

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;

d'après son dire, elle ne se serait jamais enflammée : la peau qui en formait la paroi antérieure était bleuâtre, amincie et parcourue de nombreux vaisseaux violacés. Il s'écoula, pendant l'opération, une masse énorme de mucosités filantes; la peau était décollée dans une grande étendue, et il y avait une carie de l'unguis. Dans d'autres cas, les parties molles étaient seules intéressées.

On peut espérer de rétablir quelquefois le cours des larmes dans la première variété; dans les deux autres, l'obstruction est incurable, et l'on ne peut arriver qu'à faire disparaître la difformité et à diminuer le larmolement. (Voy. *Occlusion des voies lacrymales.*)

Tumeur lacrymale en gourde.

Ces trois variétés de la tumeur lacrymale, comme toutes celles que l'on pourrait admettre, présentent assez souvent une disposition particulière, très importante au point de vue chirurgical et que j'ai signalée déjà dans la première édition de cet ouvrage. Elle prend exactement la forme d'une petite gourde, dont la partie la moins grosse se trouve au-dessus du tendon de l'orbiculaire. Le sac lacrymal distendu est ainsi partagé en deux parties, dont l'inférieure est de beaucoup la plus volumineuse. Si l'on néglige de constater cette disposition lorsque l'on a résolu d'opérer, l'ouverture est pratiquée dans la partie inférieure de la tumeur et les corps dilatants, pressant sur l'angle supérieur de la plaie, l'enflamment et isolent la partie supérieure de la gourde de l'inférieure. Là, au-dessus du tendon, il se forme, quoi qu'on fasse, une tumeur lacrymale dont on ne reconnaît assez souvent l'existence que lorsque l'on abandonne complètement le pansement et que l'on compte déjà sur un résultat satisfaisant.

C'est en considération de cette forme particulière de la tumeur lacrymale que j'ai expressément soin de diviser le tendon de l'orbiculaire en travers en même temps que la partie supérieure de la gourde, lorsque je crois devoir recourir à l'oblitération des voies lacrymales par le cautère actuel.

SYMPTÔMES. — La tumeur lacrymale se caractérise par les symptômes suivants :

Au début, les malades sont atteints d'un larmolement léger d'abord, mais qui augmente insensiblement et s'accompagne dans le grand angle d'une élévation de la peau si peu marquée, qu'il

faut beaucoup d'attention pour l'apercevoir, et qu'au premier coup d'œil on croit avoir affaire à une conjonctivite granuleuse. Pourtant, si l'on a un peu d'habitude, l'état des parties est caractéristique, avant même qu'on y ait porté le doigt pour acquérir la preuve indispensable : l'œil du côté malade est plus brillant, plus humide que l'autre; sur l'arête du tarse inférieur et dans la région de la caroncule, il y a une faible accumulation de larmes, et en comparant le grand angle au-dessous du tendon de l'orbiculaire avec celui de l'œil sain, on reconnaît qu'il ne présente plus le léger enfoncement normal, mais qu'il forme, au contraire, le commencement d'une saillie légère. Si l'on porte le doigt sur cette petite élévation, en la pressant un peu, on fait refluer par les points lacrymaux quelques larmes transparentes mêlées de rares filaments muqueux de couleur jaunâtre.

Plus tard, c'est-à-dire pour certains malades, après des années, et pour d'autres après quelques semaines seulement, la tumeur se développe insensiblement depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle parfois d'un œuf de pigeon, se laisse facilement aplatir par la compression et se remplit de liquide plusieurs fois dans la même journée. La matière contenue dans le sac n'est plus constituée par des larmes pures : c'est un liquide dont l'épaisseur et la couleur varient selon sa pesanteur spécifique; si l'on presse avec ménagement sur la grosseur, on remarque en effet que des larmes, assez claires d'abord, s'échappent des conduits, que bientôt elles sont mêlées de nombreux filaments muqueux de couleur pâle, puis que des mucosités plus épaisses et du pus sortent à leur tour. Arrivée à ce point, la tumeur peut demeurer longtemps stationnaire. Je connais une dame qui en porte une depuis plus de cinquante ans; de temps en temps cette tumeur s'enflamme; jamais elle ne s'est transformée en fistule.

