

voies lacrymales, fractures, déchirures de la muqueuse, peuvent par la formation de cals exubérants, de coarctations fibreuses, donner naissance à des tumeurs lacrymales. Les tumeurs du sac, les polypes, les corps étrangers, les dacryolithes, peuvent amener le même résultat. A côté des oblitérations accidentelles, il faut citer les oblitérations congénitales donnant naissance aux tumeurs lacrymales congénitales observées par Dolbeau et Galezowski. Bien que très rares chez les nouveau-nés, les tumeurs lacrymales s'observent cependant chez eux; mais, suivant la remarque de Critchett, il faut bien se garder de les considérer toutes comme congénitales. Elles peuvent résulter de la propagation de l'inflammation de la conjonctive aux voies lacrymales, notamment à la suite de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Mais ces différentes causes sont exceptionnelles et ne sauraient rendre compte de l'immense majorité des dacryo-cystites chroniques observées. Scarpa ayant reconnu la coïncidence fréquente de la blépharo-conjonctivite et de la tumeur lacrymale, pensait que la pénétration du pus conjonctival dans le sac lacrymal était la cause de son inflammation. Mais le plus souvent la blépharo-conjonctivite, loin d'être la cause de la tumeur lacrymale, lui succède; cette explication ne saurait donc être admise. Il en est de même de la théorie chimique invoquée par Galezowski, qui place dans une alcalinité exagérée des larmes la cause de l'inflammation des voies lacrymales. La propagation de l'inflammation de la conjonctive aux voies lacrymales suffit pour expliquer la production de l'affection. C'est surtout dans les conjonctivites catarrhales ou purulentes, dans celles qui succèdent aux fièvres éruptives et, en particulier, à la rougeole qu'on observe cette propagation. On la voit encore dans la conjonctivite granuleuse.

On comprend que les inflammations parties de la muqueuse pituitaire puissent aussi s'étendre aux voies lacrymales. M. Panas admet cette propagation. Mais il faut bien avouer qu'on en a rarement la démonstration. M. Terrier dit l'avoir souvent recherchée, sans pouvoir la rencontrer.

Le sexe joue bien certainement un rôle, et les femmes présentent beaucoup plus souvent que les hommes des tumeurs lacrymales. M. Terrier cite à cet égard les résultats de sa pratique dans les hôpitaux de vieillards; tandis que les tumeurs lacrymales sont rares à

Bicêtre, elles se voient très fréquemment à la Salpêtrière. Rare chez les enfants, la tumeur lacrymale se rencontre le plus souvent chez les adultes.

Une conformation particulière de la face, produisant un rétrécissement du canal nasal, a été invoquée comme cause prédisposante. Ce rétrécissement se rencontrerait dans deux cas très opposés; dans l'aplatissement antéro-postérieur du nez propre à l'hypermétropie et au type facial dans la race mongole; et dans l'aplatissement latéral ou effilement du nez, tel qu'on le rencontre dans la race juive. Serres a signalé comme cause de la fréquence plus grande de la tumeur lacrymale à gauche, l'étrécissement congénital plus grande du canal nasal de ce côté.

Signalons aussi comme causes la scrofule et la syphilis, dont l'influence se traduit surtout par des lésions osseuses. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'influence de la syphilis. Lagneau fils, dans un travail sur ce sujet, a rapporté sept cas tout à fait probants à cet égard. Dans ces faits, il y avait des exostoses, des nécroses, des perforations osseuses. C'est donc surtout la syphilis tertiaire qu'il faut incriminer. Il n'est pas prouvé que certaines dacryo-cystites syphilitiques observées dans la période secondaire tiennent à des localisations de la diathèse sur la muqueuse lacrymonasale, comme l'admet Lancereaux.

M. Abadie, se fondant sur cette observation faite par Cuseo, que beaucoup de personnes portant des tumeurs lacrymales ont en même temps des caries dentaires, admet que l'ostéo-périostite d'origine dentaire peut se propager jusqu'au canal nasal. Mais ce mécanisme est loin d'être bien établi, et il est permis de penser avec M. Panas que carie dentaire et tumeur lacrymale sont sous la dépendance d'une même cause, la scrofule.

