

Les points lacrymaux sont quelquefois beaucoup plus dilatés que de coutume : j'en ai vu dont le diamètre était quatre ou cinq fois plus grand qu'à l'état normal ; si on les touche, comme cela arrive lorsqu'on cherche à y introduire un stylet ou la canule de la seringue d'Anel, ils ne se contractent pas.

On observe ordinairement cette maladie à la suite des ophthalmies de longue durée, ou bien après un commencement d'engorgement des voies lacrymales, datant déjà de loin.

Comme M. Stœber (*loc. cit.*, page 27), j'ai vu la paralysie des points accompagner la paralysie des muscles de la face. Mais le plus souvent elle existe chez les vieillards, et n'est alors qu'un des symptômes du relâchement général qui caractérise la décrépitude. Lorsque cette affection se rencontre chez les jeunes gens, elle est produite, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, par les maladies du sac, et par l'introduction, trop souvent répétée, de canules à injection ou de sondes dans les conduits.

Le traitement de la dilatation des points lacrymaux consiste dans l'emploi des collyres astringents, et surtout dans celui de quelques pommades légèrement excitantes, qu'on introduit dans l'œil. Les frictions spiritueuses sur les paupières avec l'eau de Cologne, le baume de Fioraventi, l'eau-de-vie, les huiles essentielles, de même que les douches avec mon irrigateur oculaire, m'ont quelquefois réussi dans les cas encore peu avancés, et ont fait complètement disparaître le larmoiement ; mais j'ai toujours échoué sur les vieillards et sur les personnes atteintes de paralysie incurable d'un côté de la face.

### SECTION TROISIÈME.

#### Maladies des parties molles avoisinant le sac lacrymal.

Le grand angle de l'œil, plus fréquemment peut-être que d'autres parties de la face, est atteint de maladies diverses, presque toutes légères, il est vrai, sauf les affections cancéreuses, et qui prennent un intérêt véritable aux yeux du praticien à cause du voisinage du sac lacrymal et des conduits. Quelques unes de ces maladies, en effet, peuvent être assez facilement confondues, les unes avec les inflammations aiguës du sac et les fistules, les autres avec les tumeurs lacrymales.

C'est donc surtout au point de vue du diagnostic différentiel, par conséquent du pronostic et du traitement, que nous allons nous occuper très brièvement de ces maladies, parmi lesquelles nous décrirons l'*inflammation avec ses suites, l'abcès et la fistule cutanée, et les tumeurs.*

### ARTICLE PREMIER.

#### INFLAMMATION DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE DU GRAND ANGLE.

Cette inflammation n'a rien qui puisse la différencier de la même maladie sur d'autres régions. La peau du grand angle de l'œil rougit, devient douloureuse, se tuméfié dans une étendue ordinairement limitée en haut par le tendon de l'orbiculaire, et en dedans par le dos du nez. Les parties voisines sont œdématisées plus ou moins loin, selon l'intensité du mal et la constitution des malades. Les paupières deviennent rouges, l'œil larmoyant, et une sécrétion assez abondante, fournie par la conjonctive, vient se coller aux cils.

Au premier coup d'œil, on est frappé de l'idée que le sac lacrymal s'est enflammé et que l'on a affaire à une inflammation aiguë de cet organe.

Si, pour s'éclairer sur le diagnostic, on touche la peau immédiatement au-dessous du tendon de l'orbiculaire en la pressant légèrement, le malade recule vivement à cause de la douleur qu'on lui occasionne. La pression ne fait rien refluer par les conduits, et malgré cela, cependant, le diagnostic demeure fort obscur. Il devient donc indispensable de pousser plus loin les recherches.

Interrogé sur ses antécédents, le malade répond que son œil n'était pas larmoyant avant cette inflammation ; mais comme beaucoup de malades s'observent mal, et que quelques personnes, atteintes sans s'en douter d'une obstruction du sac, sont prises tout à coup de dacryocystite et de fistule, le chirurgien n'est pas encore suffisamment éclairé. Il devient donc indispensable de faire avec la seringue d'Anel une injection qui, le plus souvent, lèvera tous les doutes. Si l'eau parvient aisément dans les narines, on en devra conclure que le sac n'est pas intéressé et que la maladie se borne à une inflammation phlegmoneuse de la peau et du tissu cellulaire du grand angle, à cette maladie que les auteurs ont

nommée *anchilops*, et que le plus grand nombre ont confondue avec l'inflammation du sac lacrymal.

