

ARTICLE IV

MALADIES DES VOIES LACRYMALES.

Sous ce titre, nous étudierons les maladies de l'appareil sécréteur des larmes, glande lacrymale, et celles des voies d'excrétion, points et conduits lacrymaux, sac lacrymal et canal nasal.

Outre les ouvrages classiques, *Compendium de chirurgie*, *Traité de pathologie* de Follin et Duplay, de Terrier, nous conseillons à ce sujet la lecture des *Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal* du professeur Panas, que nous suivrons dans cette description.

MALADIES DE LA GLANDE LACRYMALE.

1^o PLAIES.

La glande lacrymale a été quelquefois atteinte dans les cas de plaies pénétrantes de l'orbite. Partout se trouve cité le fait de Larrey, qui vit une moitié de balle logée dans l'épaisseur de la glande lacrymale. De Graefe a observé un prolapsus de la glande lacrymale, à la suite d'une plaie de la paupière supérieure. M. Panas a rencontré un cas semblable. La conduite à tenir n'est autre que celle indiquée par les deux auteurs précédents, c'est-à-dire réduire la glande et la maintenir en place par quelques points de suture.

On ne connaît pas d'exemple de fistules permanentes succédant à des plaies de la glande lacrymale. Mais lorsque ses canaux excréteurs sont atteints, des trajets fistuleux peuvent se montrer, ou même des tumeurs formées par la rétention des larmes à l'intérieur des canaux oblitérés. Ces tumeurs prennent le nom de *dacryops*. On peut même rencontrer à la fois tumeur et fistule (*dacryops fistuleux*).

Le moyen d'éviter ces complications, c'est de pratiquer une suture aussi exacte que possible de la plaie des paupières.

2^o INFLAMMATION (DACRYO-ADÉNITE).

La dacryo-adénite est une affection rare, surtout dans sa forme

aiguë; la dacryo-adénite chronique, habituellement liée à une autre affection oculaire, se rencontre plus souvent.

A. Dacryo-adénite aiguë. — M. Panas n'a pu en rassembler que dix cas.

Les causes qui lui donnent naissance sont le traumatisme (plaies, contusions) ou le séjour prolongé d'un corps étranger dans le cul-de-sac supérieur de la conjonctive (soie de porc, Mackenzie). On a invoqué aussi l'influence du froid.

La dacryo-adénite se révèle par une douleur violente, un gonflement dur, siégeant à la partie externe de la paupière supérieure, du chémosis. Lorsque la portion orbitaire de la glande a pris un grand volume, l'œil est refoulé en bas et en dedans.

La marche est en général assez rapide, et au bout de quelques jours, la suppuration se produit et se fait jour, soit vers la peau, soit du côté de la conjonctive. On peut voir aussi la terminaison par résolution ou par passage à l'état chronique.

B. Dacryo-adénite chronique. — Celle-ci est rarement primitive. Le plus souvent elle succède à une ophthalmie de voisinage, surtout chez les scrofuleux. Dans quelques cas, elle a été trouvée d'origine syphilitique. Comme la dacryo-adénite aiguë, elle siège habituellement d'un seul côté; mais elle peut être double. Elle se présente alors sous forme d'une induration siégeant au côté externe de la paupière supérieure, et reproduisant par sa forme la figure de la portion palpébrale de la glande. La tumeur fait saillie dans le cul-de-sac conjonctival, ce dont on s'assure en renversant sur elle-même la paupière supérieure. Le globe oculaire est refoulé en bas et en dedans.

La marche est lente, et la terminaison habituelle est l'induration. Parfois cependant la maladie passe à l'état aigu et peut se terminer par suppuration.

Diagnostic. — C'est surtout dans la forme aiguë qu'il présente des difficultés. On pourrait confondre, en effet, l'inflammation aiguë de la glande lacrymale avec une ostéo-périostite limitée à la loge de cette glande. On l'en distinguera, en constatant que, dans la dacryo-adénite, la tumeur *lobulée* fait saillie dans le cul-de-sac conjonctival, et occupe une partie de la paupière supérieure. Une fois la collection purulente ouverte, l'exploration avec un stylet révélera parfois la dénudation des os dans le cas d'ostéo-périostite phlegmoneuse.