Enfin, dans ces derniers temps, le professeur Badal (de Bordeaux) a attribué les maladies de l'appareil lacrymal aux vices de la réfraction, et en particulier, à l'hypermétropie.

Quant à la pathogénie des accidents, elle est encore à l'heure actuelle très contestée. Les diverses opinions qui se sont produites à ce sujet peuvent être rapportées aux deux théories suivantes: 1<sup>o</sup> la théorie inflammatoire; 2<sup>o</sup> la théorie mécanique.

Déjà nous avons dit que les anciens, ignorant l'existence des voies d'excrétion des larmes, rapportaient à une inflammation d'origine

osséuse la tumeur lacrymale. Lorsque le canal nasal et le sac lacrymal eurent été découverts, on attribua alors à un obstacle mécanique sur leur trajet, à un rétrécissement de ces conduits, la gêne de l'excrétion des larmes, le larmolement et tous les accidents consécutifs qui caractérisent la tumeur lacrymale. En un mot, la théorie inflammatoire fut délaissée d'une façon beaucoup trop complète pour la théorie mécanique. Aujourd'hui on y est revenu, et certains auteurs, tels que MM. Panas et Terrier, admettent même que la phlegmasie des voies lacrymo-nasales est primitive, et que les rétrécissements ne se produisent que secondairement, sous l'influence des altérations inflammatoires de la muqueuse. A l'appui de la théorie inflammatoire, on peut invoquer avec M. Panas les expériences de Weber, qui ont montré que, dans un appareil disposé comme celui des larmes, il suffit d'introduire un liquide un peu visqueux pour faire cesser l'écoulement. Le mucus sécrété sous l'influence de l'inflammation produira facilement le même résultat. Du reste, la clinique nous montre des cas dans lesquels il est possible de vider le sac lacrymal du liquide qu'il contient en exerçant sur la tumeur une pression assez faible. Dans ce cas, il n'y a donc point de coarctation marquée sur le trajet du canal nasal. Mais à côté de ces faits, il en est d'autres dans lesquels l'existence d'un rétrécissement accidentel ou congénital est indéniable. Aussi pensons-nous, avec les auteurs du *Compendium*, avec M. Duplay, que les deux théories mécanique et inflammatoire doivent être admises. Tantôt l'une, tantôt l'autre, nous donnera l'explication des accidents; quelquefois même les deux mécanismes doivent être admis simultanément. Ce sont là des considérations fort importantes au point de vue du traitement, et nous devons y revenir à ce moment.

**Symptomatologie.** — Mackenzie a donné de la maladie une description commode pour grouper tous les symptômes qu'elle est susceptible de présenter. Elle peut être conservée, à condition de faire remarquer que tous les phénomènes qu'elle comporte ne se produisent pas nécessairement, et qu'un ou plusieurs des anneaux de cette chaîne peuvent faire défaut. Il divise en cinq périodes la marche de la tumeur lacrymale :

*1<sup>re</sup> période.* — **Larmolement.** — Au début, c'est le larmolement ou épiphora qui caractérise essentiellement l'affection. Le malade ressent des picotements, des brûlures, et se fatigue vite, lorsqu'il

applique ses yeux, au point que ces symptômes simulent l'asthénopie accommodative. Les larmes coulent sur la joue d'une manière intermittente d'abord, puis continue; ce larmolement s'exagère surtout lorsque l'œil est exposé à l'air, à un vent froid, ou à la poussière. Dans l'intervalle des moments où elles s'écoulent sur les joues, les larmes se rassemblent dans le sac lacrymal; l'œil est constamment humide, d'où le nom de *watery eye* employé par Mackenzie. La caroncule, le repli semi-lunaire, sont rouges et gonflés; souvent il existe en même temps un certain degré de conjonctivite et de blépharite ciliaire. Quelquefois même la région du sac est légèrement gonflée, et lorsque le malade presse sur lui, il le vide par le nez, ou fait sortir par les points lacrymaux du mucus et des larmes.

Cette première période peut persister pendant plusieurs mois, et même plusieurs années.

