

épidermiques. Il en résulte que si l'on veut s'assurer que le sac est libre, il faut d'abord se frayer un passage avec un stylet conique en prenant les précautions que nous avons indiquées plus haut. (Voy. p. 357.)

La déviation du conduit lacrymal inférieur, sans obstruction du mamelon, est fréquemment accompagnée d'un rétrécissement du sac facile à reconnaître au moyen d'une injection, aidée au besoin du cathétérisme. Ce rétrécissement est, à n'en pas douter, la conséquence de la déviation de l'ouverture du conduit en dehors; le sac, dans ce cas, subit une altération lente, comme tous les autres conduits non parcourus par les liquides physiologiques auxquels ils doivent donner passage. Il résulte de cette observation, très fréquente dans la pratique, qu'il ne suffirait pas de remédier à la déviation, mais encore qu'il faudrait rétablir le sac dans ses conditions normales. La déviation des quatre conduits lacrymaux, accompagnée d'obstruction ou de rétrécissement du sac, est loin d'être rare. En voilà un exemple.

Observation. — Une dame d'environ cinquante ans m'est envoyée par M. le docteur Becquet, de Neuilly, le 23 octobre 1853. Elle se plaint d'un larmolement dont l'origine remonte à un grand nombre d'années. Les paupières inférieures ne touchent plus exactement le globe oculaire, et les conduits inférieurs sont un peu renversés en dehors. Du côté gauche, la déviation est moins marquée et il y a moins de larmolement. Les points supérieurs sont légèrement déviés aussi, surtout à droite.

Une question importante se présentait ici : La déviation des conduits était-elle simple ou compliquée d'une obstruction consécutive du sac? Une injection plusieurs fois répétée donna une réponse certaine. À droite, le liquide, lancé convenablement, revint en entier par le conduit supérieur; à gauche, quelques gouttes seulement arrivèrent dans la narine. Il y avait donc obstruction complète et déjà fort ancienne à droite, et un rétrécissement très considérable à gauche.

Je pensai que l'on ne pourrait rien obtenir du côté droit par aucun traitement, que du côté gauche le procédé de M. Bowman et des injections seraient à la rigueur applicables; mais réfléchissant au temps qu'il faudrait, non pour remédier à la déviation, mais pour rétablir les conditions normales du sac, je me bornai à conseiller à la malade quelques astringents et une hygiène convenable pour ses yeux.

Quand la déviation du conduit lacrymal inférieur est la seule cause du larmolement, le procédé de M. Bowman est applicable. On s'assure avant tout que le sac lacrymal est libre.

Procédé de M. Bowman. — Rien n'est plus simple et plus ingénieux que ce moyen, que j'ai employé deux fois seulement, et deux fois avec succès. Le conduit lacrymal étant dévié en avant, il s'agit, non de le redresser, car cela n'est pas possible, mais d'en abaisser l'ouverture en la rapprochant du repli inférieur de la conjonctive. On obtient ce résultat en fendant le conduit suivant sa longueur, du côté de l'œil. C'est l'opération la plus simple et la moins douloureuse. Il suffit, pour la pratiquer, d'introduire un stylet dans le conduit jusqu'à l'ouverture du sac, puis la paupière étant tendue du côté externe, comme dans l'opération de la fistule, de glisser un couteau à cataracte, ou tout autre instrument effilé, le long du stylet et de manière à fendre le conduit du côté de l'œil dans toute son étendue. Le lendemain et le surlendemain, on introduit le stylet dans la plaie pour empêcher la réunion, et le troisième ou le quatrième jour, on a obtenu ce résultat. A partir de ce moment, les larmes qui arrivent dans le grand angle trouvent au-dessous de leur niveau un conduit convenablement disposé pour les recevoir et les diriger dans le sac (1).

Je me propose, à la première occasion, d'appliquer ce procédé aux cas divers d'atonie et de dilatation des points et des conduits non compliqués d'obstruction du sac lacrymal.

b. *Sac.* — Nous avons étudié avec soin toutes ces maladies; il serait donc inutile d'y revenir ici. (Voy. plus haut, p. 332 et suiv.)

