

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

est externe; et d'une partie muqueuse, qui est interne. On s'assure aussi très bien de l'intégrité, c'est-à-dire de l'absence de lésion pathologique de la partie fibreuse.

» Le sac étant ouvert, se vide avec difficulté d'un liquide épais et filant qu'il contenait encore en abondance. M. Robin s'assure par l'examen microscopique que ce liquide est du muco-pus dans lequel le mucus prédomine. Des lambeaux de la membrane interne de ce sac, examinés par ce micrographe habile, ne lui révélèrent rien de cancéreux. C'est simplement une membrane muqueuse enflammée.

» Ce qui est plus remarquable, c'est l'absence de l'orifice inférieur du canal nasal membraneux. *La muqueuse nasale bouche l'orifice inférieur du canal osseux en passant comme elle ferait si cet orifice n'existait pas, et présente là une certaine résistance et une épaisseur qui est au moins de 3 millimètres.*

» L'examen le plus attentif ne fait constater aucune communication du sac lacrymal ni du canal nasal, soit avec les fosses nasales, soit avec l'antra d'Highmore.

» Des soies de sanglier sont introduites sans peine par les points et conduits lacrymaux; on voit que ces derniers se terminent en Y. La branche commune de ces conduits, ou inférieure de cet Y, est dilatée sous l'influence, sans doute, de l'accumulation et du reflux du muco-pus.

» Après avoir disséqué, décrit et fait dessiner cette pièce, j'ai eu la pensée d'examiner la moitié de tête du côté opposé, que je croyais dépourvue d'altérations et uniquement dans le but d'avoir un moyen de comparaison avec le côté que je croyais seul malade.

» J'ai ouvert le sac par sa partie antérieure; son ampleur m'a frappé. Il avait débordé dans tous les sens ou pressé ses limites osseuses. Il était au moins aussi dilaté que celui du côté gauche, mais il était vide. Des points et de petites plaques rouges existent çà et là sur la muqueuse, qui ressemble beaucoup et en petit à la plèvre quand, à la suite des épanchements, il y a des pseudo-membranes. Des brins de cette muqueuse, examinés au microscope, ne diffèrent aucunement de brins semblables pris de l'autre côté.

» Il ne semble pas que le canal nasal, qui est parfaitement libre, ait jamais été malade. Cela explique l'état de vacuité du sac. Ce dernier n'a dû être plein que quand le muco-pus était trop épais et trop gluant pour s'écouler librement.

» Des tentatives infructueuses sont faites pour introduire des soies de sanglier dans le sac par les points et conduits lacrymaux; un obstacle existe à l'entrée du sac. On soulève avec l'extrémité des soies, et sans pouvoir en vaincre la résistance, des pseudo-membranes fort épaisses, eu égard au volume des parties.

» Sur ces deux moitiés de tête, le reste des voies lacrymales et les parties voisines paraissent jouir d'une intégrité complète (1). »

ARTICLE II.

BLESSURES DU SAC LACRYMAL.

Le sac lacrymal est assez souvent blessé, bien qu'il soit protégé contre les lésions extérieures par les diverses saillies que présentent autour de lui les os du nez, ceux de l'orbite et de la face.

Je l'ai vu ouvert plusieurs fois à la suite de plaies contuses avec ou sans déchirure de la peau. Je rapporterai, en m'occupant de l'emphysème des paupières, plusieurs cas dans lesquels un coup de poing ou une blessure analogue ayant intéressé le grand angle de l'œil et les parties voisines, le sac fut ouvert et le malade pris en se mouchant d'un gonflement emphysémateux des paupières.

Le sac lacrymal peut encore être ouvert par des plaies par instruments tranchants ou piquants, ou par des déchirures. J'ai observé ce dernier accident chez un homme qui avait reçu un coup de crochet dans le grand angle de l'œil et chez lequel le sac, la peau qui le recouvre et la moitié interne de la paupière avaient été déchirés. J'appliquai des sutures sur la peau seulement, je fermai la narine correspondante, je défendis au blessé de se moucher, et il n'y eut ni fistule ni difformité consécutives, mais seulement un peu de larmolement occasionné par la déviation du conduit inférieur.

