

se développer dans ces conduits de véritables calculs analogues à ceux des canaux salivaires; on les nomme *dacryolithes*. Enfin, DE GRÆFE a signalé dans ces petits canaux la présence de parasites, que CONHEIM et LEBERT ont reconnu appartenir au genre *leptotrix buccalis*. DE GRÆFE à lui seul a pu réunir onze observations de ce genre.

La présence de ces corps étrangers entraîne naturellement l'irritation du conduit et son inflammation. Celle-ci se traduit par de l'épiphora et de la suppuration; la région est gonflée, tuméfiée, douloureuse, l'occlusion des paupières difficile. L'examen à l'œil nu, surtout à la loupe, permettra de reconnaître la présence de cils, de barbes d'épis. L'exploration au stylet révélera l'existence des *dacryolithes*; le stylet frottera sur ces petits calculs, et l'on percevra une résistance dure et pierreuse. Les amas de *leptotrix* donneront la sensation d'une masse molle et sans résistance, mais seul, dans ce cas, l'examen histologique permettra d'affirmer le diagnostic.

Le traitement consiste dans l'ablation du corps étranger; le plus ordinairement pour faciliter cette manœuvre il faut inciser tout d'abord les points et conduits lacrymaux; puis, pour s'assurer que les voies lacrymales sont libres, on passera un stylet de BOWMANN ou on fera quelques injections détersives.

4° POLYPES

La muqueuse des points lacrymaux, lorsqu'elle est chroniquement enflammée, forme parfois de véritables polypes. Ces petites tumeurs assez gênantes doivent être enlevées, et leur pédicule cautérisé. Bien souvent, tout cela n'est possible qu'après l'incision préalable des points et conduits lacrymaux, dont il faut ensuite surveiller la cicatrisation pour éviter la production d'adhérences.

5° VICIES DE CONFORMATION

Les plus fréquemment observés sont: l'imperforation et l'absence des points lacrymaux, ainsi que l'atrésie des canalicules; on a signalé encore des faits de canalicules supplémentaires. Le traitement de ces divers cas est absolument le même que celui des obstructions et des rétrécissements acquis. Il existe une seule indication: rétablir le cours des larmes.

§ 3. — Affections du sac lacrymal et du canal nasal

1° LÉSIONS TRAUMATIQUES

Bibliographie. — SICHEL, *Remarques sur les intumescences des os des voies lacrym.*, in *France médic.*, n° 41, 1868. — GALEZOWSKI, *Blessures du can. nas.*, in *Journ. d'opt.*, 1872.

Protégé par le rebord orbitaire, le sac lacrymal est rarement atteint par les agents du traumatisme; on a cependant quelquefois l'occasion d'observer des

plaies pénétrantes, produites par des instruments effilés ou des grains de plomb. Les lésions du canal nasal sont un peu plus fréquentes; il est presque toujours intéressé à la suite des fractures des os du nez et de la branche montante des maxillaires supérieurs. Il en résulte une hémorragie rapidement suivie de la production d'ecchymose, et de plus un emphysème habituellement assez limité, mais qui augmente toutes les fois que le malade est obligé de se moucher. Bien plus graves sont les accidents consécutifs: les fragments osseux déplacés oblitérent partiellement ou totalement le canal lacrymal et occasionnent la formation de tumeurs ou de fistules lacrymales qu'il est bien difficile de guérir. Signalons encore la fréquence des lésions de la muqueuse du canal nasal, à la suite de cathétérismes mal faits. Cet accident pouvant entraîner la formation de brides cicatricielles, d'ostéo-périostite, on ne saurait prendre trop de précautions pour l'exécution de cette petite opération.

Traitement. — Il faut réunir les plaies du sac lacrymal toutes les fois que cela est possible. Lorsqu'une fracture a intéressé le canal nasal, on doit relever les esquilles. ROGNETTA, pour assurer le rétablissement du canal, avait conseillé de laisser dans son intérieur une sonde à demeure. Cette pratique est dangereuse; il vaut mieux, suivant le conseil de PANAS, faire de temps à autre des cathétérismes temporaires.

2° RÉTRÉCISSEMENTS DU CANAL NASAL

Les causes de ces rétrécissements sont des plus variées. Nous avons déjà signalé leur production à la suite de traumatismes. Le rétrécissement peut reconnaître pour cause la présence d'une tumeur développée dans les cavités de la face: fosses nasales, sinus frontaux; il peut encore être occasionné par l'existence dans le canal d'un corps étranger, d'un calcul. Les lésions syphilitiques et tuberculeuses leur donneraient aussi naissance. La muqueuse du canal nasal et du sac étant la continuation directe de la pituitaire, l'inflammation se propagera facilement de l'une à l'autre. Ceci nous explique la fréquence des affections des voies lacrymales chez les sujets prédisposés au coryza (arthritiques, scrofuleux). L'inflammation de la conjonctive peut aussi envahir la muqueuse des voies lacrymales.