Traitement. — Dans la dacryo-adénite aiguë, le traitement sera d'abord antiphlogistique. Quand l'abcès sera formé, il faudra l'ouvrir; mais ici les avis sont partagés : les uns voulant donner issue au pus par la conjonctive, pour éviter une cicatrice cutanée (Abadie); les autres préférant l'ouverture par la peau. Avec le professeur Panas, nous croyons cette dernière manière de faire préférable. Elle est plus favorable au drainage et au lavage de la cavité avec les liquides anti-septiques. Elle n'a pas l'inconvénient de mettre le pus en contact avec le globe de l'œil. Enfin, faite parallèlement à la queue du sourcil, l'incision se cache dans les plis de la paupière, et ne laisse qu'une cicatrice imperceptible.

Dans la forme chronique, le traitement doit être résolutif (pommades iodurées). En même temps, il s'adressera à l'état général syphilitique ou scrofuleux.

5° FISTULES.

Déjà à propos des traumatismes de la glande, nous avons noté que des plaies de la paupière supérieure peuvent intéresser ses conduits excréteurs et donner naissance à des fistules. L'ulcération de la paupière par un lupus (Arlt) a pu aboutir au même résultat.

Ces fistules, d'ailleurs très rares, se présentent sous forme d'un pertuis donnant passage d'une manière intermittente à un liquide incolore, alcalin, d'un goût salé, ayant en un mot, tous les caractères des larmes.

Souvent, en même temps que l'orifice normal est oblitéré du côté de la conjonctive, l'orifice fistuleux a tendance à se fermer; on voit alors, sous l'influence de la rétention du liquide, se former des abcès qui s'ouvrent et se ferment à plusieurs reprises. Exceptionnellement, au lieu de donner naissance à un abcès, le liquide, en s'accumulant à l'intérieur des canaux, forme une tumeur ou kyste lacrymal, connu sous le nom de dacryops. La combinaison de la fistule et du kyste donne naissance au dacryops fistuleux.

Traitement. — Les cautérisations, les injections modificatrices sont insuffisantes, le liquide continuant à être sécrété par la glande. Aussi faut-il imiter Bowmann, Jarjavay et Rognetta, c'est-à-dire transformer la fistule cutanée en fistule conjonctivale, par un procédé analogue à celui qu'a conseillé Deguise pour le traitement des fistules

salivaires. L'écoulement des larmes étant assuré du côté de la conjonctive, on pourra alors aisément obtenir l'occlusion du trajet fistuleux par les caustiques.

4° TUMEURS.

Les tumeurs de la glande lacrymale sont rares. Les unes sont des tumeurs liquides ou kystes, les autres des tumeurs solides.

A. — KYSTES.

Ils se développent dans la portion palpébrale de la glande ou dans sa portion orbitaire.

a. Kystes de la portion palpébrale. — Ils sont connus sous le nom de dacryops, et appelés dacryops simple ou dacryops fistuleux, suivant qu'ils sont ou non accompagnés de l'existence d'une fistule.

Les causes qui peuvent donner naissance au dacryops sont les traumatismes et les brûlures de la paupière supérieure. Il en résulte en effet des cicatrices vicieuses qui oblitérent l'un des conduits excréteurs de la glande. Celui-ci, en se laissant distendre par les larmes, constitue la tumeur kystique. A l'appui de cette pathogénie, on peut citer l'examen histologique de la paroi pratiqué par Legros, qui la trouva tapissée à sa face interne d'un épithélium cylindrique identique à celui des conduits excréteurs de la glande lacrymale.

Le liquide contenu dans le kyste est incolore et transparent. Son analyse, faite par Réveil dans un cas appartenant à Broca, a montré qu'il diffère des larmes normales par une proportion surabondante d'albumine et par sa pauvreté en sels inorganiques, notamment en chlorure de sodium.

Le dacryops se montre sous la forme d'une tumeur mobile et indolente, qui occupe l'angle externe de la paupière supérieure et fait saillie dans le cul-de-sac conjonctival. Cette tumeur est fluctuante et transparente, ordinairement lisse, parfois lobulée, comme dans un cas de Wecker. Elle cause à peine un peu de gêne du côté de l'œil. On arrive, dans quelques cas, à réduire son volume par la pression. Inversement, on a noté l'augmentation du kyste, dans les moments où la sécrétion des larmes est exagérée.