*2<sup>me</sup> période.* — **Blennorrhée.** — La rougeur et le gonflement du grand angle de l'œil augmentent, le larmolement persiste, puis l'on voit se former dans la région du sac lacrymal une tumeur (tumeur lacrymale): Habituellement développée surtout au-dessous du tendon de l'orbiculaire, elle est quelquefois bridée par ce tendon et divisée par lui en deux parties, de façon à présenter la forme bibobée. Ce n'est plus du mucus qui s'écoule par les points lacrymaux, quand on presse la tumeur, mais du muco-pus ou du pus véritable; de là le nom de blennorrhée du sac. Habituellement résistante, la tumeur est quelquefois assez distendue pour présenter une fluctuation véritable.

La tumeur lacrymale se montre parfois avec un aspect particulier. Au lieu de renfermer du pus, elle ne contient que du mucus; l'enveloppe du sac et la peau qui le recouvre sont tellement amincies, que la tumeur se présente avec une coloration bleuâtre qui lui a valu le nom de *varice du sac*. Cette tumeur se vide parfois complètement par la fosse nasale correspondante, sous l'influence de la pression du doigt. Mais, dans d'autres cas, la poche remplie de mucus ne se vide ni par le nez, ni par les points lacrymaux. Elle constitue alors un véritable kyste auquel on a donné le nom de *muco-cèle*, ou d'hydropisie du sac. Béraud avait expliqué le développement de cette tumeur par la production d'un kyste aux dépens d'une des glandes situées dans les parois du sac. Mais un travail récent de Robin et Cadiat ayant démontré l'absence complète de glandes dans

le sac lacrymal, cette hypothèse ne peut être maintenue, et l'oblitération du canal nasal, d'une part, des conduits lacrymaux, d'autre part, est la seule explication possible du mucocèle.

*3<sup>me</sup> période.* — **Abcès.** — Après avoir persisté pendant un temps plus ou moins long à l'état de blennorrhée, la tumeur lacrymale devient souvent le siège d'une inflammation aiguë. Ce passage à l'état aigu a lieu quelquefois sous l'influence du froid ou d'une irritation constante, quelquefois en dehors de toute cause appréciable. La dacryo-cystite chronique se transforme ainsi en dacryo-cystite aiguë.

La dacryo-cystite aiguë amène dans la région du sac une tuméfaction phlegmoneuse, avec rougeur des téguments et injection de la conjonctive. La tuméfaction augmente de plus en plus; elle gagne la moitié interne des paupières, l'aile du nez et la joue du côté correspondant, sans présenter de limites précises. Le larmolement est encore plus abondant que de coutume. La tuméfaction fait place à l'œdème; le pus collecté forme une saillie de plus en plus manifeste au-dessous du tendon de l'orbiculaire, et enfin se fait jour au dehors. Exceptionnellement, le pus s'écoule par les conduits et les points lacrymaux. L'orifice de l'abcès peut se cicatriser; mais souvent, au bout de quelque temps, de nouveaux phénomènes inflammatoires se produisent, et ces récidives fréquentes conduisent la maladie à la période suivante, caractérisée par la production de fistules.

*4<sup>me</sup> période.* — **Fistules.** — L'orifice qui a livré passage au pus, au lieu de se fermer spontanément, reste ouvert; il peut alors se présenter sous plusieurs formes différentes. Quelquefois il existe un orifice presque imperceptible constituant une petite fistule capillaire permanente, qui livre seulement passage à une légère humidité formée par les larmes. Mackenzie regarde cette terminaison comme un mode de guérison spontanée de la tumeur lacrymale. Dans d'autres cas, la fistule est encore directe, mais l'orifice est plus large et livre passage aux larmes, qui coulent sur la joue sous forme de gouttes. Enfin, dans la majorité des cas, la fistule, au lieu d'être directe, suit un trajet oblique et plus ou moins long à travers les fibres de l'orbiculaire. Il existe des clapiers, des décollements plus ou moins étendus qui deviennent le point de départ de nouveaux abcès, de nouveaux orifices, et la fistule prend alors la forme en arrosoir. Des fongosités se développent dans le sac. Arrivée à ce degré, la maladie se com-

plique quelquefois de dénudations osseuses et de caries qui caractérisent la période suivante.