Les plaies du sac lacrymal sont en général fort légères et se guérissent facilement. Cependant il convient de les réunir avec soin dans la crainte de leur voir succéder une fistule, accident que Schmidt, si favorisé pour observer les cas exceptionnels, paraît avoir rencontré.

Des sutures, de l'eau froide, l'occlusion de la narine, la défense

(1) Auzias Turenne, Note sur un sujet atteint de deux tumeurs lacrymales.

du moucher pour que l'air chassé dans le sac et les paupières ne déchire pas la plaie et ne reproduise pas l'emphysème, tels sont les moyens à employer.

Si l'ouverture du sac se transformait en une *fistule capillaire* à bords calleux, on pourrait, après avoir échoué avec le nitrate d'argent, en cautériser les bords et même tout le trajet avec un stylet d'argent trempé dans l'acide nitrique ou rougi au feu.

En étudiant les plaies du canal nasal, je me suis occupé des cas dans lesquels il serait intéressé par une blessure d'arme à feu. Je n'y reviendrai pas ici.

ARTICLE III.

DACRYOLITHES DU SAC LACRYMAL.

On a rarement trouvé des dacryolithes dans le sac lacrymal; cela tient sans doute aussi bien à sa position verticale qu'à l'extrême étroitesse des conduits lacrymaux, qui ne permettraient guère aux calculs de la conjonctive de les traverser. On conçoit facilement, d'un autre côté, que des calculs formés dans le sac lacrymal, d'un volume encore assez petit pour traverser en partie le canal, se soient arrêtés dans la portion supérieure de celui-ci ou dans son milieu, et qu'ils aient été étudiés alors sous le nom de *rhinolithes*. Je me bornerai donc, dans ce court paragraphe, à rapporter celles des observations qui me paraîtront ne laisser que peu ou point de doute à l'égard de l'existence de pierres dans le sac lacrymal.

Ledran, dont le nom est cité par Sandifort, signale « l'existence de petites pierres qui se forment dans le sac lacrymal, et dit qu'on les y rencontre lorsqu'une dilatation du sac produit une stagnation des larmes. » Nous avons combattu plus haut cette opinion, et nous n'y reviendrons pas ici. Nous nous bornerons seulement à faire remarquer ici que cet auteur ne dit pas, comme on pourrait le croire, d'après une citation de Haller, qu'il a vu lui-même un semblable calcul, mais qu'il rapporte que quelques auteurs en ont réellement trouvé. Ceci nous donne l'occasion de noter qu'il est probable que Ledran entendait parler, dans ce passage, de rhinolithes proprement dits, plutôt que de calculs du sac lacrymal.

OBSERVATION PREMIÈRE. — *Pierre extraite du nez.*

« Pendant l'automne de 1666, la fille d'un cultivateur, enfant de dix ans, fut atteinte d'une petite tumeur dure sur la partie gauche du nez, qu'on pensait être un cancer. Comme mon père en jugeait autrement et qu'il pensait que la tumeur pouvait être ouverte sans danger, il le fit, et une petite pierre fut extraite. » (LACHMUND, *loc. cit.*, p. 72, 1669.)

OBSERVATION DEUXIÈME.

Cette observation a été donnée en extrait avec celle de Horn, que nous citerons plus loin, dans la *Bibliothèque médicale de Richter*, vol. VI, p. 417.