Parmi les nombreux traitements qui ont été conseillés, il en est qui doivent être mis de côté. La ponction simple est insuffisante à prévenir la récurrence; la ponction suivie d'injection iodée a réussi à Broca, mais elle expose à une violente inflammation de la conjonctive. Le séton filiforme employé par Beer, outre l'inflammation suppurative de la paupière à laquelle il donne lieu, expose à l'établissement d'une fistule permanente.

Restent l'excision partielle du kyste par la conjonctive, qui a donné plusieurs succès; et même, dans les cas où la tumeur est petite et où la paupière peut être complètement renversée, l'extirpation complète du kyste par la conjonctive (Panas).

b. Kystes de la portion orbitaire. — Nous ne citons que pour mémoire ces kystes, sur l'existence et la nature desquels il existe encore aujourd'hui, de l'aveu de tous les auteurs, la plus grande obscurité. Peut-être existe-t-il des kystes prenant leur point de départ dans les acini de la glande; mais peut-être aussi leur origine se fait-elle dans le tissu cellulaire environnant; tel serait le cas notamment pour les kystes hydatiques signalés dans cette région.

B. — TUMEURS SOLIDES.

Il existe encore aujourd'hui du doute sur la nature exacte de ces tumeurs, qui n'a pas toujours été précisée d'une façon rigoureuse par l'examen microscopique. Toutefois, les plus nombreuses d'entre elles paraissent appartenir à l'adénome. On a vu quelquefois des tumeurs mixtes, fibro-adénomes, myxo-adénomes.

Il existe un seul exemple bien incontestable d'enchondrome, rapporté par Busch, et dans lequel l'examen histologique fut pratiqué par Reinhardt et Wagner.

Quant aux tumeurs malignes, sarcomes et carcinomes, leur nature n'a pas été précisée avec un soin suffisant. Mackenzie a signalé dans la glande lacrymale une variété particulière de tumeur, le chloroma, qui ne serait qu'un sarcome dont la coloration verdâtre serait due à la matière colorante du sang. Dans la plupart des cas, d'ailleurs, ces tumeurs coïncidaient avec des néoplasmes semblables développés dans la dure-mère ou dans les os du crâne.

Avant d'être apparente, la tumeur peut trahir son existence par quelques troubles fonctionnels, un peu de gêne et de douleurs au

côté externe des paupières, de l'épiphora. Au fur et à mesure que la tumeur progresse, elle repousse en bas et en dedans le globe de l'œil et l'on constate de l'exophtalmie. Elle amène du gonflement de la paupière et même du ptosis, par compression et paralysie du releveur de la paupière supérieure.

C'est surtout avec les tumeurs de l'orbite que doit être fait le diagnostic; nous en parlerons à ce propos. Quant au traitement, il consiste dans l'extirpation de la glande malade.

II

MALADIES DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

1° ANOMALIES CONGÉNITALES.

On peut les diviser en deux groupes: les anomalies par excès, et les anomalies par défaut.

a. Anomalies par excès. — Plus fréquentes que les anomalies par défaut, elles consistent dans l'existence de deux points lacrymaux, dont l'un est situé à sa place normale, l'autre plus ou moins éloigné. Quelquefois le point lacrymal surnuméraire donne naissance à un conduit qui se termine en cul-de-sac; dans d'autres cas, les deux conduits se rejoignent et se fusionnent; enfin ils peuvent s'ouvrir isolément dans le sac lacrymal. C'est le plus souvent à la paupière inférieure que s'observe cette anomalie. Toutefois on peut la voir aussi à la paupière supérieure, ainsi que Steffan en cite un exemple rencontré chez un homme de soixante ans.

b. Anomalies par défaut. — On a vu un ou plusieurs points et conduits lacrymaux faire complètement défaut. Dans d'autres cas, le conduit existe, mais le point lacrymal est oblitéré par une mince pellicule. Pour rétablir le cours des larmes, il suffit alors, comme l'a fait Zehender, de déchirer à l'aide d'une aiguille cette fine membrane.

Enfin Morgagni a cité l'atrésie ou étroitesse congénitale des points et des conduits lacrymaux.

2° LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Les plaies des paupières peuvent intéresser les points et les conduits lacrymaux ; les brûlures peuvent amener le même résultat.