*5<sup>me</sup> période.* — **Carie.** — C'est surtout du côté de l'unguis et du cornet inférieur que s'observent les lésions; il y a des dénudations, des perforations, des nécroses des os, s'étendant quelquefois à la branche montante du maxillaire supérieur. Mais il est juste de dire que c'est seulement dans des cas très chroniques, où aucun traitement n'a été institué, ou encore chez des cachectiques, des scrofuleux, des syphilitiques, que ces lésions osseuses sont observées.

Rappelons, à ce propos, que la description de Mackenzie, comprenant tous les accidents possibles de la tumeur lacrymale, ne saurait s'appliquer à tous les cas. Souvent l'affection reste à l'état de blennorrhée du sac; quand même elle revêt la forme de tumeur lacrymale proprement dite, on ne voit pas toujours survenir les fistules et les altérations osseuses.

La tumeur lacrymale n'évolue pas sans amener autour d'elle des troubles de voisinage: ce sont des conjonctivites catarrhales, des blépharites glandulo-ciliaires, des kératites pustuleuses ou ulcéreuses. Les lésions de la cornée ont surtout une grande importance; nous les avons déjà signalées, mais nous ne craignons pas d'y revenir. Telle est leur fréquence, que Knapp dit avoir rencontré la kératite septique dans la moitié des cas chez des sujets atteints de tumeur lacrymale; c'est surtout chez des sujets cachectiques qu'on voit se développer cette redoutable complication. On sait combien les traumatismes de la cornée sont à craindre chez les sujets atteints de blennorrhée du sac; aussi ne faut-il pas entreprendre d'extraction de cataracte avant de s'être assuré de l'intégrité des voies lacrymales.

Le larmolement amène la rougeur et l'excoriation des paupières, et quelquefois un véritable eczéma, qui produit l'ectropion par rétraction de la peau. Enfin, on constate parfois la sécheresse de la fosse nasale du côté correspondant, qu'on explique par l'absence d'écoulement des larmes. Peut-être aussi faut-il faire une part dans l'interprétation de ce phénomène aux lésions de la muqueuse pituitaire (Panas).

**Diagnostic.** — D'une manière générale, le diagnostic ne présente pas de sérieuses difficultés. Toutefois, au début, lorsque le gonflement n'est pas très prononcé, on pourrait prendre la blennorrhée du sac pour un larmolement simple. On évitera l'erreur en pressant sur

la région du sac et en faisant sourdre le muco-pus par les points lacrymaux. Il faut ensuite, par le cathétérisme, par des injections, s'enquérir de l'état des voies lacrymales et des rétrécissements ou obstructions qu'elles peuvent présenter.

En cas de muco-cèle, on pourrait confondre l'affection avec un kyste situé au-devant du sac lacrymal. Mais on pourra toujours s'assurer par le cathétérisme et les injections de l'état des conduits lacrymaux qui, dans les cas de muco-cèle, sont oblitérés.

Des tumeurs solides primitivement nées dans les fosses nasales, peuvent venir faire saillie dans la région du sac, après avoir perforé les os, et simuler la tumeur lacrymale. Mais ici encore le siège de la tumeur est rarement le point précis occupé par le sac; de plus, l'examen des voies lacrymales, et surtout l'examen des fosses nasales et des régions voisines, fixeront le diagnostic.

Rappelons les polypes et les calculs du sac dont nous avons déjà parlé, et qui, le plus souvent, ne seront reconnus qu'après l'ouverture de la tumeur.

Lorsque la tumeur lacrymale passe à l'état aigu, on pourrait confondre la dacryo-cystite aiguë avec un érysipèle de la face. Mais dans l'érysipèle la rougeur est plus vive, elle est limitée par un rebord saillant, il y a de l'engorgement ganglionnaire, un état fébrile plus marqué; enfin l'érysipèle ne reste pas longtemps limité à la région du grand angle de l'œil. Notons cependant qu'il n'est pas très rare de voir la tumeur lacrymale se compliquer d'érysipèle. L'erreur pourrait encore être commise avec une ostéo-périostite scrofuleuse ou syphilitique de la branche montante du maxillaire supérieur. Mais généralement la marche est plus lente et la limitation moins exacte dans l'ostéo-périostite. Enfin on devra se guider sur les commémoratifs et l'exploration complète des voies lacrymales.

