

de dacryocystite chronique suivie d'un *dacryops blennoïdeus* qui s'est présenté chez la femme d'un tailleur. Cette femme mangeant un jour des cerises, un noyau avait pénétré à son insu (peut-être riail-elle en ce moment) dans les fosses nasales par l'un de leurs orifices postérieurs, et s'était arrêté à la partie inférieure du canal lacrymal. La présence de ce corps avait entretenu la maladie pendant neuf mois, lorsqu'il fut découvert par mon ami, M. le docteur Bartky, qui en fit l'extraction, et la maladie cessa aussitôt. » (Weller, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, traduit de l'allemand, Paris, 1828, t. I, p. 188. — Note du bas de la page.)

Il est à remarquer ici que Weller ne dit nullement que ce noyau se soit recouvert de matière calcaire, ce qui prouve que la prédisposition est réellement indispensable à la formation des calculs, et qu'il ne suffit pas qu'un corps étranger se soit arrêté dans un conduit quelconque pour qu'il en résulte une incrustation. L'observation de Weller démontre encore que l'oblitération de la partie inférieure du canal par un corps étranger peut amener à la suite une blennorrhagie du sac lacrymal. D.

DATES PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE DES OBSERVATIONS CITÉES DE DACRYOLITHES FORMÉS DANS LE CANAL NASAL, ET AYANT POUR BASE UN CORPS ÉTRANGER.

1° D. Bartholin, 1634; 2° Ruysch, 1691; 3° Horn, 1788; 4° Kersten, 1823; 5° Weller, édition française, 1828.

ARTICLE V.

INFLAMMATION DES OS ET DU PÉRIOSTE DU CANAL NASAL ET DES OS VOISINS.

L'inflammation des os du canal nasal a été constatée par tous les chirurgiens; mais la plupart des auteurs qui, comme Scarpa et Mackenzie, ont bien décrit les maladies des voies lacrymales, considèrent cette affection comme une conséquence du séjour du pus dans le sac, et non comme la cause primitive de la fistule. Ainsi Scarpa range la carie dans la quatrième période de la fistule lacrymale et Mackenzie dans la cinquième.

La troisième période de la fistule lacrymale se caractérise, dit Scarpa (1), « et par l'inflammation du sac lacrymal occasionnée

(1) Scarpa, t. I, p. 41.

par l'abondance et l'acrimonie de l'humeur qui le remplit, et plus encore peut être par l'extrême distension qu'il éprouve; il suppure et s'ouvre au dehors: alors on voit, entre le nez et l'angle interne de l'œil, une ouverture fistuleuse qui laisse passer les larmes mêlées d'une matière puriforme et d'un véritable pus. C'est à cette troisième période que convient spécialement le nom de fistule lacrymale, surtout si l'ulcère a été longtemps négligé ou mal traité. La quatrième période n'est que la précédente, à laquelle il faut ajouter la carie de l'os unguis et quelquefois de l'ethmoïde. »

Mackenzie est aussi explicite: « Chez les malades qui ont éprouvé de fréquents abcès du sac lacrymal, dit-il (1), et chez qui l'ouverture externe a dégénéré en une fistule, si l'on introduit une sonde pour s'assurer de l'état du canal nasal, l'instrument vient quelquefois immédiatement en contact avec un os dénudé et raboteux, et au lieu de passer avec difficulté le long du trajet du canal nasal, il peut être tourné dans des directions diverses sans difficulté ou avec peu d'obstacle, par suite de la désorganisation non seulement des parties molles, mais encore des os par lesquels elles sont naturellement entourées. L'os unguis et le cornet inférieur sont particulièrement sujets à cet état de carie, qui, quelquefois aussi, s'étend à l'os ethmoïde et à l'os maxillaire supérieur.