C'est surtout à la paupière supérieure qu'on rencontre cette complication. Il en résulte parfois une oblitération ou bien une déviation du point lacrymal, et par suite, du larmoiement. Dans d'autres cas, les plaies ont donné naissance à une fistule cutanée, livrant passage aux larmes.

Le traitement consiste à pratiquer une réunion exacte des lèvres de la plaie. De plus, il faudra de bonne heure recourir au cathétérisme du conduit intéressé.

3° INFLAMMATIONS.

Les inflammations des points et des conduits lacrymaux se lient habituellement à celles de la conjonctive ou du sac lacrymal. Elles peuvent donner naissance à des abcès se formant dans l'intérieur du conduit lacrymal ou autour de lui. Il est parfois possible de faire refluer le pus par l'orifice du point lacrymal. On a vu ces abcès, s'ouvrant spontanément, donner naissance à des fistules cutanées. Aussi faut-il les ouvrir prématurément, en fendant le conduit lacrymal.

4° FISTULES.

Déjà nous avons dit que les traumatismes des points et des conduits lacrymaux, aussi bien que leur inflammation, pouvaient donner naissance à des fistules cutanées. Talko cite un cas dans lequel les deux conduits, supérieur et inférieur, étaient le siège d'une semblable fistule, à la suite d'abcès des conduits. Dans le cas d'une fistule du conduit supérieur, survenue à la suite d'une plaie contuse de la paupière, Lecomte eut recours au procédé de Deguise pour la fistule salivaire, c'est-à-dire qu'il transforma la fistule cutanée en une fistule conjonctivale. Les larmes trouvant alors un passage vers la conjonctive, l'orifice fistuleux se cicatrisa.

Au lieu de se servir, pour sectionner les tissus, d'un fil métallique

qui irrite la conjonctive, on pourrait, comme le conseille M. Panas, les sectionner simplement au bistouri. On favorisera ensuite, à l'aide de caustiques, l'occlusion de l'orifice fistuleux ; en même temps, par le cathétérisme, on s'opposera à l'oblitération du conduit lacrymal ainsi rétabli.

5° CORPS ÉTRANGERS.

On peut les diviser en deux groupes, suivant qu'ils viennent du dehors ou qu'ils se forment dans l'intérieur même des conduits lacrymaux.

Parmi les corps étrangers venus du dehors, les plus fréquents sont les cils ; on y a vu aussi des barbes d'épis de blé, d'orge, des éclats métalliques.

Quant aux corps étrangers qui se développent dans l'intérieur des conduits, ils sont de deux ordres : des calculs et des cryptogames.

Les calculs, ou dacryolithes, ont une grande ressemblance avec les calculs des conduits salivaires. Ils sont formés de phosphate et de carbonate de chaux, et de matières organiques (Bouchardat).

Les amas de cryptogames appartiennent au *leptothrix buccalis*. C'est le plus souvent dans le conduit lacrymal inférieur qu'on les rencontre. Förster explique leur présence par l'habitude qu'ont certaines personnes de se servir de leur salive comme d'un topique excellent dans les maladies des yeux.

Ces corps étrangers donnent naissance à l'inflammation du conduit et du point lacrymal, qui se propage à la caroncule et au pli semi-lunaire. Il en résulte du larmoiement, du gonflement sur le trajet du conduit, l'issue par le point lacrymal d'un liquide purulent. Quelquefois on aperçoit au dehors une partie du corps étranger. Dans les cas de calculs, l'exploration avec le stylet donnera un contact caractéristique. Quant aux leptothrix, ils n'ont pas la même dureté ; mais le stylet pourra ramener des masses noirâtres, qui, examinées au microscope, trancheront le diagnostic.

Le traitement consiste à pratiquer l'extirpation du corps étranger avec ou sans dilatation préalable du conduit. Si l'extraction par l'orifice normal n'est pas possible, on pratiquera l'incision du conduit lacrymal.

6° POLYPES.

Des corps étrangers il faut rapprocher certaines productions morbides, polypiformes, qui peuvent se montrer dans l'intérieur des conduits lacrymaux. Ce sont moins de véritables polypes que de simples bourgeons charnus, consécutifs à une ophthalmie purulente ou granuleuse. Ces productions peuvent faire saillie au dehors à travers le point lacrymal, sous la forme de petites tumeurs rouges et lobulées. Le traitement consiste à en pratiquer l'excision, après incision du canalicule.

7° RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION.

Les traumatismes et les inflammations des voies lacrymales sont souvent la cause du rétrécissement et de l'oblitération des points et des conduits lacrymaux. Mais une autre cause très fréquente de rétrécissement de ces canaux, c'est leur déviation.

Si un seul des deux conduits lacrymaux est oblitéré, l'autre continuant à fonctionner, il n'y a que peu de larmolement. Dans le cas contraire, toutes les larmes s'écoulent sur la joue, et la narine du côté correspondant est d'une sécheresse absolue.

L'examen des conduits avec un fin stylet d'Anel, les injections poussées à travers ces canaux avec la seringue du même auteur, serviront à compléter le diagnostic.

8° DÉVIATIONS.

Elles portent surtout sur le point lacrymal inférieur, et peuvent se produire soit en dedans (inversion), soit en dehors (éversion). Cette dernière variété est la plus fréquente.

L'inversion est due à l'atrophie sénile du tissu cellulograsseux de l'orbite; on l'observe aussi dans certains cas d'entropion.

Quant à l'éversion, beaucoup plus fréquente, elle résulte de la rétraction de la peau succédant à des plaies, des brûlures, de l'eczéma des paupières; on la rencontre aussi dans l'ectropion, et dans le relâchement des paupières consécutif à la paralysie faciale (paralysie de l'orbiculaire).

La déviation des points lacrymaux et le rétrécissement qui en résultent amènent du larmolement. Dans les cas de déviation du point lacrymal inférieur, il existe une nappe de larmes entre l'œil et la paupière inférieure éversée. Quand on engage le malade à regarder en haut, on exagère la distance existant entre le globe de l'œil et le point lacrymal dévié.

Traitement. — Le traitement le plus simple de l'éversion du point lacrymal et du rétrécissement qui lui fait suite est celui conseillé par Bowmann. Il consiste à fendre le point et le canal lacrymal dans toute sa longueur, soit avec le couteau de Weber, soit à l'aide du stricturotome de Giraud-Teulon, construit sur le modèle de certains uréthrotomes. L'incision est également le procédé qui convient le mieux aux coarctations limitées du conduit lacrymal.

Dans les cas d'oblitération complète du point lacrymal, il faut pratiquer avec des ciseaux l'excision oblique de ce point, chercher la lumière du conduit, puis le sectionner comme dans le cas précédent. On aura recours ensuite au cathétérisme pour empêcher l'oblitération du trajet ainsi créé. Lorsque l'oblitération n'est pas limitée seulement au point lacrymal, mais qu'elle s'étend à une certaine longueur du conduit lui-même, on imitera la conduite suivie par Bowman, c'est-à-dire qu'on pratiquera, en dedans de l'obstruction, une incision verticale, puis, sur la coupe des tissus, on cherchera l'orifice du conduit lacrymal. Après quoi on pratiquera l'incision du conduit et son cathétérisme, comme précédemment. Enfin, dans le cas d'oblitération totale du point et du conduit lacrymal dans toute sa longueur, il faut, ou ne rien tenter, comme le pensait J.-L. Petit, ou bien, avec Antoine Petit (de Lyon) et Léveillé, pratiquer du côté de la conjonctive, entre la caroncule lacrymale et le globe de l'œil, une excision partielle du sac lacrymal, pour rétablir le cours des larmes. Encore l'opération manque-t-elle souvent son but à cause de l'oblitération de l'orifice artificiel ainsi formé. Quant à l'extirpation de la glande lacrymale pour combattre en pareil cas le larmolement, nous pensons avec le professeur Panas que c'est une opération trop grave et non justifiée.

III

MALADIES DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

1^o ANOMALIES CONGÉNITALES.

On a noté l'absence du sac lacrymal et du canal nasal, en même temps que d'autres anomalies de l'appareil de la vision.