§ IV. Larmolement par maladies des os.

Nous avons vu plus haut dans la section quatrième, p. 306 et suivantes, que les maladies des os du canal et de quelques os du voisinage produisent souvent des accidents divers du côté du sac et occasionnent le larmolement. Il ne nous reste plus ici qu'à citer quelques faits.

Carie de l'unguis. — C'est une complication assez fréquente de la tumeur et de la fistule lacrymales, que l'on rencontre le plus

(1) Voy. *Revue médic.-chirurg. de Paris*, février 1853.

souvent chez des individus atteints de scrofules ou de syphilis, mais que l'on voit aussi sur des personnes dont la constitution est en apparence parfaitement bonne. Lorsque l'unguis est malade, il n'existe véritablement aucun symptôme qui puisse faire reconnaître cette complication avant l'ouverture de la tumeur. Il y a un larmolement plus ou moins marqué, très ancien d'ordinaire, avec ou sans tumeur ou fistule, rien de plus. Dire avec Mackenzie que « la tuméfaction est située plus profondément, que les symptômes morbides qui ont leur siège dans l'appareil excréteur des larmes se développent plus lentement que dans les cas d'affection primitive du sac lacrymal, » ce n'est pas assurément indiquer de signes auxquels on puisse reconnaître cette maladie. Lorsque l'ozène existe, en même temps qu'une tumeur ou une fistule, la carie de l'unguis complique assez fréquemment le mal, mais ne l'accompagne pas nécessairement. J'ai observé plusieurs personnes qui avaient depuis longues années une tumeur lacrymale, et chez lesquelles, après avoir ouvert la peau et le sac, j'ai trouvé l'unguis malade. Là, comme dans toutes les autres circonstances, le larmolement était symptomatique. Chez d'autres, au contraire, le mal n'était apparent que depuis fort peu de temps, ou bien il débutait brusquement avec toutes les formes de l'inflammation aiguë du sac, sans être précédé de tumeur ni même d'écoulement de larmes.

Le traitement *général* ne doit pas être négligé dans les affections des os ; il devra, suivant les cas, être dirigé contre la syphilis ou les scrofules, ou être simplement tonique.

Le traitement *local* de cette affection a beaucoup préoccupé les chirurgiens. On a essayé de détruire l'os malade avec des escarrotiques, avec le feu, avec des instruments tranchants, et l'on a noté comme toujours des succès et des insuccès (1). Mais il faut bien croire que les récidives ont été fort nombreuses, puisque les moyens sont pour la plupart abandonnés aujourd'hui. M. Reybard seul, ou à peu près, pratique le procédé de Woolhouse, et personne n'emploie le bouton de feu sur l'unguis malade en respectant le sac.

Dans le cas de carie de l'unguis, la conduite du chirurgien peut être différente, suivant que l'os est ou non perforé par le mal au moment de l'ouverture du sac.

(1) Voy. Saint-Yves, p. 54 ; Guérin, p. 148, etc.

Si la perforation existe, on peut s'abstenir quelque temps encore de recourir à l'occlusion des voies lacrymales, et se borner, en introduisant seulement un peu de charpie dans la plaie, à faire disparaître la distension du sac et de la peau. Lorsque ces parties sont revenues sur elles-mêmes, il n'y a plus qu'à fermer la fistule, et, pendant un temps assez long, il peut arriver que les larmes prennent leur cours à travers l'ouverture de l'os. Malheureusement ce n'est qu'un délai plus ou moins long, car l'ouverture de l'unguis disparaît peu à peu, et les accidents se renouvellent.

Au contraire, si l'on constate une carie, il est mieux assurément, pour éviter aux malades tous les embarras et toutes les souffrances d'un long traitement, de recourir à l'occlusion complète des voies lacrymales par l'application énergique du fer rouge. Cette opération guérit plus rapidement le mal que tous les autres moyens : l'unguis est quelquefois détruit en totalité ; d'autres fois, l'intensité de la cautérisation étant moindre, il n'est atteint que superficiellement, suppure encore quelque temps et finit toujours par se guérir. On doit seulement, en pareil cas, détruire avec soin le sac à sa partie supérieure, afin que toute communication entre l'œil et les voies lacrymales soit interceptée.