« Il y a lieu de penser que dans de tels cas de fistule avec carie, non seulement l'inflammation s'est étendue du sac lacrymal au périoste auquel elle adhère, mais que la matière rassemblée dans le sac lacrymal a traversé la paroi postérieure de ce sac aussi bien que l'antérieure, et a produit de cette manière la désorganisation des os... »

Ces auteurs célèbres, rien n'est plus certain, ont pris ici l'effet pour la cause, et les cas nombreux d'affections du sac consécutives aux maladies des os que j'ai observés ne me laissent aucun doute à ce sujet. Pourquoi, d'ailleurs, l'os unguis, le cornet inférieur, l'ethmoïde, le maxillaire supérieur, ne s'enflammeraient-ils pas primitivement? Pourquoi le sac lacrymal en contact immédiat avec ces os malades ne serait-il pas à son tour pris de maladie? Certainement il est plus simple d'admettre que les parties molles deviennent malades à la suite d'une altération des os, que l'état contraire, que je ne nie pas, mais qui est et doit être beaucoup moins fréquent.

(1) Mackenzie, loc. cit., p. 198.

D'un autre côté, le périoste qui recouvre ces os s'enflamme à l'état aigu, comme nous l'avons vu dans les affections de l'orbite, comme on le voit partout ailleurs, et provoque rapidement une inflammation très vive du sac et une fistule lacrymale chez des personnes qui, jusque-là, n'avaient jamais été incommodées de larmolement.

Que l'on réfléchisse un instant à la succession des phénomènes morbides, et l'on verra que les os sont certainement très souvent atteints les premiers :

Ainsi dans l'*ostéite chronique*, l'os enflammé se gonfle, presse sur le sac lacrymal; celui-ci se tuméfie à son tour par suite de la phlogose dont il est frappé. Les larmes et les mucosités palpébrales qui doivent traverser le sac pour arriver dans la narine sont arrêtées dans leur cours et refluent de bas en haut. Là elles trouvent un obstacle à franchir : la valvule, les conduits, et surtout les mamelons lacrymaux; elles s'accumulent dans la partie supérieure du sac et le distendent. Le malade, pour se débarrasser du larmolement qui l'incommodé, s'essuie l'œil, ou, quand l'affection est plus avancée, presse sur la tumeur lacrymale qui s'est développée et la vide par la narine.

Pendant ce temps, l'os malade dont le périoste a pu être enflammé le premier se dénude et se carie.

De son côté, la partie du sac lacrymal qui l'avoisine, enflammée depuis longtemps, s'ulcère, et une communication directe entre l'os et l'intérieur du sac se trouvant peu à peu établie, la tumeur lacrymale n'est plus qu'une sorte d'*abcès par congestion*. Si la suppuration de l'os et les mucosités fournies par les parties molles trouvent une issue par l'une des ouvertures naturelles du sac, on ne peut voir à l'extérieur qu'une tumeur lacrymale plus ou moins volumineuse, plus ou moins ancienne, donnant des mucosités ou du pus par la pression, pus de bonne ou mauvaise nature, selon qu'il y a au moment de l'observation une sécrétion plus active de l'os ou des parties molles.

Cet état peut durer bien longtemps, des mois, des années même, sans beaucoup de changements apparents.

Que l'on ouvre cette tumeur arrivée à l'état que nous venons de décrire, ou que le pus ne trouvant plus d'issue et jouant le rôle de corps étranger s'en pratique une à travers la peau, qu'une fistule enfin s'établisse, et l'on constatera souvent de grands désordres : le stylet pénétrera ici, à travers l'onguis, jusque dans le

pharynx, comme je l'ai vu maintes fois; là il se perdra dans diverses directions à travers l'ethmoïde et le maxillaire; dans d'autres cas il fera reconnaître que le canal est agrandi outre mesure, et qu'on peut, à travers plusieurs fausses routes pénétrer dans diverses directions plus ou moins parallèles au canal ou plus ou moins obliques, et partout on trouvera devant soi des os cariés.

Le moindre doute ne peut plus exister, tous ces désordres sont le résultat d'une ostéite dont on devra rechercher la cause le plus souvent dans l'état général et non dans une affection ancienne des parties molles.