La tumeur lacrymale gêne beaucoup plus les malades pendant l'hiver et les temps humides que pendant l'été et la sécheresse. Il en est qui disparaissent à peu près complètement lorsque le malade voyage dans les pays chauds ou qu'il se tient dans des appartements dont la température est fort élevée. Pendant la nuit la plupart des tumeurs lacrymales s'affaissent (Saint-Yves, Demours), celles-là mêmes, dit-on, qu'on désigne sous le nom d'hydropisies du sac, mais cela demande vérification, du moins en ce qui touche les dernières.

A mesure que la tumeur se développe vers le grand angle de

l'œil, elle devient le siège d'un engourdissement auquel se joint de temps en temps un peu de douleur passagère, que les malades savent bien faire disparaître en comprimant la tumeur pour la vider. Mais assez souvent celle-ci s'engorge et ne peut plus se vider par la pression, quelque effort qu'on fasse : alors la douleur augmente, la peau s'enflamme et se distend davantage; bientôt tous les phénomènes de l'inflammation aiguë du sac apparaissent; enfin une perforation survient (voy. plus haut la description de la *Dacryokystite*, p. 340). C'est ainsi que dans la majorité des cas se développe la *fistule proprement dite*.

Fistule lacrymale.

La *fistule lacrymale* n'est donc qu'une des terminaisons de la tumeur. Elle se caractérise par l'existence d'un conduit anormal parcouru par les larmes, et s'ouvrant d'un côté dans le sac lacrymal, de l'autre à la surface de la peau, plus ou moins loin du tendon de l'orbiculaire, quelquefois même au-dessus et au-dessous à la fois.

On admet plusieurs divisions pour caractériser mieux la fistule; celles qu'on a adoptées et que Chélius rapporte me semblent parfaitement bonnes; les voici :

La fistule est *vraie* si elle s'est développée de dedans en dehors, c'est-à-dire du sac à la peau.

Elle est *fausse* si elle s'est développée en sens inverse, comme cela arrive, ainsi que je l'ai dit plus haut, lorsqu'un abcès siégeant à la peau a ouvert le sac.

Elle est *incomplète* ou *borgne* si, le sac lacrymal étant perforé, la peau est demeurée intacte (nous avons parlé de cette variété en étudiant la *tumeur*); et *complète* lorsque l'ouverture s'étend du sac à la peau inclusivement.

Elle est *simple* si les deux ouvertures se correspondent exactement; *composée* s'il y a plusieurs ouvertures; *compliquée* si, comme cela arrive si souvent, il y a en même temps rétrécissement du canal nasal ou carie d'un des os (1).

A ces divisions on pourrait encore en ajouter une autre :

Elle est *capillaire* quand l'ouverture en est si étroite qu'elle ne peut en quelque sorte pas être aperçue, et que ce n'est qu'en exerçant une légère traction sur sa circonférence que le malade fait

(1) Chélius, vol. II, p. 54.

sortir une certaine quantité de mucosités filantes souvent mêlées de pus. Dans cette dernière variété de la fistule du sac, qui est très commune, il y a en même temps tumeur lacrymale.

La fistule capillaire constitue pour les malades un état des plus supportables; d'abord elle n'offre aucune difformité et n'occasionne pour ainsi dire aucune gêne. Les larmes viennent s'accumuler dans le sac entre la fistule et le conduit, et, pendant ce temps, l'œil est exempt de toute humidité. Une ou deux fois par jour, au plus, le malade est averti par un peu de gêne dans le grand angle, gêne occasionnée par la distension de la peau, que la tumeur est remplie, et, par une pression convenable, il la vide et n'y pense plus.

La fistule capillaire ne doit pas être opérée; j'ai cru devoir refuser souvent, en pareil cas, une opération que les malades me demandaient, parce qu'il aurait pu arriver qu'ils eussent été dans de moins bonnes conditions après l'opération.