La carie de l'unguis peut être accompagnée de carie de l'éthmoïde et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur ; le plus souvent cela arrive sur des personnes atteintes de syphilis ou de scrofules ; pourtant, on le répète à dessein, cette grave complication de la fistule se rencontre aussi sur des sujets de la meilleure constitution.

Voici un exemple de carie de l'unguis et de l'éthmoïde guérie par le fer rouge sur un vieillard très bien constitué.

Obs. *Carie de l'unguis et de l'éthmoïde sur un vieillard de soixante-quatorze ans. — Application du fer rouge. — Guérison.*

En janvier, mars et avril 1849, j'ai employé le cathétérisme à demeure sur M. B..., âgé de soixante-treize ans, et d'une excellente constitution, dans le but de détruire ou de rendre plus supportable une tumeur lacrymale gênante, occasionnant un larmolement purulent. Il n'y a eu qu'une amélioration de courte durée, car à l'automne l'application d'une canule suivant le procédé de Dupuytren a été pratiquée.

Le larmolement disparut pendant neuf ou dix mois ; mais passé

ce temps, le mal reparut, et je reconnus aisément, avec un stylet introduit dans la narine, que la canule s'était déplacée.

Le 27 février 1851, je cherchai à extraire cet instrument ; après maints efforts je ne réussis qu'à le pousser dans la narine, d'où il s'échappa une heure après que, fatigué, j'avais abandonné mes recherches. Le malade le sentit descendre dans sa bouche et le rendit facilement.

Le 7 mars, M. B... nous réunit, MM. Andral, baron Pasquier, Michon et moi, et après avoir reconnu, au moyen d'un stylet qui pénétrait jusque dans l'arrière-bouche, une carie étendue de l'unguis et de l'ethmoïde, on décida que je pratiquerais l'application du fer rouge et que le malade se soumettrait à un régime tonique. L'iodure de potassium fut prescrit.

Le 27 mars, en présence de M. Michon, le sac fut ouvert et le feu, appliqué vigoureusement sur l'unguis, fut ensuite promené sur les parties molles. Il n'y eut pas d'accidents, et la plaie se ferma complètement après trois semaines. Dans les premiers jours de juin, le malade retourna chez lui, en province, parfaitement débarrassé de sa tumeur. Une injection faite dans les conduits refluit tout entière, le sac était donc bien fermé ; l'unguis et l'ethmoïde étaient-ils guéris ou bien la suppuration continuait-elle en arrière ? Je ne sais.

Onze mois après l'opération, le malade revint me voir : « Je n'ai pas eu, m'écrivait-il alors (26 février 1852), de fluxions lacrymales depuis l'opération, seulement un léger larmolement aux deux yeux à peu près également par le vent ou les froids de l'hiver... Je crois ma guérison complète. »

Aujourd'hui, octobre 1853, le mal n'a pas reparu.

Voici un autre cas de carie de l'unguis dans lequel deux applications du cautère actuel ont guéri le larmolement en ouvrant en arrière une voie aux larmes, à travers l'os perforé. La partie supérieure du sac n'a pas été fermée parce que le cautère n'a pas été porté assez haut.

Obs. Carie de l'unguis. — Obstruction du sac. — Cautérisation deux fois répétée. — Voies lacrymales demeurant ouvertes par la destruction de l'unguis.

M. Maz..., vingt-cinq ans, atteint de tumeur lacrymale depuis un mois, avait un larmolement depuis plusieurs années.

Le 6 avril 1851, j'incise la tumeur et je trouve l'os unguis carié dans une assez grande étendue ; le sac est entièrement fermé à la hauteur du canal.

Le feu est appliqué et promené sur les parties dures et molles ; la peau seule est ménagée. La plaie ne se fermant pas et la suppuration se ralentissant beaucoup, une deuxième application du fer rouge est faite le 26 mai suivant. Un mois après, le malade est renvoyé chez lui avec recommandation de tenir la plaie ouverte.

Le 12 août, la plaie n'est pas encore entièrement fermée, — il s'est établi une fistule capillaire. — Cette fistule se ferme à la fin du même mois.

