante du maxillaire.

Lorsque l'affection se montre chez un sujet scrofuleux, la marche en est lente; aussi, toutes les fois qu'une fistule du sac persiste avec opiniâtreté, malgré l'emploi d'un traitement méthodique, doit-on rechercher s'il n'existe pas quelque lésion osseuse qui entretient la suppuration.

Traitement. Il comporte deux indications: combattre l'état général, la diathèse strumeuse ou syphilitique, par un traitement approprié; modifier l'état local par une médication topique convenable.

Lorsque le malade ne présente pas les apparences d'une diathèse strumeuse, on arrive parfois à dissiper promptement tous les phénomènes qui accusent une ostéite du canal lacrymo-nasal, en administrant l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes par jour. Le gonflement et les douleurs de la région affectée diminuent en quelques jours. Chez les sujets *scrofuleux*, la médication précédente est loin de donner des résultats aussi prompts. L'ostéite se termine le plus souvent par carie ou par nécrose. Dans ces cas, en même temps que l'on emploie les moyens généraux anti-strumeux, il faut chercher à modifier l'état local par des topiques appro-

priés, notamment des excitants. C'est aussi dans ces conditions que le cautère actuel, tant préconisé par les anciens chirurgiens, trouve une application heureuse. Le fer rouge modifie puissamment la vitalité des tissus malades, convertit les portions osseuses cariées en nécrose et favorise leur élimination. Dès que l'affection osseuse est guérie, la fistule du sac se ferme, à moins que la muqueuse de ce réservoir ne soit elle-même affectée, auquel cas il convient d'employer les injections de teinture d'iode.

ARTICLE VI.

Tumeur et fistule du sac lacrymal.

On donne le nom de *tumeur du sac lacrymal* à la distension du sac, soit par des mucosités, soit à la fois par des mucosités et des larmes. Pendant longtemps on a pensé, et beaucoup de chirurgiens croient encore, que cette distension du sac est formée dans le principe par une accumulation de larmes; que ce n'est que par le séjour prolongé de ces dernières que la muqueuse du sac s'enflamme et sécrète des mucosités abondantes. De là le nom fort impropre de tumeur *lacrymale* donné à cet état morbide. Il y a là une erreur facile à vérifier. A quelque période qu'on examine une tumeur de ce genre, alors même que la tuméfaction est à peine apparente, la pression fait déjà refluer des *mucosités* par les points lacrymaux. Ce sont donc ces mucosités qui jouent le rôle principal dans le mécanisme de la production de la tumeur. Une autre circonstance qui a dû favoriser la méprise, c'est que, dans certaines tumeurs du sac, on trouve un liquide clair et visqueux, semblable à une solution de gomme. On a pensé que ce liquide est le résultat du séjour des larmes, dont les parties les plus fluides sont soumises à la résorption. On ne soupçonnait pas que ce liquide filant fût sécrété par les glandes de la muqueuse du sac (voy. dans notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 241 et 242, les figures représentant la structure de ces glandes), parce qu'on ne connaissait pas ces glandes. Et puis l'analogie, qui sert quelquefois, mais qui trompe aussi, était intervenue pour faire comparer l'appareil excréteur des larmes à l'appareil excréteur de l'urine. La vessie se distendant chez les sujets qui ont un rétrécissement de l'urètre, par l'arrivée incessante de l'urine, on pensait que le sac lacrymal doit aussi se distendre par l'arrivée incessante des larmes, alors qu'il existe une coarctation du canal nasal. Sans rechercher si cette coarctation a lieu réellement, on l'admit, parce qu'on en avait fait une nécessité pour expliquer le mode de production de la tumeur. La dénomination de tumeur *lacrymale* paraissait donc surabondamment justifiée.

On appelle *fistule* du sac lacrymal une ouverture anormale, placée généralement au niveau du grand angle de l'orbite, et qui donne passage à des mucosités, à du muco-pus, mélangés de larmes; jamais à des larmes seulement. L'assimilation fautive de cette fistule aux fistules *urinaires*, qui, ainsi qu'on le sait, sont entretenues par le passage incessant de l'urine, a