J'ai vu la fistule capillaire succéder à la dacryokystite aiguë et aux pansements de la fistule par les divers procédés de dilatation; j'ai souvent désiré la produire par divers moyens et dans le but d'améliorer l'état des malades; mais j'ai toujours échoué et je l'ai bien regretté, car c'est une transformation bien favorable de la fistule ordinaire.

MARCHE. — D'après ce que j'ai dit plus haut, on a vu que la tumeur lacrymale doit être très variable dans sa marche. D'ordinaire elle ne se développe qu'avec la plus excessive lenteur, et demeure stationnaire à tous les degrés pendant un temps le plus souvent très considérable.

Il y a cependant des cas exceptionnels dans lesquels la tumeur lacrymale naît, se développe et passe à l'état de fistule dans l'espace de moins de huit jours, ainsi que je l'ai constaté chez bon nombre de malades qui avaient les voies lacrymales parfaitement saines et ne s'étaient jamais plaints de larmolement.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la tumeur et de la fistule lacrymales ne présente point de gravité; jamais elles ne compromettent la vie; rarement elles occasionnent des accidents du côté de l'œil. Mais en revanche, c'est une infirmité désagréable, repoussante dans quelques cas, dont tous les malades désirent vivement se débarrasser à cause de la difformité et de l'écoulement de larmes mêlées de pus qu'ils sont constamment obligés d'essuyer sur leurs joues.

Lorsque la tumeur lacrymale est compliquée d'une carie des os, les malades portent parfois avec eux une odeur horrible (ozène), cause de dégoût pour tous ceux qui les approchent.

On peut certainement guérir la tumeur lacrymale en provoquant la suppuration rapide ou lente ; mais alors on la transforme en une occlusion définitive. Très exceptionnellement on arrive à rétablir le cours naturel des larmes.

ÉTILOGIE. — Les causes de la tumeur lacrymale sont très nombreuses ; on peut les grouper en deux classes : *les causes inflammatoires* (ce sont les plus communes) et *les causes mécaniques*.

Dans les premières nous rangerons l'inflammation du sac lacrymal et celle de ses conduits, que cette inflammation s'y soit développée d'abord, comme on le voit dans certaines dacryokystites aiguës, ou qu'elle s'y soit propagée par continuité de tissu, comme cela arrive à la suite de certaines ophthalmies dont la marche est entravée par la mauvaise constitution des malades.

Les conjonctivites granuleuses chroniques déterminent très fréquemment cette inflammation.

Les scrofuleux, les enfants, surtout ceux qui sont très lymphatiques, sont atteints de maux d'yeux dont la durée est interminable, et pendant lesquels les voies lacrymales sont envahies par la phlogose.

Le sac lacrymal est encore enflammé assez souvent chez les jeunes gens qui portent à l'orifice des fosses nasales des croûtes eczémateuses, la pituitaire participant longtemps à l'inflammation. On sait combien chez ces individus il est important de surveiller les fosses nasales lorsqu'ils sont atteints d'ophthalmies, autrement à peine s'est-on rendu maître d'une inflammation de l'œil, qu'il y a une rechute dont le point de départ est dans les narines. Cela explique parfaitement comment à la longue le sac lacrymal peut s'enflammer, et plus tard se fermer complètement.

Scarpa, dans les premières pages de son *Traité des maladies des yeux*, s'exprime d'une façon très absolue sur la vraie cause, selon lui, dans la grande majorité des cas, des tumeurs lacrymales. Nous citerons ici ses paroles textuelles, parce qu'elles ont été souvent mal rendues :

« L'humeur visqueuse, jaunâtre, mêlée aux larmes, que l'on exprime en pressant sur le grand angle de l'œil, ne s'engendre pas, au moins pour sa majeure partie, dans le sac lacrymal,

« comme le croient généralement les chirurgiens peu instruits en ces matières. Cette humeur est transmise des paupières dans le sac par les points lacrymaux. Elle est sécrétée par la face interne des paupières, surtout l'inférieure, et plus spécialement par les glandes de Meibomius, etc. »

Puis, Scarpa développe les preuves de ce qu'il avance. Qu'un individu se présente avec une tumeur lacrymale d'un seul côté ; comparez alors les paupières des deux yeux, et du côté où le sac lacrymal est distendu, vous noterez toujours la rougeur, l'inflammation de la paupière inférieure.