Si l'on veut maintenant comparer les diverses phases de l'inflammation chronique du sac, dont nous nous occuperons plus loin, aux divers symptômes que nous venons de rappeler, on les trouvera parfaitement semblables, quant à la marche de la maladie et à l'aspect qu'elle offrira. Là aussi il y a d'abord larmolement, suivi à plus ou moins grande distance d'une tumeur lacrymale et d'une fistule. On introduit la sonde, aucun os n'est malade, il n'y a qu'un rétrécissement du sac, et l'on constate que la maladie, malgré une durée souvent de plusieurs années, n'intéresse que les parties molles.

Dans l'un comme dans l'autre cas, aussi bien lorsqu'on a affaire primitivement à une ostéite qu'à une inflammation chronique du sac, les symptômes objectifs sont les mêmes, et le chirurgien ne peut reconnaître le véritable état des choses qu'après l'ouverture spontanée ou artificielle de la tumeur (1).

On trouve une autre preuve à l'appui de mon opinion que la maladie des os est le plus souvent, sinon toujours, primitive, lorsque l'on est appelé à observer une *dacryocystite aiguë*, ou une fistule récente non précédée de larmolement ni d'aucun désordre des voies lacrymales. Là, quand on a pratiqué une ouverture convenable, le stylet démontre que l'os est à nu, que le périoste s'est enflammé à l'état aigu, et que le pus s'est frayé une route à travers le sac et la peau qui la recouvrent. Les cas semblables d'affection du sac lacrymal sont très nombreux, et j'en ai vu de fréquents exemples, entre autres celui que j'ai rapporté plus haut

(1) Cependant, à l'aide d'un stylet, introduit par le conduit lacrymal supérieur, j'ai pu arriver à constater une affection des os avant l'opération. C'est un petit moyen très avantageux que je ne saurais trop recommander et sur l'emploi duquel je reviendrai.

en m'occupant des maladies de l'orbite (voy. p. 183), et qui ne laisse pas le moindre doute sur l'affection primitive des os.

En résumé, l'inflammation *primitive* des os et du périoste du canal nasal est hors de doute.

La cause de cette inflammation doit être le plus souvent, mais non pas toujours, rapportée à une diathèse scrofuleuse ou à des antécédents syphilitiques.

Si l'on ouvre une tumeur lacrymale, récente ou ancienne, et que la sonde indique une carie des os, l'affection des parties molles est le plus souvent, sinon toujours, symptomatique; le pus contenu dans le sac constitue alors une sorte d'*abcès par congestion*.

Les fistules compliquées, c'est-à-dire celles dans lesquelles les parties molles et les os sont malades, ont presque toujours pour origine une maladie de ces derniers, dont la cause doit être recherchée dans l'état général.

L'inflammation *consécutive* des os est très douteuse, et, contrairement à une opinion assez généralement reçue, ne peut dans tous les cas être admise que comme une exception.

Dès qu'une affection des os existe, un traitement général approprié à la constitution ou aux antécédents du malade est indispensable.

Nous avons rapporté et nous citerons dans la suite de ce chapitre des exemples de caries, de fistules osseuses, d'exostoses, qui compléteront ce que nous venons de dire sur l'inflammation des os du canal nasal. On reconnaîtra ainsi que des maladies de l'unguis, de l'ethmoïde, du cornet inférieur, du maxillaire supérieur, des os du nez, du vomer, du sinus maxillaire, jouent le rôle principal dans la production de la tumeur et de la fistule lacrymales. (Voy. *Tumeur, fistule et larmoïement*.)

ARTICLE VI.

OBSTRUCTION, ATRÉSIE, STÉNOCHORIE DU CANAL NASAL.

Le rétrécissement, ou même l'oblitération complète du canal nasal, est le plus souvent produit par l'inflammation de la muqueuse; il existe cependant des cas assez nombreux dans lesquels cet état est dû à un gonflement du périoste ou des os eux-mêmes, à des exostoses le plus souvent syphilitiques, à l'écrasement du

canal par des blessures de la face, à des corps étrangers, à des productions pierreuses (voy. *Rhinolithes*, p. 336 et suiv.), ou enfin à l'atrésie du canal par des maladies du sinus maxillaire ou des fosses nasales.