Les rétrécissements des voies lacrymales déterminent un certain nombre de troubles, qu'ABADIE classe très méthodiquement en trois groupes.

1° L'œil étant sain ainsi que ses annexes, le malade accuse une sensation de cuisson pénible, une fatigue de la vue qui lui rend difficile tout effort sérieux, et impossible le moindre travail à la lumière. Il n'y a pas encore de larmoiement, le rétrécissement est incomplet. La maladie est à sa période initiale; il faut pouvoir la soupçonner, car quelques cathétérismes en temps opportun préviendront le développement d'une affection plus tard incurable.

2° Le rétrécissement existe. Les symptômes précédents n'ont pas disparu, mais ils préoccupent peu le malade qui se plaint surtout de larmoiement.

L'écoulement des larmes est généralement plus abondant le matin que le soir; l'impression du froid, du vent, un travail soutenu en augmentent l'intensité. La fosse nasale du côté correspondant est le siège d'une sécheresse désagréable.

3° Lorsque le rétrécissement est ancien, le contact incessant des larmes détermine du côté de la conjonctive, des points et des conduits lacrymaux, un certain nombre de troubles sur lesquels GALEZOWSKI a particulièrement insisté : eczéma des paupières, ectropion, conjonctivite lacrymale. Enfin, complication fréquente, on voit survenir une tumeur lacrymale.

3° TUMEUR ET FISTULE LACRYMALES. — DACRYOCYSTITE

Bibliographie. — BOWMANN, *On Lacrym. Obstr.* in *Ophth. Hosp. Report.*, 1857, t. 1^{er}, p. 88. — SICHEL, *Trait. de la tumeur et de la fist. lacrym.*, in *France méd.*, 1860 et *Gaz. méd.*, 1861. — G. CRITCHETT, *Leçons sur les malad. de l'app. lacrym.*, in *Ann. d'ocul.*, 1864, t. LXI, p. 79 et 207. — SPERINO, *Du trait. radical de la tumeur et de la fistule*, etc., par N. MANFREDI, Turin, 1864. — STILING, *Ann. d'ocul.*, t. LIX, p. 224, 1868. — ARLT, *Trait. etc.*, in *Ibid.*, t. LXII, 1869. — BERLIN, in *Ann. d'ocul.*, t. LXI, 1869. — SICHEL, in *Bull. de thérap.*, 1870. — TERRIER, *Mal. de l'app. lacrym. (Revue critique)*, in *Arch. gén. de méd.*, t. 1^{er}, 1874. — BADAL, *Ét. sur l'étiologie des maladies des voies lacrym.*, in *Société de biologie*, t. XXIX, 1877. — PARINAUD, *Arch. gén. de méd.*, t. 1^{er}, p. 667, 1882. — DEHENNE, *Note sur la thérap. des voies lacrym.*, in *Rev. clin. du S.-O.*, sept. 1882.

Thèses de Paris. — 1863, VÉTELAY, SUBERT. — 1865, BLOT, F.-M. CHAUVEL, L. MASSON. — 1866, BÉRAUD, CALMELS, HANTRAYE, LESTERPT. — 1869, CHAMPRIGNAUD, TALHANDIER. — 1870, COQUERET. — 1872, DAYMARD, DEBOUDT, GUÉMENT, NAUDIER. — 1873, FERRAND, DRANSARD, NIKIPHORAKIS. — 1874, BOSQ, GUILLAUMIN, BÉTHOUT. — 1877, PASQUET, WEBER. — 1878, SABADINI. — 1879, ESPINOZA. — 1880, PUEL, BALCZEWSKI. — 1881, BOISSON.

La dacryocystite se montre ordinairement comme complication des accidents que nous venons de passer en revue. Il est rare de la voir survenir sous une autre influence.

Symptômes. — Chez un des malades dont nous venons de présenter l'histoire, on voit se former à la racine du nez une petite tumeur indolente du volume d'un gros pois, en général moins développée le matin que dans le reste de la journée. En pressant sur cette masse, on fait sourdre par les points lacrymaux, habituellement très dilatés, un liquide louche, blanchâtre, constitué par du muco-pus, rarement par du pus véritable. Le malade prend l'habitude d'évacuer lui-même le contenu de cette poche par un simple mouvement de pression. Abandonnée à elle-même, cette petite infirmité persiste pendant des années. De temps à autre surviennent des poussées inflammatoires, et la maladie passe à l'état aigu.