Le 3 novembre, la peau du grand angle est encore un peu rouge ; elle est mobile partout. Il n'y a aucune suppuration par la pression du sac et des conduits ; point de mucosités dans l'œil, sinon un peu le matin et exceptionnellement ; point de larmolement, excepté au grand vent.

L'œil et les paupières sont parfaitement sains.

L'eau, lancée avec la seringue d'Anel, traverse l'unguis et passe dans la gorge.

Obs. Tumeur lacrymale avec blépharite monoculaire et conjonctivite pustuleuse. — Cathétérisme sans résultat. — Carie des os constatée. — Cautérisation avec le feu le 24 novembre 1851. — Guérison complète après trois semaines.

Madame D..., âgée de trente-trois ans, demeurant à Paris, rue des Lavandières-Sainte-Opportune, 31, d'une constitution assez faible, quoique rarement malade, s'est présentée à la Clinique le 12 février 1851. Elle a une tumeur lacrymale à droite avec blépharite et conjonctivite pustuleuse. Cette malade a eu la petite vérole à l'âge de douze ans, et depuis cette époque son œil droit pleurait lorsqu'elle s'exposait au froid. Mais depuis un an le larmolement est devenu presque continuel, l'œil s'est enflammé plusieurs fois, la paupière est toujours rouge, tuméfiée, et souvent affectée d'orgelet ; il y a un empâtement très marqué au niveau du tendon de l'orbiculaire, qui fait une sorte de saillie sous la peau. En pressant sur ce point, on fait refluer par les conduits lacrymaux un liquide filant très corrosif, mêlé de pus, et qui excorie la joue. L'injection par la sonde d'Anel ne passe pas. On con-

seille à la malade des inspirations de vapeurs d'eau, des injections, et pendant près de huit mois elle est soumise au cathétérisme des points lacrymaux et du canal nasal. Ce traitement n'ayant amené aucune amélioration, et la malade étant sans cesse tourmentée par des ophthalmies palpébrales, on lui proposa l'opération, qui fut pratiquée le 24 octobre 1851. La tumeur fut ouverte et la cautérisation faite le même jour; l'os unguis était carié et il sortit une assez grande quantité de liquide filant et puriforme, il n'y eut aucune inflammation consécutive, et, au dire de la malade, la paupière était beaucoup moins douloureuse et moins tuméfiée trois jours après l'opération. L'escarre s'est détachée et la cicatrisation a marché régulièrement. Les lèvres de la plaie ont été écartées chaque jour pour empêcher la réunion avant la cicatrisation du fond. Au bout de trois semaines, la plaie était fermée et la cicatrice bien consolidée; il y avait une très petite bride.

L'état de la malade s'est successivement amélioré; aujourd'hui 22 janvier 1852, il n'y a plus ni rougeur, ni gonflement, ni larmolement et la vision a gagné, car sous l'influence des congestions répétées il était survenu une irritabilité rétinienne qui avait obligé cette malade de quitter son état de couturière.

J'ai souvent revu la malade, et j'ai constaté que la guérison s'est soutenue.

L'injection ne traverse pas les conduits. (Observation prise par le docteur Roumier.)

OBS. *Tumeur lacrymale. — Unguis dénudé et carié en partie. — Ulcération aiguë de la cornée droite avec hypopyon. — Ouverture de la tumeur, excision d'un lambeau de peau. — Pansement de la plaie pendant deux mois et demi. — Cautérisation avec le fer rouge. — Guérison.*

Madame M..., âgée de soixante-sept ans, journalière, demeurant à Annet-sur-Marne, d'une bonne constitution et n'ayant jamais été malade, se présenta à la Clinique le 9 août 1849. Diagnostic, ulcération aiguë de la cornée droite avec hypopyon et tumeur lacrymale. C'est cette dernière affection qui fait le sujet de la présente observation. Cette tumeur datait de trente ans et avait acquis le volume d'une grosse noix; elle recouvrait l'œil en partie, et la pression qu'elle exerçait sur le globe avait probablement déterminé l'affection aiguë de la cornée.