« J'ai extrait un calcul sur un adulte qui avait une fistule oculaire (lacrymale). Le sac lacrymal était très distendu et douloureux, particulièrement lorsqu'il était rempli de larmes et de matières muqueuses, et que le malade le comprimait pour faire sortir les liquides par les points lacrymaux. Il n'en restait pas moins toujours, même après que la pression avait expulsé tous les liquides, une élévation qui attirait mon attention. Ayant enfin pratiqué l'opération et incisé le sac lacrymal, j'y trouvai une concrétion pierreuse du poids de deux grains. En même temps, l'os unguis était carié; je le perforai et le malade guérit complètement. » (J.-L. SCHMUCKER, *Vermischte chirurgische Schriften*, Frankenthal, 1788, vol. III, p. 289, obs. XXII. L'édition originale a été publiée à Berlin en 1782.)

OBSERVATION TROISIÈME. — *Fistule lacrymale guérie par l'extraction d'une concrétion pierreuse.*

Extrait. — « Dans le mois de mai 1832, une femme cachectique, d'environ trente-deux ans, vint me trouver pour une fistule lacrymale qu'elle avait depuis neuf mois. Je trouvai le sac lacrymal tuméfié, dur, la peau qui le recouvre rouge et douloureuse à la pression. Une petite ulcération à bord bleuâtre, enfoncée, conduisait dans le sac, et donnait issue avec ou sans pression à du pus mêlé de larmes. Les points lacrymaux étaient ouverts; le canal nasal paraissait complètement obstrué. La malade assurait que depuis un an elle souffrait d'une tuméfaction douloureuse située dans l'angle interne.

» L'opération fut faite par la méthode de Beer : la paroi interne du sac lacrymal n'était pas ulcérée, le pus sortait du canal nasal. La sonde la plus fine ne pénétrait pas dans le canal plus loin que 4 lignes, et je touchais là un corps dur. Comme je pensai avoir affaire à une exsudation osseuse, je songeai à la traverser avec une sonde pointue ; mais comme je ne pouvais pas y réussir, je retirai lentement ma sonde, ce qui, à mon grand étonnement, nécessita une certaine force. J'en compris bientôt les motifs en voyant embrochée à la pointe de l'instrument une petite concrétion pierreuse de la grosseur et de la forme d'un petit pois. Il me fut ensuite facile d'introduire une sonde dans le canal, qui était parfaitement libre. C'était donc cette concrétion qui était la cause de la fistule, qui guérit parfaitement par un traitement approprié. » (D^r KRIMER, *Journal für Chirurgie und Augenheilkund*, vol. X, p. 559, 1823, publiée en 1827.)

(L'auteur, remarquons-le en passant, dit : « Que la sonde la plus fine ne pénétrait pas plus loin que 4 lignes ;... qu'il la retira lentement, ce qui, à son grand étonnement, nécessita une certaine force ;... qu'il n'en comprit le motif qu'en voyant embrochée une concrétion pierreuse.... » N'est-il pas probable que, s'il a fallu employer une certaine force pour amener le calcul au dehors, il en a fallu au moins autant pour le traverser, et qu'on peut raisonnablement conclure de là que la pierre, avant l'opération, n'était pas descendue plus bas que la partie inférieure du sac, et que M. Krimer l'a poussée dans le canal ? D.)

OBSERVATION QUATRIÈME.

« M. Reveillé-Parise fait, en son nom et en celui de M. Demours, un rapport à l'Académie sur l'observation d'un calcul lacrymal envoyé par M. Leramier, chirurgien à Chambon. Ce calcul est remarquable par son volume. M. J. Cloquet, d'après l'inspection de ce calcul, élève des doutes sur sa nature ; il pense « qu'il pourrait bien n'être qu'une concrétion osseuse développée aux dépens des parois osseuses du canal lacrymal, et qui aurait pénétré dans le conduit après avoir détruit la portion sous-jacente de la membrane muqueuse. Ce calcul, en effet, ne paraît pas formé de couches concentriques, ni de rayons, mais d'un tissu qui offre la plus parfaite analogie avec celui de certaines tumeurs osseuses qui se développent dans le périoste, et que M. J. Cloquet a plusieurs fois observées. Quelques personnes partageant l'opinion

émise par ce membre, la section renvoie le calcul à M. Breschet, qui doit l'examiner, en faire analyser la moitié, et en rendre compte à l'Académie. » (LERAMIER, médecin à Chambon, *Revue médicale française et étrangère*, t. II, 1824, p. 150. Acad. roy. de médecine, et *Archives générales de médecine*, t. V, 1824, p. 149.)