Il est des cas assez nombreux cependant, et je me hâte de le dire, dans lesquels la peau est tellement tendue, que le sac se trouve légèrement comprimé et que l'injection ne peut passer dans les narines, et d'autres où la sensibilité du malade est telle que toute tentative d'injection doit être différée.

L'inflammation qui nous occupe, arrivée aux limites que nous lui avons assignées, s'accompagnera assez souvent de fièvre, de céphalalgie, de perte d'appétit et de sommeil, et devra être traitée d'abord par quelques sangsues appliquées sur le siège du mal, par des cataplasmes émollients, des pommades résolutives, comme l'onguent napolitain, des purgatifs et une diète convenable. Après quelques jours elle se terminera assez souvent par la résolution, que l'on favorisera par les moyens ordinaires, ou par un abcès et par une fistule sans communication avec le sac lacrymal. C'est cette double terminaison qu'il nous reste à étudier.

---

## ARTICLE II.

### ABCÈS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE DU GRAND ANGLE.

L'inflammation que nous venons de décrire, au lieu de diminuer et de disparaître peu à peu, augmente quelquefois avec une rapidité assez vive; le centre de la partie enflammée rougit de plus en plus et s'élève; les parties voisines sont souvent alors frappées d'un érysipèle qui s'accompagne d'un malaise général, de fièvre et d'une céphalalgie insupportable. Les paupières rougissent davantage, les conjonctives sont baignées de larmes et de mucosités très abondantes; le malade *a la narine très humide* et est obligé de se moucher à chaque instant, ce que l'on ne voit pas toujours, mais ce que l'on observe pourtant quelquefois dans l'inflammation aiguë du sac.

Enfin, et si l'on n'a pas ouvert la tumeur, ce que l'on doit toujours faire aussitôt que possible pour éviter de plus grands désordres du côté de la peau, celle-ci s'élève de plus en plus, devient luisante en même temps que la rougeur est plus foncée; on sent une fluctuation distincte, et l'on aperçoit plus ou moins loin du tendon de l'orbiculaire, ordinairement dans la région du sac, un

point jaunâtre ramolli qui va bientôt donner issue au pus contenu entre le sac et la peau.

C'est au moment d'ouvrir avec le bistouri et de commettre la grave erreur de pratiquer l'opération de la fistule qu'il convient de se rappeler l'existence de la maladie que nous décrivons; qu'il faut, avant de se servir de l'instrument tranchant, s'assurer par la pression que le pus ne reflue pas par les conduits lacrymaux, et que l'on doit se hâter de faire une injection. Si, malgré ces moyens d'exploration, on demeure encore dans le doute, il faut au moins ponctionner superficiellement, et dans une petite étendue, pour ne pas attaquer le sac qui n'est pas malade, et ne pas regretter d'avoir commis une erreur dont les suites sont véritablement déplorables, car on est ainsi conduit à faire le pansement de la fistule.

L'injection d'eau tiède faite par les points aussitôt après l'évacuation du pus par une ponction superficielle lèvera immédiatement tous les doutes; s'il n'y a pas fistule du sac, cet organe, n'étant plus comprimé, le liquide pénétrera aisément dans les narines; s'il y a fistule, au contraire, l'eau passera avec le reste du pus par la petite plaie pratiquée à la peau.

Une fois qu'on a ouvert l'abcès et qu'on s'est assuré qu'il n'y a point de communication avec le sac, on panse à plat avec un peu de charpie sèche, et la guérison s'obtient en quelques jours.

---

## ARTICLE III.

### ULCÉRATION FISTULEUSE DE LA PEAU DU GRAND ANGLE.

Lorsque l'abcès dont nous venons de nous occuper s'est ouvert seul et que le pus s'est écoulé, la peau, amincie et décollée dans une assez grande étendue quelquefois, présente une ulcération à bords frangés, de couleur sombre, et offrant un trajet fistuleux que le stylet ne peut pas toujours parcourir complètement, comme cela arrive pour les fistules du sac. Les parties voisines sont engorgées plus ou moins loin, et la ressemblance de l'ulcération qui nous occupe avec la fistule est telle, au toucher et à la vue, que si l'on ne fait une injection dans les conduits, il est impossible de savoir si le sac est ou non intéressé.

On me pardonnera, je l'espère, de rester si longtemps sur un

sujet en apparence si peu important, et qui pourtant mérite toute l'attention du praticien, car j'ai vu de ces fistules mal traitées durer plusieurs mois. En voici un exemple :

*Observation.* — Un ouvrier d'environ trente ans se présente à ma clinique dans le commencement du dernier semestre de 1852.