La tumeur fut ouverte dans la direction du sac, un peu loin de la paupière, par une large incision: il sortit une énorme quantité de pus; l'os unguis était dénudé et carié dans une petite étendue; on injecta de l'eau dans le sac, puis, comme la peau était distendue et amincie, on pratiqua une perte de substance au moyen des ciseaux, afin d'obtenir un rapport plus régulier entre les lèvres de la plaie. Celle-ci fut nettoyée et pansée avec de petites mèches de charpie pendant deux mois et demi. A cette époque, le cautère actuel fut porté à la manière ordinaire dans la profondeur du sac.

Le lendemain et les jours suivants il n'y a aucune réaction inflammatoire. La malade n'accuse ni douleur ni gêne; à la chute de l'escarre, la suppuration s'est établie et la cicatrisation s'est opérée régulièrement sans infundibulum ni adhérences; la malade, parfaitement guérie, est retournée chez elle dans les premiers jours de février.

OBS. *Antécédents spécifiques douteux. — Tumeur lacrymale compliquée d'exostose, d'ozène et de carie des os. — Cautérisation avec le fer rouge. — Guérison.*

Madame V..., âgée de soixante ans, demeurant rue de la Grande-Friperie, 2. Cette malade est pâle et d'une constitution affaiblie. Elle a depuis très longtemps un ozène, dont l'origine remonte peut-être à des accidents spécifiques; elle s'est présentée à la Clinique dans les premiers jours de novembre 1851, ayant un larmolement des deux yeux et une tumeur lacrymale à droite avec rougeur.

L'opération a été faite le jour même; on a reconnu la dénudation et la carie de l'unguis dans une assez grande étendue, ainsi qu'une exostose sur l'apophyse montante de l'os maxillaire. Le cautère actuel a été fortement appliqué.

La plaie, après avoir suppuré pendant quelque temps, s'est fermée; mais bientôt une nouvelle tumeur enflammée apparaît au niveau de l'exostose. Elle est ouverte avec la lancette, et il en sort du pus mêlé de sang. On recommande à la malade de presser chaque jour au-dessous et de mettre un cataplasme pour empêcher pendant quelque temps la fermeture de la plaie. Cette fois la tumeur n'a plus reparu, la cicatrisation a marché régulièrement, et, malgré les antécédents, au 18 septembre, la malade est aussi bien que possible.

14 janvier 1852. La malade s'est présentée pour faire constater

son état. La guérison est parfaite, le larmolement très modéré, et il n'existe aucune difformité; l'ozène persiste.

Le 21 janvier, cette malade est revenue: son état est parfait, elle ne se plaint plus du larmolement qui, dit-elle, est si peu de chose, que cela ne vaut pas la peine d'en parler. En effet, l'œil n'est ni plus brillant ni plus humide que l'autre.

Elle continue toujours le traitement général prescrit, et en particulier l'iodure de potassium. (Observation prise par le docteur Roumier.)

OBS. *Tumeur lacrymale. — Unguis carié. — Application du fer rouge. — Guérison avec larmolement.*

Madame R..., âgée de trente-huit ans, d'une constitution strumeuse, à face couperosée, a vu il y a cinq ans une tumeur se développer graduellement au côté interne du nez, à gauche. Cette tumeur, au dire de la malade, a été traitée par des cautérisations avec le nitrate d'argent faites sur la conjonctive palpébrale gauche près de la caroncule. La sclérotique, en effet, est, de ce côté surtout, d'un jaune noir verdâtre, indice certain d'applications longtemps continuées du caustique. Que ces cautérisations aient été faites ou non pour combattre cette tumeur, elle ne fut modifiée en rien dans sa marche, et la malade se présenta à la Clinique dans le milieu de l'année 1849.

La tumeur fut ouverte à cette époque, et il en sortit une grande quantité de pus; la corde à boyau, le clou de Scarpa et la canule de Dupuytren furent successivement employés sans aucun résultat. La fistule continua à fournir une suppuration très abondante; des adhérences de la peau aux os formèrent peu à peu un infundibulum très prononcé. Dans cet état de choses on proposa à la malade la destruction du sac par la cautérisation, et l'opération ayant été acceptée, on y procéda le 20 février 1850.