Les faits d'obstruction par gonflement des os cités par les auteurs, ceux que j'ai observés comme presque tous les chirurgiens, sont nombreux, mais rien n'est plus rare cependant que l'observation appuyée de recherches nécroscopiques. Cependant Travers dit qu'il a trouvé sur des crânes qu'il examinait le canal nasal complètement oblitéré à son orifice supérieur par l'inflammation des os. Mackenzie a confirmé ce fait. J'ai rencontré, dit-il (*loc. cit.*, p. 218), un cas de cette espèce à la dissection, et, ce qui est digne de remarque, c'est que ce sujet, autant que j'ai pu m'en informer, n'avait pas eu beaucoup de larmoïement, peut-être même pas du tout.

Parmi les faits d'oblitération osseuse du canal observés sur le vivant, et qui, conséquemment, laissent beaucoup de doutes fondés, je citerai d'abord ceux dont parle Chélius (1), d'après Jurine, Monro, Schmidt, les deux cas dont on trouve le récit dans la *Clinique* de Dupuytren, et qu'il dit avoir guéris par l'emploi d'un trois-quarts coudé, ceux traités de la même manière par M. Guépin de Nantes (*Annales d'oculistique*, t. XIII, p. 251, et t. XIV, p. 218; et M. Gerdy (*Annales d'oculistique*, t. XVII, p. 45).

Nous reviendrons sur ces causes de fistule lacrymale et sur le traitement lorsque nous nous occuperons de cette affection.

ARTICLE VII.

EXOSTOSES, PÉRIOSTOSES DU CANAL ET DES OS VOISINS.

Ces maladies sont loin d'être rares; cependant il n'est pas toujours facile d'en constater la présence, parce que la tumeur est parfois très petite, parfois aussi hors du toucher et de la vue.

De même que la plupart des observateurs, j'en ai vu le plus souvent sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur chez des individus scrofuleux ou atteints de syphilis constitutionnelle; parfois aussi, chez des personnes parfaitement saines, en apparence, et bien portantes.

(1) Chélius, t. II, p. 71.

Les symptômes de la périostose, en cet endroit, sont faciles à reconnaître : on y sent par le toucher une sorte d'empâtement, de tuméfaction indolente, sans coloration morbide de la peau, qui précède ordinairement l'obstruction du sac par compression et qui ne s'accompagne alors que de larmoiement. Ce n'est que plus tard, lorsque le gonflement est devenu plus grand, qu'il se forme une tumeur lacrymale.

Si l'on voit le malade à ce moment, il ne faut pas négliger de vider la tumeur par une pression convenable, et même par une injection d'eau tiède ; autrement il deviendrait difficile, sinon impossible, de reconnaître par le toucher le gonflement morbide de l'apophyse montante du maxillaire. C'est là, d'ailleurs, une précaution à observer généralement dans l'examen de toutes les tumeurs lacrymales.

Lorsqu'on a ouvert le sac ou que la fistule est établie, on reconnaît facilement le gonflement et l'empatement dont nous venons de parler ; mais on trouve aussi, assez souvent, quelques inégalités à la surface de l'os et, dans quelques cas de périostite et d'ostéite chroniques, une dénudation et même une carie.

Quelques chirurgiens, et surtout M. Ricord, insistent sur l'exostose du maxillaire comme cause de la tumeur lacrymale vénérienne, et appellent l'attention sur un symptôme que je n'ai que bien rarement constaté, le vacillement des dents incisives. Ce symptôme, que M. Taignot a vu aussi (Voy. Nélaton, *loc. cit.*, p. 314), est reconnu de la manière suivante : « On imprime un mouvement de va-et-vient aux dents incisives de la mâchoire supérieure, et ces dents, bien que solidement fixées dans leurs alvéoles, vacillent néanmoins d'une manière très sensible ; cela tient à ce que le rebord maxillaire, qui supporte les dents et qui correspond à l'os intermaxillaire du fœtus, est lui-même en partie détaché du maxillaire supérieur. » J'ai vu l'exostose, mais, je le répète, je n'ai pas assez bien vu le symptôme pour l'admettre ; d'ailleurs, le mouvement imprimé aux dents m'a paru exister aussi chez des scrofuleux atteints de la même maladie et même chez des personnes qui n'avaient ni tumeur lacrymale, ni fistule, et par conséquent point d'exostose à l'apophyse montante du maxillaire supérieur. C'est donc un point qui me reste à étudier.