La conséquence à laquelle Scarpa est ainsi conduit est évidente : dans le traitement de cette première période de la tumeur lacrymale, s'attaquer à la vraie cause, c'est-à-dire à l'inflammation de la paupière.

Dans ces idées de Scarpa, il faut distinguer deux choses : d'abord le transport mécanique du produit de sécrétion viciée des paupières dans les voies lacrymales et qui n'est vraiment pas discutable. Mais en second lieu, cette coïncidence obligée de l'inflammation des paupières et d'une tumeur lacrymale forme-t-elle une règle absolue, comme semble le croire Scarpa ? En aucune façon. Il est bien vrai que dans bon nombre de cas un individu pris d'ophthalmie catarrhale voit l'inflammation gagner les voies lacrymales, comme aussi celle-ci peut n'être que l'extension d'un coryza. Cette marche simultanée se montre surtout chez les sujets scrofuleux : blépharite glandulo-ciliaire, tumeur lacrymale, croûtes dans les narines et autour du nez semblent chez eux n'être qu'une seule et même maladie. Mais, en dehors de ces conditions, ce que l'expérience m'a maintes fois démontré, c'est que la tumeur lacrymale apparaît en général sans qu'au début il y ait rien du côté des paupières qui, au contraire, et consécutivement, s'enflamment, deviennent granuleuses, sous l'action du traumatisme léger, mais incessant, des larmes retenues et souillées du muco-pus provenant du sac.

Dans le second ordre de causes nous trouverons : l'absence congénitale du canal nasal, que Dupuytren a vue ; sa déformation par suite d'une maladie des os ou d'une fracture ; les brides du sac lacrymal, les polypes, les granulations, les concrétions calcaires, les dacryolithes.

Parmi ces causes, nous rangerons encore certaines maladies du sinus maxillaire, dans lequel on trouve assez souvent des produc-

tions morbides, et plusieurs affections des fosses nasales, comme les polypes, les cancers, les rhinolithes, les déviations du cornet inférieur, celles de la cloison, les obstructions produites par la présence de corps étrangers dans la partie inférieure du canal. (Voyez mon Mémoire sur les dacryolithes, *loco citato*.)

Tout récemment (*Archives générales de médecine*, mars-juillet 1853), M. Béraud, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, est arrivé à des résultats très intéressants sur le mécanisme des tumeurs et fistules lacrymales. Son travail, auquel sans doute il y aura beaucoup encore à ajouter, offre ce vrai mérite d'être entièrement fondé sur l'anatomie normale et pathologique dans un sujet où manquaient surtout les dissections.

Outre les glandes folliculeuses ordinaires de toutes les muqueuses, M. Béraud décrit dans le sac lacrymal des glandes en tout point identiques avec celles de Meibomius, sécrétant le même liquide onctueux, gras et épais, occupant l'épaisseur de la muqueuse, et véritable cause, quand elles s'enflamment, des tumeurs lacrymales sans rétrécissement ou oblitération. Tel est, du moins, ce qui semble au jeune anatomiste que nous venons de citer, rendre désormais parfaitement claire la production de ces sortes de tumeurs. Nous devons avouer, tout en reconnaissant l'importance pathologique de ces nouvelles glandes, que même avec elles la question ne nous paraît guère plus avancée. Le nouvel appareil glandulaire de M. Béraud nous dévoile sans doute une source nouvelle d'inflammation pour les voies lacrymales. Il nous explique avec quelle facilité une légère affection catarrhale du sac peut gagner l'épaisseur de ses parois. Et c'est peut-être particulièrement ainsi que naissent ces phlegmons, ces abcès sur le sac qui, gagnant d'une part la cavité de ce dernier, d'une autre part s'ouvrant à l'extérieur, produisent pour ainsi dire d'emblée des fistules lacrymales, et cela par un mécanisme analogue à celui qui donne naissance à bon nombre de fistules urétrales. Nous admettons encore que ces glandes sécrètent le liquide qui remplit le sac dans les tumeurs lacrymales; mais pourquoi, les voies restant libres, y a-t-il rétention de ce liquide, et par conséquent dilatation du sac lacrymal? voilà ce que ne saurait expliquer M. Béraud.