L'ouverture fut agrandie en haut et en bas comme à l'ordinaire, et la peau, enfoncée et adhérente aux os, fut disséquée avec soin; l'unguis était carié, le cautère actuel fut promené dans le sac et le canal nasal.

Le lendemain il existe un peu de rougeur autour de l'escarre. Compresses d'eau froide; le 26, la plaie est très étroite et tend à se fermer; par la pression il sort un peu de pus mal lié. La plaie s'est fermée après quelques jours, mais la pression faisant refluer du pus par les points lacrymaux, une nouvelle ouverture a été

pratiquée, et le cautère a été appliqué de nouveau et dirigé plus particulièrement au côté interne et supérieur de la paroi orbitaire.

Cette deuxième opération a été faite dans les premiers jours d'avril; aujourd'hui 12, l'escarre n'est point encore éliminée. L'état général est satisfaisant.

J'ai revu cette malade cinq à six mois après cette dernière opération. Il n'y avait plus aucune difformité et l'obstruction du sac était parfaite; mais à cette époque elle conservait encore du larmolement, surtout lorsqu'elle s'exposait au grand air ou au froid.

OBS. *Tumeur lacrymale volumineuse et ancienne. — Carie des os unguis et maxillaire.*

Monsieur P..., tourneur en cuivre, âgé de trente-cinq ans, demeurant à Paris, rue Guérin-Boisseau, d'une forte constitution et jouissant habituellement d'une bonne santé, s'est aperçu il y a six ans d'un peu de larmolement à gauche; cet état a duré deux ans sans que le malade y portât une grande attention. A cette époque, une tumeur s'est développée dans l'angle interne, la peau s'est enflammée ainsi que le sac, et après plusieurs jours de souffrances la tumeur s'est ouverte.

Le médecin ordinaire conseilla l'opération et engagea son client à venir me consulter; mais les accidents inflammatoires s'étant dissipés, le malade recula devant l'opération.

Cependant la tumeur ne tarda pas à reparaitre; le malade, en la comprimant, en faisait sortir, soit par le nez, soit par les points lacrymaux, du pus et des larmes. De temps à autre la tumeur s'enflammait et suppurait comme la première fois.

Après plusieurs années passées dans ces alternatives, le malade se décide à une opération qui est pratiquée le 12 janvier 1850. La tumeur est du volume d'une grosse noisette; une incision pratiquée de haut en bas dans la direction du sac lacrymal la vide, et une grande quantité de pus s'en échappe. L'unguis et l'apophyse du maxillaire sont cariés dans une grande étendue. La plaie, nettoyée et séchée au moyen de boulettes de charpie, est cautérisée profondément; le lendemain il n'y a aucun accident inflammatoire. Une compresse mouillée est maintenue sur la plaie; après quelques jours l'escarre se détache et la plaie se rétrécit promptement et tend à se fermer. Cependant il reste une très petite fistule qui donne issue à du pus; le stylet introduit fait reconnaître qu'il y a encore une

portion d'os dénudé; le 20 février, la plaie est agrandie de nouveau et cautérisée pour la seconde fois.

Le 2 mars, la plaie se cicatrise. On introduit le crayon de nitrate d'argent pour réprimer quelques bourgeons charnus proéminents; il n'y a plus de suppuration et plus de larmoiement.

Carie de l'ethmoïde et des os voisins.— C'est une affection assez commune encore, et que l'on rencontre chez les personnes scrofuleuses ou atteintes de syphilis. Assez souvent la maladie se complique d'un ozène insupportable. En voici un exemple :

Obs. M. Ch..., jeune homme de vingt-huit ans, admirablement constitué, d'une beauté et d'une vigueur remarquables, est atteint, à la suite de syphilis constitutionnelle, d'un larmoiement qui date déjà de près de deux ans, et d'un ozène qui rend sa vie fort malheureuse. Les larmes s'échappent continuellement sur la joue et, de temps en temps, distendent le sac lacrymal; l'odeur que le nez répand est si désagréable, que le malade s'est condamné à ne plus voir personne. Une dacryocystite aiguë s'étant développée, il devint nécessaire de faire une ouverture avec le bistouri, et je reconnus alors les désordres les plus étendus. L'unguis était ouvert, il y avait des fistules osseuses nombreuses, et le stylet explorateur traversait aussi bien l'ethmoïde que le maxillaire, dans lequel surtout les fausses routes se multipliaient. De temps en temps le malade mouchait de petites parties d'os. Les cornets inférieurs, le vomer et les os du nez ne présentaient aucune altération appréciable.