La dacryocystite aiguë, tumeur lacrymale enflammée, phlegmon du sac, s'annonce par une sensation de douleur et de chaleur, des picotements à l'angle interne de l'œil; puis rapidement se produit dans la région du sac une tuméfaction phlegmoneuse qui envahit les parties voisines : joue, paupière infé-

rieure, et peut faire croire à un érysipèle. Cependant les douleurs deviennent pulsatives, la tumeur s'acumine, et le pus se fraye un passage à l'extérieur. L'ouverture qui lui donne issue se trouve en général située au-dessous du tendon de l'orbiculaire. Dès ce moment, les douleurs cessent, le gonflement inflammatoire disparaît. L'écoulement purulent se modifie rapidement, bientôt ce sont simplement des larmes qui s'écoulent par l'orifice : la fistule lacrymale est établie. Si la perforation est lente à se former, le pus décolle le périoste, d'où destruction par nécrose de l'unguis et d'une partie des os du nez.

Traitement. — Pendant les premiers temps du développement du phlegmon, les émoullients, compresses d'eau de guimauve, cataplasmes de fécule seront alternativement employés pour modérer l'inflammation et calmer la douleur; dès que la collection purulente est formée, il faut lui donner issue par une incision faite dans le point le plus déclive; l'inflammation cesse comme par enchantement, et peu de jours après la petite plaie est cicatrisée.

TRAITEMENT DES TUMEUR ET FISTULE LACRYMALES

Nous devons maintenant étudier le mode de traitement applicable aux différentes affections chroniques des voies lacrymales : rétrécissements, tumeur lacrymale, fistule. Avec PANAS, nous diviserons les divers procédés préconisés dans ce but, en trois grandes méthodes.

1° Destruction de l'appareil lacrymal. 2° Rétablissement du cours normal des larmes. 3° Création de voies nouvelles pour cet écoulement.

Nous laisserons de côté cette dernière méthode, généralement abandonnée aujourd'hui.

Première méthode. — Destruction de l'appareil lacrymal.

A) Destruction du sac lacrymal. — Deux moyens sont surtout en usage :

1° La cautérisation actuelle ou potentielle. 2° L'excision.

La cautérisation actuelle, procédé le plus anciennement employé, est entièrement abandonnée, les chirurgiens donnent maintenant la préférence aux caustiques. Le sac est incisé, nettoyé; on touche toute la surface intérieure à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution caustique, puis on remplit la cavité de charpie sèche (procédé de SPÉRINO). En un temps plus ou moins long, l'escarre est éliminée. Le sac lacrymal étant détruit, la tumeur lacrymale se trouve radicalement guérie et le malade n'est plus exposé aux poussées inflammatoires. D'après SPÉRINO, l'élimination du sac n'abolit pas la perméabilité des voies lacrymales. Malgré ce que cette assertion a d'extraordinaire, elle est basée sur l'observation de faits indiscutables; cependant les choses ne se passent pas toujours ainsi; en général il persiste après cette petite opération un larmolement incurable. — 2° Excision, extirpation du sac. — Déjà préconisé par CELSE, ce moyen a été repris par BERLIN (1866), puis par BUSINELLI; il est aujourd'hui abandonné.

B) Extirpation de la glande. — Proposé et exécuté par BERNARD, en 1843, ce procédé compte un certain nombre de partisans, et parmi eux ABADIE. Ce chirurgien a pratiqué un certain nombre de fois cette opération; il a pu ainsi

faire cesser des larmoiements qui avaient résisté jusqu'alors à tous les modes de traitement.

Deuxième méthode. — Procédés mis en usage pour rétablir le cours normal des larmes.

1° Injection. — Le mérite de cette méthode revient à ANEL (1712). L'instrument dont il s'est servi, encore en usage de nos jours, porte le nom de seringue d'ANEL. On emploie des canules très fines qui peuvent facilement passer par les points lacrymaux; sinon on débride préalablement ces petits orifices. Le liquide qui sert à l'injection est de l'eau simple ou chargée de substances médicamenteuses. L'injection est fort utile tant que la lésion à traiter est une simple inflammation; dès qu'il existe un rétrécissement, cette méthode thérapeutique devient insuffisante.