Pour ce qui concerne les tumeurs et fistules entretenues par un simple rétrécissement ou une obstruction complète du canal excréteur des larmes, le mémoire de M. Béraud devient beaucoup plus concluant. Ici le rôle principal appartient aux valvules

qu'offre en différents points le conduit lacrymo-nasal. Elles sont au nombre de trois (1), et, pour les préparer, il faut avoir soin d'ouvrir le sac lacrymal et le canal nasal par leur côté interne.

1° Les deux orifices des conduits lacrymaux, en s'abouchant dans le sac immédiatement l'un au-dessous de l'autre, y font une légère saillie. Chacun d'eux est plus ou moins entièrement voilé par un petit repli semi-lunaire dont le bord libre se porte en haut et en dedans. Si bien que chaque goutte lacrymale s'écoulant de l'orifice interne d'un des conduits stationne dans le cul-de-sac de la valvule, où s'amasse une quantité de larmes qui varie avec le développement du petit repli.

2° L'abouchement du canal nasal dans le méat inférieur se fait à travers un diaphragme valvulaire percé vers son centre soit d'un trou arrondi, soit d'une fente dont la direction est généralement verticale; cette valvule est mince, transparente, très facile à déchirer. Son but, à l'état normal, paraît être d'isoler le canal des larmes du reste des fosses nasales en y empêchant l'abord de l'air.

3° Les deux replis précédents, bien qu'entièrement ignorés des médecins et assez mal connus des anatomistes, ont été indiqués par plusieurs auteurs. Celui dont il nous reste à parler a été découvert par M. Béraud (2). La valvule de M. Béraud est située à la partie inférieure du sac lacrymal. « Elle se détache de la paroi externe » de cette cavité et se dirige obliquement en haut. Épaisse à son » bord adhérent, elle s'amincit peu à peu jusque vers son bord » libre. Par son bord adhérent, elle embrasse ordinairement la » moitié de la circonférence du canal où elle s'implante. » La direction de cette valvule démontre que physiologiquement le sac lacrymal renferme toujours dans son intérieur une quantité plus ou moins grande de larmes.

On lira avec intérêt (*Archives*, juillet 1853, p. 80 et 81) l'ingénieuse théorie de M. Béraud pour expliquer la production de la tumeur lacrymale, la valvule de la partie inférieure du sac oblitérant le conduit. Il nous serait peut-être facile d'attaquer cette

(1) Nous négligeons ici la valvule décrite par M. Béraud, sous le nom de *valvule de Taillefer*, et qui siège au milieu du canal nasal, parce qu'elle est purement exceptionnelle.

(2) Janin a parfaitement vu cette valvule; il cite même un cas d'autopsie. On sait qu'il assimilait le sac lacrymal à la vessie, et que cette valvule n'était pour lui qu'une sorte de sphincter capable de retenir quelque temps les larmes.

explication toute mécanique. Nous réservons notre jugement jusqu'au moment où M. Béraud aura publié la dernière partie de son travail. Qu'il nous suffise de dire ici que l'inflammation nous paraît toujours jouer le rôle principal dans la formation des tumeurs lacrymales; et que celle-ci une fois développée, les valves du sac, et en particulier celle qu'a décrite M. Béraud, deviennent tout naturellement les agents du rétrécissement ou de l'obstruction complète.