Lorsque la maladie est passée à l'état de fistule lacrymale, on pourrait encore la confondre avec des fistules d'origine dentaire ouvertes dans la région du sac. De tels faits ont été signalés par M. Parinaud. M. Terrier dit en avoir observé deux exemples. Il suffit d'être prévenu de la possibilité d'une pareille erreur pour l'éviter.

**Pronostic.** — La tumeur lacrymale présente un pronostic assez sérieux, à cause de la grande ténacité de l'affection, qu'on améliore dans un très grand nombre de cas, mais que, le plus souvent, on ne réussit pas à guérir d'une façon complète. Notons avec le professeur

Panas que les accidents en apparence les plus graves sont ceux dont on triomphe le plus aisément. Il est assez facile de guérir les abcès, les fistules, les blennorrhées chroniques, mais trop souvent tous les modes de traitement restent impuissants à faire disparaître d'une façon complète le larmolement, et il n'est pas rare d'observer des récidives. La guérison s'observe plus souvent chez les jeunes enfants; chez eux, elle survient quelquefois spontanément, sous l'influence du développement des os de la face et des modifications que la puberté apporte dans la constitution, jusque-là lymphatique. M. Panas signale le fait, et M. Terrier dit avoir observé deux cas de dacryo-cystite congénitale qui confirment cette remarque.

**Traitement.** — Le traitement de la tumeur lacrymale s'est senti des idées théoriques émises successivement sur la nature de la maladie. Tant qu'on ignorait l'existence des voies d'excrétion des larmes, on avait recours aux caustiques pour modifier les lésions qu'on attribuait à l'inflammation. Plus tard, voyant dans la maladie une lésion de canalisation, on ne chercha plus qu'à rétablir la perméabilité de l'appareil, en lui opposant un traitement mécanique. On a été, on peut le dire, beaucoup trop exclusif de part et d'autre; dans un grand nombre de cas, l'association des deux méthodes est nécessaire, et donne les meilleurs résultats. Pendant que, par le cathétérisme, on cherche à rendre au canal nasal son calibre normal, on s'applique, par des cautérisations au nitrate d'argent, par des injections modificatrices, à faire disparaître l'inflammation chronique de la muqueuse et les lésions qui en sont la conséquence.

Ce traitement à la fois mécanique et antiphlogistique a pour but de rétablir la perméabilité des voies d'excrétion des larmes. Mais, dans certains cas où il demeure impuissant, on a proposé, soit de détruire l'appareil lacrymal, soit de créer des voies lacrymales artificielles. De là, trois grandes méthodes que nous passerons rapidement en revue, en insistant seulement sur les points qui présentent à l'heure actuelle un intérêt pratique.

**1<sup>re</sup> méthode.** — **Rétablissement des voies d'excrétion des larmes.** — Les moyens mécaniques comprennent la dilatation et l'incision ou stricturotomie. Les moyens de dilatation sont extrêmement nombreux; la plupart d'entre eux sont tombés en désuétude, et nous ne les rappellerons que pour mémoire. De ce nombre sont le cathétérisme de bas en haut pratiqué par la narine, par la méthode