Quant aux imperforations et aux rétrécissements congénitaux du canal nasal, ils accompagnent habituellement la tumeur lacrymale congénitale. Enfin, on a noté aussi la largeur anormale du canal nasal, et la faculté qu'ont certaines personnes de faire passer de l'air par les voies lacrymales pendant les violents efforts d'expiration, les narines et la bouche étant closes. Cette largeur anormale du canal lacrymo-nasal n'apporte aucune gêne à l'écoulement des larmes.

2^o LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Suivant la remarque du professeur Panas, le sac lacrymal, protégé par le rebord orbitaire et la saillie du nez, n'est que rarement le siège de lésions traumatiques. Celles-ci sont produites par des instruments piquants ou par des projectiles lancés par la poudre. La rupture sous-cutanée du sac, à la suite de contusions, a été admise par Mackenzie, et Taylor en a signalé un exemple.

Quant au canal nasal, il peut être lésé dans ses parois osseuses ou dans la fibro-muqueuse qui le tapisse. Les fractures des os du nez avec enfoncement, celles du maxillaire supérieur, peuvent s'étendre jusqu'aux parois osseuses du canal nasal et y déterminer même la production d'esquilles. Les lésions de la fibro-muqueuse résultent beaucoup plus souvent d'un cathétérisme mal fait que d'un traumatisme accidentel.

Le diagnostic de ces diverses lésions ne présente point en général de difficultés. Les plaies du sac lacrymal seront aisément reconnues par l'issue au dehors des larmes, et des injections poussées par les points lacrymaux. Mackenzie a donné, comme signe de la rupture sous-cutanée du sac, l'emphysème. Nous pensons, avec MM. Panas

et Terrier, que ce dernier symptôme dénote bien plutôt l'existence d'une lésion des parois osseuses du canal lacrymo-nasal. Dans le cas de fracture, il existe, en même temps que de l'emphysème, une ecchymose des parties voisines et une hémorrhagie nasale. Ces deux derniers symptômes appartiennent aussi aux lésions de la fibro-muqueuse. Les déchirures de la muqueuse, comme les fractures, peuvent donner ultérieurement naissance au rétrécissement du canal lacrymal, soit par la production de brides cicatricielles, soit par l'existence d'un cal ou d'un fragment osseux déplacé. De là, des tumeurs et des fistules lacrymales.

Traitement. — Dans les cas de plaie du sac lacrymal, il faut pratiquer une suture exacte, pour éviter la formation d'une fistule. Si, au lieu d'une plaie nette, il s'agit d'une plaie contuse, ce conseil ne sera plus applicable; mais l'on s'efforcera, par des pansements bien faits et par des cautérisations, d'amener l'oblitération de l'orifice anormal.

Quant aux fractures, on pratiquera, s'il est possible, l'enlèvement des esquilles, puis, de bonne heure, on aura recours au cathétérisme pour éviter la formation d'un rétrécissement. C'est encore au cathétérisme et, au besoin même, à la section du rétrécissement qu'on aura recours dans les cas où ce dernier succédera à une lésion de la fibro-muqueuse. Nous aurons, du reste, à revenir longuement sur ces méthodes, à propos de la tumeur lacrymale.

3^o DACRYOLITHES.

Comme dans les conduits lacrymaux, on a trouvé dans le sac lacrymal des calculs ou dacryolithes. Ces corps étrangers donnent lieu, par leur présence, à une dacryo-cystite suppurée. Leurs symptômes se confondent donc avec ceux de cette dernière affection. C'est seulement l'existence d'une tumeur dure et irrégulière dans la région du sac qui permettra de supposer l'existence de calculs. Le cathétérisme pratiqué, soit par les points lacrymaux, soit par un trajet fistuleux, confirmera le diagnostic, en permettant de reconnaître le contact particulier dû au choc des calculs.

Le traitement consiste à faire, sur la paroi antérieure du sac, une incision pour le débarrasser des corps étrangers.

4^o POLYPES.

Ces polypes sont fort rares; il ne faut pas, en effet, comme Desmarres père, les confondre avec les bourgeons charnus fongueux qui se produisent assez souvent dans le cours de la dacryo-cystite suppurée. Il existe de véritables polypes du sac, dont les exemples ont été signalés par Janin, Walther et de Graefe.