La fistule cutanée se ferma aisément, et je montrai à ce malheureux jeune homme à s'injecter les conduits lacrymaux, ce qu'il parvint à faire aisément devant une glace. Je lui conseillai aussi de renifler souvent de l'eau étendue au vingtième de chlorure d'oxyde de sodium, pour diminuer l'odeur si désagréable de son nez, et, depuis plus d'un an, il répète plusieurs fois par jour les injections et les inspirations. Il prend jusqu'à 4 grammes d'iodure de potassium par jour; mais, malgré le traitement prescrit de concert par un professeur de la Faculté et par moi, il est probable que l'ozène persistera et que les os du nez finiront par s'affaïsser. C'est là une terminaison assez commune que j'ai vue plusieurs fois, et dont d'Ammon a rapporté un exemple. (Voy. *Atlas*, pl. 8, fig. 15.)

Carie du cornet inférieur.— J'ai vu cette affection un certain

nombre de fois chez des individus scrofuleux ou atteints de maladies syphilitiques. Quelquefois les os voisins étaient malades; dans le cas suivant, fort heureusement, le cornet seul a été atteint par le mal.

Obs. M. X..., capitaine, âgé de trente ans, ayant eu des accidents constitutionnels, vient me trouver à la fin de l'année 1852 pour un larmoiement avec commencement de tumeur lacrymale du côté droit. Je le soumetts aussitôt aux injections avec la seringue d'Anel et à l'iodure de potassium à l'intérieur. Le liquide ne passant qu'avec difficulté, je propose le cathétérisme de bas en haut, et je constate que le cornet inférieur est à découvert dans une grande étendue. Chercher à introduire la sonde étant inutile, je m'abstiens de cette manœuvre, et je me borne au traitement par les injections.

Les choses étaient, après deux mois, à peu près dans le même état, lorsque le 22 février 1853 le malade ayant senti le cornet se détacher et venir faire saillie, accourut chez moi où il ne me rencontra pas. Il eut recours alors à son père, chirurgien célèbre de Paris, qui fit aussitôt l'extraction de l'os malade. Le larmoiement persista encore pendant une quinzaine de jours et disparut complètement. Huit mois après, la guérison s'était soutenue.

Affaïssement spontané du sinus maxillaire.— *Larmoiement consécutif.*

Cette affection est fort rare; je ne connais que le cas suivant :

Obs. « Le 22 mars 1849, M. Cooper est consulté par une femme de vingt-cinq ans, bien constituée, atteinte d'un écoulement de larmes sur les joues, également bien conformée des deux côtés de la face. Sept ans avant cette époque, elle vit paraître une tache brunâtre sous l'œil gauche, sans altération de cet organe. Cette coloration s'étendit vers le nez, puis fut suivie d'un aplatissement graduel de la joue. Elle n'a jamais éprouvé la moindre douleur. Entre le nez et l'os maxillaire, on voit, en effet, une dépression profonde, qui donne à la face un cachet spécial, ce qui paraît dû à l'affaïssement de la paroi antérieure de l'os, ainsi qu'à celui de la paroi supérieure. Du même côté, l'arcade alvéolaire présente plusieurs dents gâtées, jaunies, des gencives altérées; l'arcade alvéolaire n'est pas altérée dans sa forme. La fosse nasale du même côté est libre, mais un peu sèche. Par la bouche, le doigt

reconnaît une dépression correspondante au sinus maxillaire, sans autre signe de perte de la substance osseuse.