de Laforest et de Gensoul; le clou de Scarpa, qu'on introduisait par une ponction pratiquée à la paroi antérieure du sac lacrymal; la canule de Dupuytren, qui, laissée à demeure, constituait un procédé de dilatation permanente. Le stylet fin employé par Anel, et qui porte son nom, était introduit dans le sac par le point lacrymal supérieur. Aujourd'hui cet instrument ne reste plus dans la pratique que pour l'exploration des points et des conduits lacrymaux; et la seule méthode de dilatation employée est celle qui a été instituée par Bowman. Elle consiste à introduire dans les voies lacrymales des stylets d'argent de volume croissant, qui, laissés en place pendant quelques minutes, amènent une dilatation progressive du canal nasal, tout à fait comparable à celle qu'on obtient pour l'urèthre par la même méthode. Mais l'introduction de ces stylets ne serait pas possible sans incision préalable du point et du conduit lacrymal inférieur. Cette incision se pratique à l'aide d'un petit bistouri boutonné connu sous le nom de couteau de Weber, qui, présenté d'abord perpendiculairement à l'orifice du conduit lacrymal, est ensuite abaissé, puis conduit jusque dans le sac lacrymal, le tranchant étant dirigé vers la conjonctive. Lorsque le chirurgien s'est assuré que l'instrument est bien arrivé dans le sac lacrymal, ce qui est très facile, car on peut le sentir buter contre la paroi interne du sac, il relève alors le manche du bistouri et lui fait décrire un quart de cercle, jusqu'à ce qu'il soit devenu perpendiculaire à sa direction primitive. Pendant ce temps, la main gauche du chirurgien attire légèrement la paupière inférieure en bas et en dehors de façon à tendre la paroi du conduit lacrymal, et à en produire une section régulière. La section du conduit lacrymal est suivie immédiatement ou dans une séance ultérieure, suivant les cas, de l'introduction du stylet. Comme le couteau de Weber, le stylet doit être conduit d'abord parallèlement au conduit lacrymal; puis, lorsqu'il a pénétré dans le sac, il est rendu vertical, et dirigé en bas, en avant et légèrement en dehors, c'est-à-dire dans la direction du canal nasal, où il doit pénétrer sans effort. Ici, comme pour l'urèthre, les manœuvres doivent être exécutées avec une grande douceur, sous peine de faire des fausses routes.

Le second mode de traitement mécanique de la tumeur lacrymale, c'est l'incision ou stricturotomie, dont l'idée première appartient à Gerdy et à Malgaigne. Tombée dans l'oubli, cette méthode a été reprise par Joesche (de Moscou) et par Stilling (de Cassel), qui lui a

attaché son nom. Comme la dilatation par le procédé de Bowman, cette méthode suppose d'abord l'incision du point et du conduit lacrymal. Puis, à l'aide d'un couteau spécial connu sous le nom de couteau de Stilling, introduit dans le canal nasal, on sectionne sur un ou plusieurs points les rétrécissements de ce canal. On fait suivre cette section du cathétérisme pratiqué comme nous l'avons dit précédemment.

La stricturotomie a fait ses preuves; elle est exempte de dangers, et a été adoptée par plusieurs chirurgiens, parmi lesquels nous citerons MM. Warlomont, Trélat, Giraud-Teulon et Panas. Avec ce dernier auteur, nous noterons qu'elle abrège beaucoup la durée du traitement; ses avantages seront surtout appréciés, quand on aura affaire à des enfants, chez lesquels le cathétérisme serait impossible sans anesthésie.

Si le traitement mécanique, cathétérisme et stricturotomie, peut suffire dans les cas où il y a seulement du larmolement ou un peu de blennorrhée du sac, il est tout à fait insuffisant dans le cas où le sac a subi une dilatation considérable, lorsqu'il existe un catarrhe muco-purulent intense ou même une suppuration aiguë des voies lacrymales. Dans ces cas, il devient absolument nécessaire de joindre au traitement mécanique la méthode modificatrice.

Cette méthode comprend deux procédés : les injections et les cauterisations. Les injections ont été faites à l'aide d'un grand nombre de liquides modificateurs, solutions de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, teinture d'iode. Elles ont été de même exécutées à l'aide de nombreux procédés. Anel les faisait par les points lacrymaux, à l'aide de la seringue qui porte son nom. Ce procédé est encore employé aujourd'hui dans le but de se rendre compte de la perméabilité des voies lacrymales. Mais faites par un point lacrymal, et avec des liquides irritants, ces injections ont l'inconvénient de refluer par l'autre point lacrymal et de venir enflammer la conjonctive. Aussi préfère-t-on aujourd'hui les faire à l'aide d'un stylet creux introduit dans le canal nasal, après incision du point lacrymal inférieur. Au fur et à mesure qu'on pousse l'injection, on attire à soi le stylet; on pratique donc ainsi une injection rétrograde, ou de bas en haut.