Le diagnostic des polypes repose sur ce fait, qu'après avoir exercé une pression sur le sac pour le vider du pus qu'il contient, il ne se laisse pas affaisser complètement. Mais c'est seulement après l'ouverture de la paroi antérieure du sac qu'on pourra reconnaître, d'une façon certaine, l'existence du polype. Le traitement consistera à en pratiquer l'excision, suivie de la cautérisation de son point d'implantation.

5^o INFLAMMATION (TUMEUR ET FISTULE LACRYMALES).

L'inflammation du conduit lacrymo-nasal est quelquefois désignée sous le nom de dacryo-cystite, dont on décrit deux formes, suivant qu'elle est aiguë ou chronique. Mais, dans l'immense majorité des cas, la dacryo-cystite aiguë n'est point primitive. Elle survient comme épiphénomène dans le cours de la dacryo-cystite chronique, à laquelle nous la rattacherons. La dacryo-cystite donnant lieu à l'existence d'une tumeur limitée dans le grand angle de l'œil est connue aussi sous le nom de tumeur lacrymale. La production de fistule (fistule lacrymale) n'est qu'une phase de l'affection. Aussi pouvons-nous, sous le terme général de tumeur lacrymale, décrire tous les accidents qui se rattachent à l'inflammation des voies lacrymales.

Historique. — Ignorant l'existence des voies d'excrétion des larmes, les anciens ne pouvaient avoir une idée exacte de la tumeur lacrymale. Toutefois, la maladie elle-même n'était pas restée pour eux inaperçue; ils la désignaient sous le nom d'*œgilops*; et la rattachaient à une altération de l'unguis. Il est même intéressant de remarquer, avec M. Panas, que, malgré l'ignorance où ils étaient de la pathogénie exacte de cette affection, ils ne laissaient pas que de lui opposer un traitement efficace. Ils avaient recours à la cauterisation

soit par les caustiques potentiels, soit par le fer rouge; ils avaient même des cautères spéciaux, dits cautères à œgilops.

La période moderne a succédé à la découverte des voies lacrymales par André Vésale et Fallope. Elle commence avec Anel, Maître Jean (1707) et surtout J.-L. Petit, qui adressa, en 1754, un mémoire sur ce sujet à l'Académie des sciences. On vit dès lors dans la tumeur lacrymale le résultat d'une gêne de l'écoulement des larmes, et les traitements divers qu'on proposa avaient tous pour but de rétablir les voies naturelles.

Anatomie pathologique. — Les autopsies de tumeurs lacrymales sont fort rares. Elles ont montré, la plupart du temps, des lésions inflammatoires de la muqueuse lacrymo-nasale. Quelquefois le sac a été trouvé dilaté, sa muqueuse épaissie et fongueuse; dans d'autres cas, au contraire, elle était extrêmement amincie, lisse et présentant l'aspect d'une séreuse (Dolbeau); Berlin a constaté par place la destruction de l'épithélium.

Le contenu est un mélange de pus et de larmes; quelquefois c'est du muco-pus, ou même du mucus tout à fait pur. Dans ce dernier cas, il y a souvent oblitération simultanée du canal nasal et des conduits lacrymaux, et la tumeur, isolée de toutes parts, constitue un véritable kyste désigné sous le nom de *muco-cèle*. Le gonflement inflammatoire de la muqueuse, l'existence de granulations fongueuses, polypiformes, expliquent les rétrécissements et les oblitérations qu'on rencontre parfois en même temps que les autres lésions.

Les os peuvent présenter également des altérations fort importantes. Déjà nous avons dit que les anciens plaçaient dans la carie et la nécrose de l'os unguis la cause de la tumeur lacrymale. Il s'en faut de beaucoup que ces lésions osseuses soient habituelles, mais on les rencontre parfois chez les scrofuleux et les syphilitiques. Les manœuvres maladroites de cathétérisme, en produisant la dénudation des os, peuvent aussi donner naissance à des ostéo-périostites. Des gommes du périoste, des ostéo-périostites diffuses, des exostoses, peuvent se montrer, soit dans la région du sac lacrymal, soit plus bas, sur le trajet du canal nasal. Enfin, des tumeurs osseuses de voisinage peuvent venir comprimer le canal lacrymo-nasal. Rappelons enfin les cas de tuberculose du sac lacrymal; deux faits de cette nature ont été publiés par Haab, un troisième appartient à M. Gayet.

Étiologie et pathogénie. — Les lésions traumatiques des