» M. Cooper fit enlever les dents malades. Il vit de nouveau cette femme en juin 1850 et en février 1851 ; la difformité était plus prononcée, la joue plus affaissée, la fosse nasale paraissait un peu atrophiée, l'arcade alvéolaire intacte, les téguments adhérents aux os. Le larmoiement persistait.

» L'auteur ne connaît pas de fait analogue, mais Otto dit en avoir vu quelques exemples. » (Voy. *Compendium de chirurgie pratique*, par C. Denonvilliers et L. Gosselin, II^e livraison, p. 121.)

Maladies de la pituitaire. — Parmi ces affections qui, pour la plupart, occasionnent le larmoiement, la plus commune, sans contredit, est le polype des fosses nasales. J'ai observé bien des cas de cette nature, et, après l'extraction du polype, les voies lacrymales se sont souvent, mais non pas toujours rétablies. Les tumeurs osseuses ou autres de ces parties doivent aussi être notées.

L'inflammation chronique de la pituitaire est une cause très fréquente de larmoiement; elle occasionne à la longue des modifications organiques de la muqueuse, et, dans quelques cas, une occlusion complète du canal à sa partie inférieure, comme dans l'observation de M. Auzias, rapportée plus haut. (Voy. p. 332.)

CHAPITRE III.

MALADIES DE LA MEMBRANE SEMI-LUNAIRE ET DE LA CARONCULE LACRYMALE (ENCANTHIS).

On désigne ordinairement ces maladies sous le nom collectif d'*encanthis*.

Presque tous les auteurs décrivent trois espèces d'*encanthis* : l'*inflammatoire*, le *fongueux*, le *cancéreux*. Je pense qu'il convient d'y joindre encore l'*encanthis polypeux*, le *pierreux*, l'*hydatideux* et le *mélanique*.

La membrane semi-lunaire et la caroncule peuvent être blessées de diverses manières, soit accidentellement, soit pendant l'extraction de tumeurs sous-conjonctivales, ou dans l'opération

du ptérygion et du strabisme. Dans le strabisme, elles sont souvent déplacées et refoulées dans l'orbite. Nous ne parlons ici de ces lésions que pour mémoire.

ARTICLE PREMIER.

ENCANTHIS INFLAMMATOIRE.

Lorsque la membrane semi-lunaire et la caroncule sont enflammées, elles présentent une rougeur inaccoutumée et peuvent prendre un volume considérable. Le gonflement et la rougeur s'étendent promptement aux parties voisines, et bientôt les paupières deviennent œdémateuses. Les glandes de Meibomius et les autres glandes palpébrales fournissent une sécrétion abondante, qui s'écoule en grande quantité sur les joues avec les larmes, probablement par suite de l'irritation consécutive des conduits lacrymaux, dont les fonctions absorbantes sont momentanément suspendues. Le gonflement des parties malades disparaît le plus souvent peu à peu ; mais parfois, au contraire, il fait de rapides progrès, et l'on voit alors se former dans la caroncule un abcès qui, s'il est abandonné à lui-même, s'ouvre bientôt au dehors. Il n'est pas rare dans ce cas d'avoir à constater la destruction complète de la caroncule (Rhyas), dont, après la disparition de l'inflammation, on aperçoit quelques follicules, isolés les uns des autres, et épars dans le grand angle de l'œil.

Au début de l'affection, le malade éprouve un peu de sécheresse et de tension dans le grand angle de l'œil ; mais quand la phlogose a fait des progrès, il accuse une douleur très vive, qu'il compare tantôt à la sensation d'une épine, tantôt à celle d'un fer rougi au feu, qu'on aurait introduit dans les parties enflammées. De même que dans tous les abcès, cette douleur diminue à partir du moment de la formation du pus, et disparaît aussitôt que la tumeur s'est vidée. L'œil est, en même temps, tendu et douloureux, comme dans la conjonctivite phlegmoneuse intense.

Les causes les plus fréquentes de cette maladie sont les refroidissements subits, et la présence de corps étrangers. Je l'ai observée assez souvent, mais à un degré peu élevé, à la suite du coryza ou pendant le cours de quelques conjonctivites granuleuses. Plusieurs fois j'ai constaté, comme MM. Mackenzie et Monteath,