Nous avons demandé quelques renseignements à feu M. le professeur Breschet à l'égard de cette analyse, et il nous a répondu qu'il ne se rappelait pas qu'elle eût éclairé la question.

S'agit-il dans cette observation d'un calcul placé exactement dans le sac lacrymal ? Nous ne le pensons pas ; néanmoins, nous avons cru devoir la classer dans cette subdivision, que nous regardons comme un cadre qu'on pourra mieux remplir plus tard.

DATES DES OBSERVATIONS CITÉES DE PIERRES TROUVÉES DANS LE SAC LACRYMAL,
PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE.

1° Lachmund, 1669; 2° Schmucker, 1782; 3° Krimer, 1823; 4° Leramier, 1824.

ARTICLE IV.

POLYPES DU SAC LACRYMAL.

C'est une affection beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement. J'en ai rencontré environ une dizaine d'exemples dans ma pratique ; presque toujours sur des personnes opérées de tumeur ou de fistule lacrymale par le procédé de Dupuytren. Le polype du sac lacrymal dans ce cas oblitère peu à peu la canule sur laquelle il s'applique en l'enroulant et finit, en quelque sorte, par la coiffer complètement et par prendre très exactement la forme d'un bonnet phrygien. J'en ai enlevé ainsi du sac lacrymal un assez bon nombre et j'ai toujours retrouvé cette même forme.

La tumeur n'avait rien, en elle-même, de bien remarquable en dehors de sa forme vraiment fort curieuse ; elle était rouge, pédiculée, attachée contre la paroi postérieure du sac et présentait tous les caractères du polype muqueux ordinaire.

J'ai vu plusieurs fois aussi le polype se développer spontanément dans le sac lacrymal.

Une dame de cinquante ans environ, madame Piver, femme d'un parfumeur de Paris, vint me consulter pour une tumeur lacrymale qui l'incommodait beaucoup depuis plus d'un an. J'es-

sayai longtemps sans succès le cathétérisme de haut en bas et je me décidai à opérer. Le sac étant ouvert, je fus bien surpris de reconnaître qu'il ne s'affaissait pas à la pression, et je crus un moment qu'un caillot de sang remplissait la cavité du sac; il n'en était rien cependant: c'était un polype muqueux du volume d'une petite amande, très inégal à sa surface et pédiculé. Je l'enlevai d'un coup de ciseaux et je me proposais, le sac me paraissant libre désormais, de fermer la plaie dans l'espérance d'une guérison rapide; mais je me trompais, et je dus détruire plus tard le sac par le feu, la dilatation, essayée d'abord, ayant échoué.

J'ai rencontré le même fait sur une autre femme à ma clinique; après avoir extrait le polype, j'ai mis en pratique la dilatation de Scarpa pendant trois mois et la malade guérit. On trouve un fait semblable dans la pratique de Janin et dans celle de Walther.

ARTICLE V.

INFLAMMATION AIGUE DU SAC LACRYMAL (*dacryokystite, dacryocystitis*).

Le sac lacrymal est atteint assez fréquemment d'une inflammation aiguë qui s'y termine, tantôt par une résolution complète, tantôt et plus souvent soit en passant à l'état chronique, soit en laissant divers désordres sur lesquels nous reviendrons.