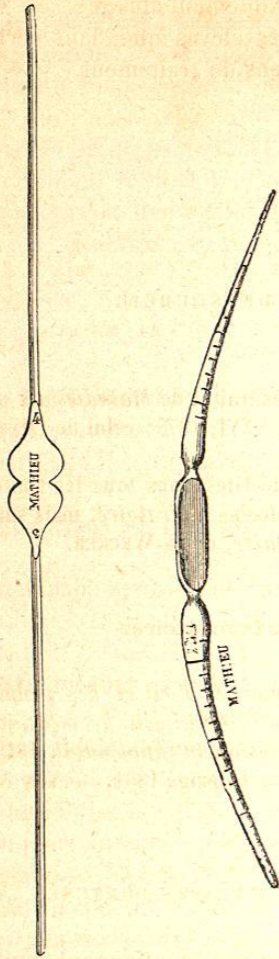


Fig. 46. — Stylet de Bowmann.

Fig. 47. — Sonde de Weber.

2° Dilatation progressive des voies lacrymales. — Procédé de BOWMANN. Après avoir débridé auparavant points et conduits lacrymaux, on fait pénétrer soit par le conduit lacrymal supérieur, soit par l'inférieur, une série de petites sondes dont la grosseur varie depuis le diamètre d'un crin, jusqu'à 0^m,001 (fig. 46). Ces sondes sont laissées en place pendant vingt minutes environ. Il ne nous appartient pas de décrire ici le manuel opératoire de ce cathétérisme; néanmoins nous avons été si souvent témoins d'accidents que nous ne saurions recommander une trop grande douceur.

La guérison des rétrécissements par la méthode de BOWMANN est toujours fort lente; aussi, pour abrégé le traitement, WEBER a-t-il songé à faire le cathétérisme forcé.

3° Cathétérisme forcé. — WEBER se sert d'une double sonde conique (fig. 47). Un des côtés de cet instrument offre à son extrémité le volume du n° 1 de BOWMANN, et à sa base

0^m,0015 à 0^m,002 de diamètre environ. Les conduits lacrymaux étant incisés, cette sonde est enfoncée vigoureusement dans le canal nasal, de façon à forcer les obstacles; le n° 4 ou le n° 5 de BOWMANN peut ensuite passer d'emblée. C'est là un procédé dangereux auquel nous préférons de beaucoup la *stricturotomie*.

4° Stricturotomie. — (Méthode de STILLING). Se basant sur les résultats que donne l'urétrotomie dans le rétrécissement du canal de l'urètre, STILLING, à

l'aide d'un petit couteau, pénètre dans l'intérieur du sac et l'incise dans plusieurs points de sa circonférence. Les résultats de l'opération sont des plus bénins; d'après l'auteur, il est absolument inutile d'avoir recours au cathétérisme consécutif. La stricturotomie est employée par presque tous les chirurgiens; la plupart y joignent la dilatation ou l'emploi d'injections modificatrices, que l'on porte à l'aide d'une sonde dans l'intérieur du canal. De cette manière la longueur du traitement est d'ordinaire considérablement abrégée.

En terminant, nous croyons devoir prévenir les élèves que, dans certains cas, le larmoiement persiste malgré tous les moyens de traitement.

CHAPITRE III

MALADIES DES PAUPIÈRES ET DU SOURCIL

Bibliographie générale. — Consulter les Classiques, les traités de *Maladies des yeux*, l'article de PANAS, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XXVI, 1878; celui de CHARVOT, in *Dict. encycl.*

Les opérations qui se pratiquent sur la paupière sont décrites dans tous les traités de maladies des yeux et dans les divers ouvrages de *Médecine opératoire*, mais surtout dans l'article de PANAS et le *Traité de chirurgie oculaire*, de DE WECKER.

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques et inflammatoires

Bibliographie. — MASLIEURAT-LAGEMARD, *De l'ecchymose de l'œil et des paupières comme moyen de diagnostic dans les plaies de tête*, in *Arch. gén. de méd.*, juillet 1841. — DESORMEAUX, *Bless. de la paupière inf. avec lésion du canal nasal*, 1849. — ZANDER und GEISSLER, *Die Verletzungen des Auges*, Leipzig, 1864. — VON ARLT, *Blessures de l'œil*, Traduct. Hœltenhoff, 1877.

1° CONTUSIONS. — ECCHYMOSES, PLAIES ET PLAIES CONTUSES

Les paupières, grâce au tissu cellulaire lâche qu'elles contiennent, sont un des sièges de prédilection de l'ecchymose: apparaissant peu après le traumatisme, l'ecchymose, même étendue, est l'indice d'un accident de peu d'importance. Nous avons vu, au contraire, que son apparition tardive constituait un des symptômes les plus sérieux de l'existence des fractures de la base du crâne.

Dans les cas légers, l'emploi des résolutifs, une compression méthodique et régulière constituent tout le traitement.

Les plaies par instruments tranchants ont une gravité bien différente, suivant qu'elles sont superficielles ou profondes, et que la paupière est intéressée