TERMINAISON ET TRAITEMENT. — Le traitement de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal est d'une grande importance; de son omission ou de sa mauvaise direction il résulte, quant à la tumeur, qu'elle s'enflamme, passe avec le temps par toutes les phases de la dacryokystite aiguë, et aggrave parfois les désordres qui peuvent exister du côté des os; et quant à la fistule, qu'à la longue elle peut devenir incurable. Il importe avant tout de s'assurer de la nature de la lésion organique, et de la situation qu'elle occupe; dans cette recherche on ne devra pas se préoccuper trop, comme on l'a généralement fait depuis Scarpa, de la prédominance des causes mécaniques sur le développement de la maladie. C'est au contraire en songeant à l'extrême fréquence des inflammations du sac lacrymal, c'est en insistant sur les moyens de s'en rendre maître, avant de recourir au traitement purement chirurgical, qu'on pourra espérer de guérir l'affection, ou au moins de soulager beaucoup le malade. Le traitement sera donc seulement *médical* dans un grand nombre de cas, tandis qu'il sera à la fois *chirurgical* et *médical* dans quelques autres.

A. — TRAITEMENT MÉDICAL.

Combattre l'inflammation du sac par des moyens locaux destinés à modifier la vitalité des tissus; soutenir l'effet de ces moyens par un traitement général en rapport avec la cause présumée de la maladie: tel est le but qu'on doit se proposer ici.

Parmi les moyens *locaux* tant vantés par Beer et ses élèves, les applications de sangsues sur la région malade, aussi bien pendant l'état chronique que pendant la période aiguë, l'eau froide, les onctions d'onguent napolitain, la pommade iodurée et la compression, tiennent le premier rang. J'ai eu souvent à me louer de ces moyens en les aidant d'inspirations de liquides émollients, et de

funigations d'eau tiède dirigées dans la narine du côté malade. J'ai guéri par ce traitement fort simple des larmolements, des tumeurs lacrymales, des fistules même, datant de plusieurs années; mais j'ai fréquemment échoué aussi.

Il est indispensable, pour obtenir de bons résultats, de répéter les applications de sangsues à de courts intervalles, ou de faire de fréquentes scarifications sur la pituitaire. Un scarificateur exécuté, d'après mes indications, exprès pour les narines, par MM. Charrière et Lüer, m'a été très utile dans beaucoup de cas de larmolement et de tumeurs au début. Je trouve en me servant de cet instrument le double avantage de ne tirer que le sang nécessaire, et de ne point produire, comme par les sangsues appliquées au grand angle de l'œil, des taches ecchymotiques désagréables à tous les malades, et surtout aux femmes et aux gens du monde. Mais même appliquées sur la pituitaire, où je les ai souvent fait poser, les sangsues ne me paraissent pas valoir la petite incision de cette membrane, à cause de la difficulté de les faire prendre, et de les maintenir en place chez quelques personnes qui éprouvent de fréquents étournements sous l'influence de la piqûre.

Le traitement local a été beaucoup vanté par Demours; il est recommandé aussi par Lisfranc, et par d'autres chirurgiens de mérite. Mackenzie conseille de le borner aux collyres résolutifs pour les tumeurs simples; cependant, il est évident que si ce traitement est quelquefois suivi d'heureux résultats, il ne faut pas s'abuser sur sa valeur, surtout quand il s'agit de tumeurs déjà anciennes et d'un certain volume.

Les moyens locaux doivent surtout être employés lorsque l'on a affaire à une inflammation aiguë du sac venant de se terminer par la sortie spontanée du pus à travers la peau. Après avoir constaté au moyen du stylet explorateur que les os ne sont pas malades, il sera très avantageux de favoriser l'occlusion de la plaie par des applications de sangsues, des cataplasmes, et plus tard par des onctions mercurielles. On recommandera en même temps au malade, dans le même but, d'éviter de se moucher, et la plaie se fermant souvent en quelques jours, on aura la satisfaction de reconnaître que la tumeur lacrymale qui existait avant la dacryokystite aiguë a disparu ou notablement diminué, et que l'état du malade est devenu tout à fait supportable. Les voies lacrymales, je le sais bien, ne seront pas toujours rétablies, mais si l'on fait des injections dans les conduits en même temps que l'on

emploiera les autres moyens dont il a été parlé plus haut à propos de l'inflammation du sac, on prévendra des récives, et, dans tous les cas, on aura mieux fait dans l'intérêt du malade que de le soumettre immédiatement au traitement chirurgical toujours si douteux, si incomplet dans ses résultats. Il est d'ailleurs toujours temps d'y recourir dès que l'on reconnaît que l'ouverture à travers laquelle le pus s'est échappé du sac est devenue fistuleuse.