SYMPTÔMES. — L'inflammation aiguë du sac est fort commune, bien qu'on l'observe moins fréquemment que l'inflammation chronique. Elle est ordinairement précédée d'un larmolement ou d'une tumeur lacrymale plus ou moins ancienne; cependant je l'ai souvent observée chez des personnes qui, jusque là, ne s'étaient jamais aperçues d'aucun dérangement dans le cours régulier des larmes.

Cette inflammation se dessine au début par un sentiment de chaleur désagréable dans la direction des conduits et du grand angle de l'œil, et par un abondant écoulement de larmes accompagné de sécheresse de la narine.

Bientôt, la phlogose devenant plus intense, une douleur vague

se fait sentir dans la région du sac lacrymal, où l'on voit peu à peu apparaître une tumeur circonscrite, dure, très sensible au toucher, et du volume d'une petite fève.

Plus tard la douleur augmente de plus en plus, et la rougeur s'étend aux parties voisines, qui se tuméfient peu à peu, ou avec une extrême rapidité.

En même temps la conjonctive, le tissu cellulaire sous-muqueux, les paupières, la joue, le côté du nez correspondant au sac lacrymal malade participent au gonflement inflammatoire et rougissent de manière à faire croire, au premier coup d'œil, à un large érysipèle de la face. Quelques-unes de ces parties, comme le tissu cellulaire sous-conjonctival (*chémosis séreux*) et le tissu cellulaire de la joue, sont en même temps infiltrées de sérosité.

L'œil commence, à son tour, à participer à l'inflammation des parties voisines; il se remplit de larmes brûlantes qui s'échappent sur la joue dès que la lumière vient à le frapper. La cornée semble plus luisante que de coutume, la pupille est contractée, la membrane semi-lunaire et la caroncule sont excessivement rouges, tuméfiées et douloureuses.

J'ai vu la cornée suppurer chez une dame que j'ai soignée avec feu le professeur Marjolin et l'œil détruit par la propagation de la phlogose aux membranes internes; depuis, ce même fait s'est assez souvent offert à mon observation. Dans d'autres cas, j'ai eu à combattre des kératites et surtout des blépharites excessivement rebelles.

La narine, d'abord humide par la sécrétion propre de la pituitaire, ne tarde pas à devenir sèche, non parce que le passage est intercepté, mais par suite de la propagation de l'inflammation à la membrane muqueuse qui la tapisse. C'est là une remarque que tous les praticiens ont faite, et Hasner n'a rien dit de nouveau en répétant ce fait.

L'inflammation s'étend encore, mais très rarement, jusqu'au voile du palais, aux piliers et à l'amygdale du même côté, et le malade accuse là une gêne quelquefois assez vive pour appeler l'attention du praticien.

La tumeur inflammatoire du grand angle, perdue d'abord au milieu de la rougeur des parties voisines, et impossible à reconnaître autrement que par la douleur que le toucher occasionne, s'élève peu à peu ou rapidement et devient sensible à la vue. Une sécrétion morbide abondante se développe et s'accumule dans le

sac, où l'on sentira distinctement un commencement de fluctuation. A ce moment le malade perd l'appétit et le sommeil, et est tourmenté de frissons et de fièvre. Mais bientôt les douleurs deviennent pulsatives et ne lui laissent aucun moment de repos; le volume de la tumeur augmente, elle s'élève peu à peu en pointe; sa base prend une couleur violacée de plus en plus prononcée, tandis que son sommet offre, comme cela arrive pour tous les abcès, un point blanchâtre, lequel s'agrandit et donne issue à du pus d'abord fort épais, mais bientôt mêlé de larmes et de mucosités, sécrétées par la conjonctive et absorbées par les conduits lacrymaux (*fistule du sac lacrymal*).