Il me raconte qu'il a été pris d'une violente inflammation au grand angle de l'œil gauche il y a trois mois, que la peau s'est ouverte après quelques jours, et que depuis lors il lui est resté l'ulcération que je vois. Il a consulté plusieurs médecins, tous lui ont proposé de l'opérer de sa fistule en lui disant que le traitement durerait peut-être six à huit mois, et il ajoute qu'ayant besoin de son travail il a reculé devant la proposition qui lui était faite.

J'examine de près l'ulcération et je reconnais qu'elle présente de nombreuses sinuosités que le stylet ne peut pas facilement parcourir. Je presse sur ses bords, rien ne reflue par les conduits d'ailleurs d'apparence normale; et soupçonnant que le sac n'est pas intéressé, je pratique dans le conduit inférieur une injection qui passe tout entière dans la narine.

Complètement rassuré sur l'état du malade, j'enlève à coups de ciseaux ce que je puis atteindre des bords de l'ulcération, puis j'en cautérise le fond avec du nitrate acide de mercure coupé avec 10 parties d'eau, Huit jours après la cicatrice était complète.

Guérin a observé un cas tout semblable.

*Observation.* — « J'ai vu, dit-il (1), durer le traitement d'une fistule au grand angle près de trois mois; on n'était point étonné de cette longueur, parce que la fistule passait pour lacrymale. L'occasion me permit de désabuser les gens intéressés, et de les convaincre ou de l'ignorance, ou de la fourberie de celui qui s'était chargé de la cure. Je craignis d'autant moins de dire mon sentiment que ce chirurgien prétendu, qui ne tenait à rien, avait déjà donné prise à sa conduite. La fistule fut guérie en peu de jours. »

*Observation.* — Une jeune fille de six ans me fut adressée par M. de Barthez, médecin des hôpitaux, dans le commencement de l'année 1852, pour une affection semblable. Il y avait dans le grand angle de l'œil une ulcération assez étendue, accompagnée de gonflement des parties voisines, donnant une certaine quantité de pus et ne se cicatrisant pas. Était-ce une fistule lacrymale? L'aspect des parties, le commémoratif, la constitution de l'enfant,

(1) *Traité des maladies des yeux*, p. 91, note.

tout pouvait le faire croire; mais comme l'œil n'était pas larmoyant, que la pression ne faisait rien sortir par les conduits, j'eus recours à une injection.

Cette petite opération, bien difficile à pratiquer sur un enfant, me donna la conviction que mes doutes étaient fondés et que le sac était intact. En effet, je fis quelques cautérisations, je pansai à plat, et après une quinzaine de jours la petite malade fut guérie.

*Observation.* — Le 20 décembre 1852 on apporte à ma clinique le garçon Mathieu, âgé de trois ans et demi, demeurant route de Montreuil, 141.

Cet enfant est atteint d'une ulcération fistuleuse de la peau au-dessous du tendon de l'orbiculaire; depuis plus d'un mois, malgré les soins qu'il a reçus, la plaie ne se guérit pas et continue à donner du pus en petite quantité.

Je crus d'abord, comme les médecins présents, avoir affaire à une fistule lacrymale; mais quelques doutes s'étant élevés dans mon esprit, je pratiquai une injection et me convainquis, comme dans les cas précédents, que le sac lacrymal était sain.

Le petit malade se guérit complètement par les mêmes moyens et en quelques jours.

Lorsque l'abcès a envahi tout le tissu cellulaire placé entre la peau et le sac, et que la première a subi de grands désordres, il arrive le plus souvent que l'on remarque au-dessous du tendon de l'orbiculaire une certaine dépression assez analogue à celle que l'on voit, dans la même région, après les dacryokystites suppurées. Si l'on touche ces parties, on reconnaît aisément que la peau est adhérente au sac dans le point le plus déprimé, et, par une injection, on constate que les voies lacrymales sont parfaitement libres. Tel fut le cas de l'homme qui fait le sujet de l'une des observations que je viens de rapporter et du sujet dont l'œil a été représenté par d'Ammon dans son Atlas (voy. pl. 26, fig. 8). Le même auteur a représenté encore l'abcès et l'ulcération (*anchilops* et *agilops*) dans les figures 5, 6 et 7 de la même planche.

#### ARTICLE IV.

##### TUMEURS ENKYSTÉES DU GRAND ANGLE DE L'ŒIL.

On trouve dans le grand angle de l'œil, de même que dans d'autres régions, des exemples de tumeurs diverses. On y ren-

contre aussi certaines tumeurs enkystées que leurs caractères extérieurs, leur couleur, leur volume, le lieu qu'elles occupent, la fluctuation qu'on y remarque, etc., peuvent faire prendre tout d'abord pour des tumeurs lacrymales anciennes, et spécialement pour la variété que l'on a nommée tumeur lacrymale enkystée ou *mucocèle*. On désigne ainsi une tumeur formée dans le sac, mais que la pression ne peut plus vider ni par les points lacrymaux, ni par les narines.