Quoi qu'il en soit, pour que le traitement local réussisse, ou tout au moins pour que la guérison se maintienne quand on l'a obtenue, il est indispensable, ainsi que je l'ai dit plus haut, de prescrire des moyens généraux appropriés à la constitution du malade, et ici je n'aurais qu'à répéter ce que j'ai dit tant de fois en m'occupant des ophthalmies, dont la guérison est enrayée si souvent par un vice général.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Je le diviserai en trois parties.

Dans la première j'étudierai les moyens dont le but est de rétablir les voies naturelles des larmes ;

Dans la deuxième, ceux qui consistent à en ouvrir d'artificielles ;

Dans la troisième, ceux par lesquels on parvient à fermer les voies naturelles.

§ I. Rétablissement des voies naturelles.

On cherche à l'obtenir par divers moyens, qui sont : les *injections*, le *cathétérisme*, la *dilatation*, la *cautérisation*, la *compression*. Nous indiquerons leurs diverses applications, et, autant que possible, leurs avantages et leurs inconvénients.

Injections.

On pratique l'injection de plusieurs manières et dans des cas morbides différents.

L'instrument nécessaire à cette petite opération, lorsque l'on veut faire pénétrer le liquide de haut en bas, est la seringue d'Anel.

Cette seringue est munie de canules d'or très fines, droites ou courbes, et d'une canule plus forte d'argent ; elle doit être garnie de trois anneaux, un pour le piston et deux autres pour l'index et le médius.

Les canules fines sont destinées à injecter les conduits ; la canule d'argent à faire la même opération à travers la fistule du sac, naturelle ou artificielle.

Une seringue ordinaire beaucoup plus forte que celle d'Anel, à laquelle on ajuste les sondes creuses de Gensoul, dont nous parlerons plus loin (voy. *Cathétérisme*), sert à faire des injections de bas en haut par les fosses nasales.

Injections du sac lacrymal de haut en bas.

Manuel opératoire. — Bien que d'une exécution facile en apparence, ces injections réclament beaucoup de docilité de la part du malade, et de dextérité de celle du chirurgien. Le point lacrymal inférieur est celui qu'on injecte de préférence ; d'ordinaire alors on se sert du siphon recourbé de la seringue d'Anel, et l'on se tient assis en face du malade, dont la tête est maintenue par un aide, ou appuyée contre un plan résistant. Si, pour injecter le même point, on emploie le siphon droit, qui s'engorge moins facilement, et que, pour cette raison, je trouve bien préférable, on se place derrière le malade, dont la tête s'appuie contre la poitrine de l'opérateur. Dans ce cas l'extrémité de la seringue porte sur le sourcil du patient, et y trouve le soutien nécessaire.

Pour bien pratiquer l'injection, il convient de poser l'extrémité de la canule sur le point lacrymal, et de l'y appuyer avec le plus de légèreté possible. Si par cet essai on ne pénètre pas aussitôt dans le conduit, on continue un instant encore à laisser l'instrument sur l'ouverture, et, le plus souvent, le spasme qui fermait l'orifice venant à cesser, la canule entre facilement à la profondeur voulue, c'est-à-dire à 2 millimètres environ.

Cependant, il y a des cas nombreux dans lesquels les mamelons sont si fortement contractés et le passage si étroit, que malgré ces précautions il devient impossible d'introduire la canule. On surmontera cette difficulté en remplaçant pour un moment cette canule par un stylet à olive très petite, qu'on laissera pendant quelques moments introduit dans le conduit. Puis on le retirera vivement et on le remplacera aussitôt par la canule, qui dès lors