MARCHE. — TERMINAISONS. — Tel est le tableau rapide des signes diagnostiques que fournit l'inflammation du sac lacrymal lorsqu'elle est portée à son plus haut degré d'intensité. Heureusement lorsque le pus s'est échappé la plaie se ferme souvent seule et le malade est soulagé pour longtemps. D'un autre côté, la phlogose n'est pas toujours poussée si loin; aussi, dans beaucoup de cas, voit-on succéder à des accidents d'abord très menaçants une résolution complète. Lorsque cette dernière terminaison arrive, les symptômes inflammatoires diminuent peu à peu d'intensité, et bientôt les parties reprennent leur état accoutumé.

Mais dans quelques cas l'inflammation ne marche pas franchement, et se termine par l'état chronique. On voit alors s'écouler des conduits lacrymaux, qu'on les comprime ou non, une matière puriforme abondante (*blennorrhée du sac lacrymal*), et plus tard on remarque une distension du sac lacrymal et de la peau, que nous étudierons plus bas sous le nom de *tumeur lacrymale*, affection qui précède le plus souvent pendant des mois et même de nombreuses années l'inflammation aiguë que nous venons de décrire.

La marche de cette maladie est rapide ou lente, d'après ce que nous venons de voir; quelquefois elle est extrêmement insidieuse. La muqueuse du nez et celle de l'œil sont ordinairement enflammées en même temps que celle du sac lacrymal, ce qui constitue des complications qu'il est nécessaire de surveiller.

La dacryokystite récidive souvent, et, dans ce cas, elle se termine par la fistule ou par l'obstruction complète du sac détruit par la suppuration.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de la maladie qui nous occupe sont assez nombreuses: la dacryoblennorrhée chronique, l'inflammation, chronique ou aiguë, des points et des conduits, la tumeur lacrymale et ses diverses causes, l'inflammation du périoste et des os du canal, les blessures et les contusions dans la région lacrymale, les ophthalmies granuleuses, la blépharite glandulaire, le coryza chronique, l'obstruction du canal nasal à son orifice inférieur, les scrofules, puis les rhumatismes, les fièvres exanthématiques, etc., ont été notés par la plupart des auteurs.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'inflammation du sac lacrymal est grave, sous le rapport des conséquences locales de la maladie. Le plus souvent, en effet, la tumeur lacrymale, l'obstruction du canal nasal (*sténochorie*), la fistule, et quelquefois l'inflammation de la conjonctive et celle de la cornée en sont le résultat. Il n'est pas rare, même après la résolution en apparence la plus franche, de voir un larmolement à la suite de cette maladie, et plus tard une série de rechutes qui finissent le plus souvent par amener la fistule du sac lacrymal. Il n'est pas rare non plus d'avoir à traiter à la suite un ectropion plus ou moins développé par suite de l'étendue de la suppuration. Cet accident est encore assez souvent la conséquence d'un pansement trop longtemps continué et de l'application mal faite d'un caustique, lorsqu'on a voulu détruire le sac.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'inflammation aiguë (nous étudierons le traitement de l'état chronique en nous occupant de la tumeur lacrymale) est celui de toutes les inflammations. De nombreuses applications de sangsues sur la partie enflammée ou dans la narine, répétées à de courts intervalles, la saignée générale si le malade est tourmenté de fièvre, les irrigations d'eau froide, les applications de glace, de compresses imbibées d'eau blanche, les onctions mercurielles, les purgatifs, un régime sévère, constituent toute la première partie du traitement.

Mais si, sous l'influence de ces moyens, qu'on doit se hâter de prescrire dès le début, la résolution qu'on espérait n'est pas obtenue, et que la suppuration ne puisse être évitée, des cataplasmes émollients seront appliqués sur la tumeur, qu'on ouvrira autant que possible au-dessous du tendon de l'orbiculaire, et toujours très loin de la paupière, afin de prévenir le renversement de celle-ci en avant (*ectropion*).

Je dis autant que possible, car dans beaucoup de cas le point ramolli de la tumeur se trouve fort éloigné du grand angle, et le gonflement est si considérable, qu'on ne peut apercevoir le tendon, et qu'il faut ouvrir à peu près où l'on peut.