Observation. — J'ai vu l'exostose syphilitique sur un garçon de dix ans, qui était en même temps atteint de tumeur lacrymale. Sa mère nous raconta, à moi et aux médecins présents à ma clinique,

qu'il y a cinq ans son fils avait été infecté par une misérable gouvernante chargée de le surveiller. Elle nous décrivit parfaitement tous les symptômes caractéristiques d'une syphilis constitutionnelle et ajouta que M. Ricord lui avait donné des soins et l'avait guéri.

Le pauvre enfant était atteint d'une tumeur lacrymale du côté gauche, compliquée d'un gonflement assez considérable de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et sans coloration morbide de la peau. On la vidait très aisément par la pression, et alors on sentait le gonflement et les inégalités de l'os malade. J'ordonnai des onctions mercurielles, un collyre au sublimé, l'iodure de potassium à la dose de 30, puis bientôt de 50 centigrammes matin et soir. Je n'obtins rien et, après six mois, je me décidai à ouvrir la tumeur lacrymale qui, s'étant un peu enflammée, tourmentait l'œil. Un pansement à plat fut fait pendant quelque temps, au moyen de charpie enduite d'onguent napolitain ; les parties molles revinrent sur elles-mêmes, mais l'os demeura gonflé et je ne pus obtenir la dilatation complète du canal à sa partie supérieure, malgré l'usage des clous de Scarpa. Je laissai la plaie se fermer ; il n'y avait plus de tumeur lacrymale, mais l'exostose existait toujours et continuait de provoquer le larmoiement. Je conseillai de suivre longtemps encore le traitement général.

L'exostose des os voisins du canal provoque aussi le larmoiement et des conjonctivites très rebelles, quand la compression en diminue le calibre. Entre autres cas de ce genre, le suivant est très remarquable.

Observation. — Madame la baronne S..... de R...., rue Laffitte, âgée de soixante ans au moins, que j'ai vue avec feu le docteur Cahen père, est atteinte, depuis douze ou quinze ans, d'exostoses considérables des maxillaires supérieurs et des os de la pommette. Les yeux, écartés l'un de l'autre outre mesure par le développement morbide de l'éthmoïde et des os voisins ne voient plus simultanément l'objet regardé ; le gauche divergent s'est considérablement affaibli ; pourtant, il reconnaît encore les objets ordinaires. Les narines sont fermées ; la respiration se fait par la bouche. Des tumeurs osseuses considérables, ayant à peu près la forme du bord orbitaire inférieur, remontent jusqu'à la moitié de la hauteur de la paupière correspondante et jusqu'aux deux tiers internes de son étendue, de manière à masquer la vue d'un objet placé en face. Du côté du nez ces tumeurs descendent presque jusqu'à son extrémité et le tiennent, pour ainsi dire, enseveli ; leur

saillie est plus grande, de sorte que là où le nez est le plus saillant il y a un sillon.

Le larmolement et les conjonctivites me paraissant dépendre de la compression, peut-être même de l'atrophie par aplatissement du canal, je fais une première injection d'eau tiède qui reflue en entier par le point opposé; puis une seconde, qui fait arriver quelques gouttes d'eau dans la gorge. Le canal osseux est-il comprimé, déformé outre mesure? Cela est probable, presque certain; mais comme l'air ne pénètre pas dans les narines, que ces ouvertures sont fermées, le mal peut dépendre aussi d'une obstruction du canal par épaissement de la pituitaire comme dans l'observation de M. Auzias.

L'œil droit est bon, quoique presbyte. Ses conjonctives sont très rouges; habituellement il en sort des larmes qui deviennent très brûlantes la nuit.