Je me bornerai à citer deux faits de ce genre : l'un observé par moi sur le vivant, à ma clinique ; l'autre sur le cadavre, par M. le professeur Hubert Rodrigues, de Montpellier, qui considère comme une bourse synoviale au-devant du sac lacrymal la tumeur dont il a fait la description, et qui, en même temps, semble mettre en doute l'existence du *mucocèle*.

Voici d'abord le cas que j'ai observé récemment et qui ressemble à un assez grand nombre de faits semblables que j'ai eu l'occasion d'étudier, cette maladie étant loin d'être rare.

*Observation.* — Le garçon Fauchard, âgé de onze ans, rue du Bois, 5, à Chaillot, est conduit à ma clinique le 24 novembre 1852.

Il est atteint depuis plusieurs mois déjà de l'affection pour laquelle on vient me consulter. La tumeur dont on voudrait le débarrasser, et qui est placée dans le grand angle de l'œil, aurait pris depuis un mois ou deux un plus grand développement.

Ce garçon est très fort pour son âge, il se porte bien et n'est pas incommodé par sa maladie. L'œil est sec, il ne pleure pas, et la pression de la tumeur ne fait pas refluer de larmes par les conduits.

Cette tumeur, du volume et à peu près de la forme d'un haricot, est placée au-dessous du tendon de l'orbiculaire et s'étend exactement sur le sac lacrymal. Elle est indolente, insensible à la pression, fluctuante ; la peau qui la recouvre paraît amincie et est parcourue de vaisseaux capillaires assez nombreux, ce qui lui donne une couleur violacée générale très prononcée.

Le sac lacrymal est-il intéressé dans cette affection, dont la ressemblance avec certaines tumeurs lacrymales est frappante ? C'est ce que je me mets en devoir de rechercher. Je comprime avec soin la tumeur sans pouvoir la vider ; les conduits sont sains, la narine entièrement libre ; une injection pénètre sans difficulté, le sac est donc parfaitement sain.

Cette recherche faite, la tumeur est ouverte dans toute son

étendue ; il en sort un liquide filant, fort épais, de couleur un peu jaunâtre ; un crayon de nitrate d'argent est promené dans la cavité, et, après douze ou quinze jours, la guérison est complète.

Voici maintenant le fait de M. Rodrigues (1), observé sur le cadavre.

*Observation.* — « Un homme âgé de soixante-dix ans, portant depuis longues années une tumeur à la racine du nez, dans l'angle interne palpébral, mourut des suites d'une fracture du col du fémur. Une dissection attentive de la tumeur nous montra, au-dessous de la peau, quelques fibres musculaires pâles et écartées les unes des autres appartenant au muscle orbiculaire ; un sac olivaire distendu par un liquide, sa grosse extrémité située au-dessous du tendon de l'orbiculaire, sa petite extrémité soulevant ce tendon ; le liquide contenu était une sérosité trouble. Ce kyste, ayant été vidé par sa face antérieure, semblait être le sac lacrymal lui-même ; mais par une expérience bien simple, il nous fut facile de nous assurer qu'il n'en tenait que la place et que le sac était bien conservé. Ainsi, ayant poussé une injection d'eau par le canal correspondant, le sac lacrymal se remplit et refoula en avant la paroi postérieure du kyste ouvert. Il y avait isolement complet du sac lacrymal et du kyste ; leurs parois correspondantes étaient unies par un tissu cellulaire serré.

« Ce fait, continue l'auteur, observé en 1833, fut communiqué à plusieurs de mes amis, et il en fut question dans une thèse soutenue à Montpellier. Je vous le signale, monsieur le rédacteur, parce que je lui crois une grande importance. Vous savez que Weller a appelé *hydropisie du sac* la tumeur lacrymale qui semble formée par un kyste complet, la compression ne faisant refluer l'humeur qu'il contient ni par le nez ni par les points lacrymaux. Je crois que l'hydropisie du sac, c'est-à-dire la transformation du sac en un kyste imperforé contenant un liquide, est une maladie rare ; mais ce que je crois plus fréquent, c'est la présence d'un kyste séreux entre la face antérieure du sac et le tendon réfléchi du muscle orbiculaire, kyste qui efface le sac par son développement. Je crois, en outre, que ce kyste n'est que l'expression pathologique d'une petite poche synoviale existant normalement entre la paroi fibreuse du sac et le muscle orbiculaire, au-dessous du tendon direct. »

(1) Voy. *Annales d'oculistique*, t. XIV, p. 25.