Lorsque le pus contenu dans la tumeur s'est écoulé au dehors, on panse la plaie en y introduisant quelques brins de charpie et l'on ordonne au malade de continuer encore quelque temps les applications de cataplasmes émollients sur les parties enflammées.

Dans quelques cas heureux, l'ouverture se ferme d'elle-même; mais, le plus souvent, il y a comme terminaison une *fistule du sac lacrymal*.

Bien souvent lorsque j'ai vu l'ouverture se fermer, les voies lacrymales étaient oblitérées dans la région du sac, parce que le sac, le tissu cellulaire et la peau qui l'environnent avaient éprouvé une perte de substance par la suppuration. C'est là une des terminaisons les plus favorables, car les malades sont rarement pris dans la suite d'inflammations aiguës et même de tumeur proprement dite. Ils ont peu ou point de larmolement comme ceux qui ont été opérés avec succès par l'un des procédés d'oblitération des voies lacrymales. Au reste, le chirurgien ne doit avoir en vue dans l'application de ces procédés que l'imitation de ce que fait la nature, lorsqu'une violente inflammation détruit le sac et les parties voisines. J'ai reconnu que dans ces cas il y avait quelquefois, un peu au-dessous du tendon de l'orbiculaire, un enfoncement assez profond, semblable à celui qu'on observe après le pansement de la fistule par le clou de Scarpa lorsqu'on l'a laissé plusieurs mois dans le canal.

ARTICLE VI.

INFLAMMATION CHRONIQUE DU SAC LACRYMAL (*dacryokystite chronique*).

J'entends par inflammation chronique du sac non seulement la *tumeur* et la *fistule lacrymales*, que je décrirai à part, mais encore divers états particuliers produisant tous le *larmolement*. J'ai étudié déjà quelques unes de ces maladies, et comme l'occasion de compléter ce que je dois en dire se présentera de nouveau dans ce chapitre, je m'abstiens d'y revenir ici.

SECTION SIXIÈME.

Tumeur et fistule du sac lacrymal.

On désigne sous le nom de *tumeurs lacrymales* des maladies du sac dans lesquelles cet organe est plus ou moins dilaté.

Les *fistules* du sac lacrymal sont une des terminaisons de la tumeur ou d'une inflammation aiguë du sac sans tumeur préalable, et se distinguent par une ouverture communiquant avec le réservoir des larmes.

Tumeur lacrymale.

La tumeur lacrymale se présente sous diverses formes :

Si le sac est simplement distendu, et que les larmes et les mucosités qu'il contient soient, à l'aide de la pression, facilement expulsées par les conduits demeurés sains, ou par la partie inférieure du sac, libre encore, il y a *tumeur lacrymale proprement dite*.

Mais si la pression ne fait refluer les larmes et les mucosités ni par les narines, ni par le grand angle de l'œil, et que ces liquides, séjournant dans le sac lacrymal distendu, en forment une sorte de kyste, il y a *hydropisie du sac* ou *une tumeur lacrymale enkystée*.

Lorsque le sac lacrymal s'est distendu au point de se rompre dans sa paroi antérieure, et que les mucosités se sont accumulées entre la tunique fibreuse et la peau restée saine, il y a *tumeur lacrymale avec fistule lacrymale borgne interne*.

Ces trois variétés de la tumeur lacrymale sont rangées selon leur ordre de fréquence :

La première est excessivement commune.

La seconde l'est moins, quoique je trouve, avec M. le professeur Velpeau et avec M. Vidal (de Cassis) qu'elle est beaucoup plus fréquente que ne l'ont cru quelques auteurs.

La troisième est fort rare. Entre les tumeurs de cette dernière classe qui se sont présentées dans ma pratique, j'en ai vu plusieurs dont le volume égalait celui de deux œufs de pigeon. L'un des malades portait cette tumeur depuis plus de quatorze ans;