Pour corriger sa presbytie, la malade porte des lunettes n° 18; mais, comme la saillie de l'exostose est très considérable, que le verre est toujours éloigné de l'œil à une distance de plus de deux pouces, et qu'il n'est jamais sur un plan parallèle à celui de l'iris, il en résulte une fatigue très grande pour l'organe. Dans le but de remédier à ce sérieux inconvénient, j'ai fait mouler la face, en ma présence, par M. Charrière fils, pour construire des lunettes convenables; la branche transversale et les branches latérales s'appliquent exactement sur les sinuosités du visage et le verre du côté droit, échancré en bas pour recevoir la tumeur, est parallèle à l'iris et fixé solidement à quelques lignes de l'œil. Depuis qu'elle fait usage de ces lunettes, la malade peut lire sans se fatiguer.

ARTICLE VIII.

OZÈNE.

Un assez grand nombre de personnes atteintes de tumeurs ou de fistules lacrymales sont affectées de cette maladie dont le principal phénomène consiste dans une fétidité plus ou moins considérable de l'haleine. Cette fétidité, dans quelques cas, est portée si loin, qu'il est impossible de s'approcher des malades sans en être incommodé, et qu'on ne peut vivre avec eux dans la même chambre. Je connais quelques personnes à Paris qui, placées dans des

conditions élevées par leur fortune, sont obligées de vivre seules, et l'une d'elles ne permet jamais à quelqu'un de prendre place auprès d'elle dans sa voiture.

L'ozène compliquant la fistule doit être considérée comme une affection très sérieuse.

On a comparé l'odeur de l'ozène à celle de la punaise écrasée, d'où le nom de *punais* donné à ceux qui sont atteints de ce mal; mais il serait plus vrai de dire que c'est une odeur particulière, repoussante au plus haut point par sa fétidité qu'on ne peut comparer à aucune autre et dont la nature est inconnue.

Il y a deux variétés d'ozène :

Celle qui dépend d'un coryza chronique ou de quelques autres affections de la pituitaire, de l'étroitesse naturelle des narines et d'un manque de propreté, de la présence de vers dans les sinus du nez, de l'arrachement d'une dent, etc., est passagère et assez fréquente; rarement elle se complique de larmolement.

Celle qui est de nature syphilitique ou scrofuleuse.

Lorsqu'elle est de nature syphilitique, et c'est le cas le plus fréquent, elle est extrêmement rebelle et complique singulièrement le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales. Dans ce cas, les parties molles présentent des ulcérations le plus souvent symptomatiques de caries plus ou moins étendues et dont les produits de sécrétion paraissent produire l'odeur fétide qu'on observe. L'ethmoïde, les cornets, les os du nez, le vomer, la voûte palatine sont pris successivement ou simultanément, et alors l'odeur de l'haleine est insoutenable.

Cette variété de l'ozène se complique fréquemment d'une tumeur ou d'une fistule lacrymale, et alors le pronostic, en ce qui touche le larmolement, est des plus sérieux, à moins qu'une large communication ne vienne à s'établir entre le sac et les fosses nasales par les progrès de la carie.

L'ozène de cause scrofuleuse n'est pas moins tenace que l'ozène syphilitique; mais je la crois infiniment plus rare. La maladie des os qui la produit entraîne aussi des désordres dans l'écoulement des larmes.

Il y a à faire dans l'ozène, indépendamment du traitement de la fistule, un traitement local et général approprié. On combattra l'ozène localement en cautérisant les ulcérations avec le nitrate d'argent, lorsqu'on pourra toutefois les atteindre. Je me sers avec avantage, dans ce cas, d'un pinceau d'ouate fixé à l'extrémité d'une tige de

baleine et trempé dans une solution de nitrate d'argent au dixième. J'apprends aux malades à porter eux-mêmes dans leurs narines, et le plus loin possible, ce léger caustique, et ils doivent se toucher plusieurs fois par jour. En même temps, on conseille d'inspirer le plus souvent possible une solution de chlorure d'oxyde de sodium et même de faire des injections pour entraîner les mucosités.

SECTION CINQUIÈME.

Maladies du sac lacrymal et du conduit nasal membraneux.