Cette observation de M. Rodrigues présente en effet un grand intérêt, car elle prouve que le sac lacrymal peut être tellement comprimé par les kystes qui se développent à sa face antérieure, que les larmes n'arrivent plus dans les narines. Je regrette cependant que l'auteur, tout en disant que l'injection poussée avec force refoulait la paroi antérieure du sac contre celle du kyste, ne paraisse pas s'être assuré qu'elle finissait par arriver à l'extrémité de ce conduit.

Je dois encore faire cette remarque, que certainement les kystes comprimant le sac comme dans l'observation de M. Rodrigues sont beaucoup plus rares que le mucoèle, variété de tumeur lacrymale enkystée signalée par Weller et d'autres auteurs, et dont l'existence ne peut être mise en doute.

#### ARTICLE V.

##### CANCROÏDE ET CANCER DU GRAND ANGLE DE L'OEIL.

Le *cancroïde*, si bien décrit par M. Lebert (*loc. cit.*, p. 611), attaque assez fréquemment le grand angle de l'œil, et je m'étonne de n'en pas trouver d'exemples dans les cas cités dans l'ouvrage de ce savant et consciencieux médecin. Au début, là comme ailleurs, on aperçoit une petite papule ou un petit bouton d'apparence verruqueuse, le plus ordinairement aplati, jaunâtre, à base assez large et s'élevant à peine au-dessus du niveau de la peau. Les contours de ce petit bouton sont quelquefois très minces et peuvent être assez facilement soulevés avec l'ongle; d'autres fois le contraire arrive, et ces contours sont de tout point fixés sur la peau.

La tumeur, à peine visible, n'attire pas l'attention des malades, qu'elle ne gêne pas; mais les frottements ou toute autre cause en irritent la surface, et l'on voit alors survenir une desquamation plus ou moins étendue. Bientôt la peau se fendille au niveau de la tumeur, de petites crevasses se forment; la tumeur, jusque-là unique, se lobule, et conséquemment se multiplie; elle devient rougeâtre, plus saillante, et peut demeurer en cet état un temps excessivement long.

Mais assez souvent, au contraire, elle s'étend rapidement en largeur, couvre bientôt toute la région du sac, et enveloppe peu à

peu le grand angle de l'œil, passant ainsi de la paupière inférieure à la supérieure. Il y a des démangeaisons, des cuissons plus ou moins vives. C'est alors que la surface s'ulcère dans un point ou dans plusieurs points à la fois, et qu'elle se recouvre de croûtes que le malade enlève en vain, car elles se reproduisent avec une désespérante ténacité.

L'ulcération, une fois formée, fait quelquefois de rapides progrès; j'ai vu plusieurs fois tout le grand angle de l'œil, le sac et le tendon de l'orbiculaire à nu, dans d'autres la caroncule et la muqueuse envahies par le mal et même l'œil complètement détruit.

Le *cancer* de la peau du grand angle venant presque constamment de l'extension du cancer de la caroncule ou de celui des paupières, nous ne nous en occuperons pas ici. (Voy. *Encanthis et cancer des paupières*.)

Le cancroïde doit être enlevé de bonne heure avec le bistouri en ayant le plus grand soin de le circonscrire dans les parties saines; autrement il se reproduirait souvent avec une grande rapidité. Je l'ai assez souvent guéri par plusieurs applications successives de la pâte arsenicale du frère Côme, modifiée par M. Manec, et par le chlorure de zinc. Chez une femme qui s'est présentée cette année à ma clinique avec une ulcération étendue et assez profonde, dans laquelle tout le grand angle de l'œil était engagé, j'ai d'abord employé la pâte arsenicale et plus tard le caustique de Vienne solidifié par Filhos. La guérison se fit attendre pendant plus de deux mois. J'avais craint longtemps, en employant ces caustiques, de voir survenir un renversement des paupières en dehors (*ectropion*), mais cela n'arriva point. Six mois après sa guérison, que j'avais crue complète, je revis cette femme; elle présentait à la paupière supérieure un commencement de récidive. J'eus recours cette fois encore au caustique Filhos, que je portai jusque dans les parties saines, et je suis fondé à croire que le mal a tout à fait disparu. (J'ai revu cette femme aujourd'hui, 15 septembre 1853; elle est complètement guérie.)