Les injections peuvent être combinées au cathétérisme et à la stricturotomie dans les cas de blennorrhée simple. Mais lorsqu'il existe

une tumeur lacrymale volumineuse, lorsqu'il y a une inflammation aiguë des voies lacrymales, ou même s'il existe une fistule, il est nécessaire de recourir à un moyen plus énergique. Ce moyen, c'est la cautérisation modificatrice, qui sera pratiquée à l'aide de l'orifice fistuleux préexistant, ou bien par une incision pratiquée à la paroi antérieure du sac, s'il n'y avait pas de fistule. Un moyen facile de pratiquer cette cautérisation consiste à faire fondre du nitrate d'argent dans la rainure d'une sonde cannelée de petit volume, puis à toucher avec cette sonde toutes les parois du sac. On neutralise ensuite l'excès du caustique avec une solution de sel marin. Cette cautérisation, jointe au traitement mécanique, donne, dans les cas de fistule ou de dacryocystite aiguë, les meilleurs résultats.

Ce traitement suffit à lui seul pour guérir les fistules lacrymales de peu d'importance; mais, s'il existe des décollements étendus, des fongosités abondantes, des lésions osseuses, des cautérisations plus profondes avec le fer rouge seront nécessaires; il faudra exciser les fongosités, simplifier les trajets fistuleux, et même pratiquer ultérieurement des opérations autoplastiques, pour amener l'occlusion de l'orifice fistuleux. Il est bien évident que l'état général ne devra pas être négligé, et qu'un traitement général s'adressant à la scrofule ou à la syphilis devra être administré dans tous les cas où l'une de ces deux diathèses pourra être soupçonnée comme cause de la maladie.

**2<sup>me</sup> méthode. — Destruction de l'appareil lacrymal. —** Dans les cas où l'on n'a pu réussir à rétablir la perméabilité des voies lacrymales, on s'est proposé de les détruire. Dans ce but, on a eu recours à la cautérisation destructive du sac, soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques potentiels. Certains auteurs, Berlin entre autres, ont pratiqué l'excision complète du sac lacrymal.

L'excision partielle du sac, conseillée par Monoyer, sera applicable dans le cas de mucocèle ou de hernie du sac. On a pratiqué également l'occlusion des points lacrymaux par l'excision ou par la cautérisation. Enfin on a conseillé même l'extirpation de la glande lacrymale.

**3<sup>me</sup> méthode. — Création de voies artificielles. —** Nous ne ferons que signaler brièvement les procédés de cette méthode qui, comme la précédente, s'applique aux cas dans lesquels le rétablissement des voies naturelles est impossible. Le plus ancien, décrit déjà

par Celse et Paul d'Égine, consiste dans la perforation de l'os unguis. On a cherché également à assurer l'écoulement des larmes, en créant un nouveau canal dans la direction de l'ancien. Mais ces orifices anormaux ne tardent pas à s'oblitérer. Enfin Laugier, après Saint-Yves, a proposé de perforer le sinus maxillaire; mais on comprend que cette méthode, en conduisant dans le sinus maxillaire le pus et les larmes, présente encore plus d'inconvénients que les précédentes, et ne saurait être conseillée. Si donc on doit abandonner le rétablissement des voies naturelles comme impossible, c'est à la cautérisation destructive du sac qu'il faut avoir recours.

## ARTICLE V

## MALADIES DE L'ORBITE.

## I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ORBITE.

Ces lésions peuvent intéresser les parties molles ou les os qui entrent dans la constitution de la cavité orbitaire. Du côté des parties molles, nous devons étudier les contusions et les plaies; du côté des os, les fractures.

1<sup>o</sup> CONTUSIONS ET PLAIES DE L'ORBITE.

Ce sont surtout les rebords de la cavité orbitaire, et particulièrement son rebord supéro-externe, qui sont atteints dans les contusions. Elles donnent lieu à des bosses sanguines ou à des ecchymoses qui se diffusent plus ou moins loin dans les paupières. Quand la contusion est très violente, l'apophyse orbitaire externe agit à la manière d'un instrument tranchant et lacère les parties molles, de la profondeur vers la peau; la plaie contuse qui en résulte prend alors, comme la remarque en a été faite depuis longtemps par Velpeau, les caractères d'une plaie par instrument tranchant.