Les affections du sac lacrymal offrent un grand intérêt parce qu'elles provoquent toutes le larmolement et une gêne plus ou moins grande pour la vision. Nous rangerons parmi ces affections l'*atrésie* congéniale et acquise du sac et du canal nasal membraneux, les *blessures*, les *corps étrangers*, parmi lesquels nous compterons les *dacryolithes* et les *rhinolithes*, les *polypes*, l'*inflammation* aiguë et chronique avec ses diverses conséquences.

Dans une section à part, nous étudierons la *tumeur* et la *fstule* lacrymale, parce que nous ne pensons pas que ces maladies, qui se développent aussi bien sous l'influence d'une affection primitive des os du canal ou des os voisins que d'une affection primitive du sac, doivent être classées dans un chapitre destiné uniquement à l'étude des maladies de ce conduit.

ARTICLE PREMIER.

ATRÉSIE DU SAC LACRYMAL ET DU CONDUIT NASAL MEMBRANEUX.

L'*atrésie* du sac lacrymal est rare à l'état congénial; elle est assez commune, au contraire, par suite des inflammations chroniques de cet organe.

Voici un cas d'*atrésie* complète du canal membraneux reconnu par l'autopsie; il appartient à M. le docteur Auzias Turenne (1):

(1) Demours a vu un fait semblable à celui de M. Auzias; M. Béraud, qui a beaucoup étudié les divers états morbides des voies lacrymales, assure qu'il a rencontré l'oblitération complète de l'orifice inférieur du canal, 15 fois sur 100. (Voy. *Archiv. génér. de médéc.*, juillet 1853, p. 72.)

« Il s'agit d'une femme âgée d'environ quarante ans, ayant succombé à une affection cancéreuse de la matrice. Le cancer, constaté au microscope par M. Robin, avait envahi et désorganisé la totalité de l'organe utérin. Les seins sont flétris et même atrophiés, comme ils le sont à l'âge de soixante ans. Les os et les ligaments cèdent et se rompent aisément; les muscles sont très rouges, la graisse est assez abondante.

« Le sujet de cette nécropsie n'a point été observé de son vivant. On constate très bien, avant toute dissection, la tumeur du côté gauche. Elle s'offre au grand angle de l'œil, sous la peau, avec la forme et le volume d'une noisette. La moindre pression exercée sur elle fait sortir par les points lacrymaux les parties les plus ténues du liquide qu'elle contient. Le cathétérisme par le canal nasal n'est pas possible, du moins sans des efforts que je n'ai pas voulu tenter, dans la crainte de rien détruire.

« Du côté droit tout paraît être parfaitement normal, à tel point que l'existence de la maladie n'est pas même soupçonnée.

« Les téguments qui recouvrent la tumeur du côté gauche étant enlevés, on voit très bien sa forme ovoïde et sa direction presque verticale. En avant et dans sa moitié inférieure, elle est recouverte par les fibres ascendantes du muscle orbiculaire; ces fibres se portent un peu en dedans et vont, les unes s'insérer au bord inférieur du tendon direct, les autres passer au-devant de ce tendon. En avant et dans sa moitié supérieure, elle est recouverte par le tendon direct transversalement dirigé, et par l'expansion qui se détache de la partie supérieure de ce tendon. En arrière et dans son tiers supérieur, la tumeur est recouverte par le muscle de Horner transversalement dirigé; en arrière et dans ses deux tiers inférieurs, elle est libre, pour ainsi dire, et ne correspond qu'à la membrane muqueuse oculo-palpébrale.

« En haut, son cul-de-sac est recouvert par l'accolement du faisceau ascendant du tendon de l'orbiculaire avec le muscle de Horner. Son expansion a été d'ailleurs arrêtée dans ce sens par la résistance osseuse.

« En dehors elle correspond, mais seulement par sa partie moyenne, à l'angle interne des paupières et aux points lacrymaux.

« En dedans, c'est-à-dire du côté du nez, elle n'a pas pu s'étendre, mais elle se moule sur le cadre ostéologique du sac.

« On constate aisément de ce côté, à la faveur d'une déchirure, que la membrane du sac est composée d'une partie fibreuse, qui