

5° Les *kystes dermoïdes*, plus fréquents au niveau de la *queue du sourcil*, mais pouvant exister aussi sur divers points du territoire palpébral et prélacrymal. Ces kystes, ayant la structure classique avec contenu mastique et inclusion de poils, ou même un contenu *huileux*, passent souvent inaperçus jusqu'à l'époque de la puberté. Il faut se garder de confondre ces kystes sous-cutanés avec des kystes dermoïdes franchement orbitaires. Le seul traitement est l'extirpation totale, toujours un peu laborieuse à cause des adhérences profondes; cette opération, si simple en apparence, est plus particulièrement de celles qu'on ne doit pas faire à la légère et sans une assistance suffisante. M. Valude a proposé de crever et vider le kyste, pour faciliter la dissection de la poche.

6° Les *paupières supplémentaires*, simulant des replis semi-lunaires, ordinairement externes et rappelant les inclusions dermoïdales des lipomes conjonctivaux.

7° L'*épicanthus*, existant à l'état physiologique, dans certaines races (Mongols), et que des ostéites syphilitiques créent chez l'adulte, d'où une variété acquise. La lésion est presque toujours bilatérale, excepté dans le cas de von Ammon.

8° La *blépharoptose congénitale*.

Le traitement est le même que pour les lésions acquises (entropion,

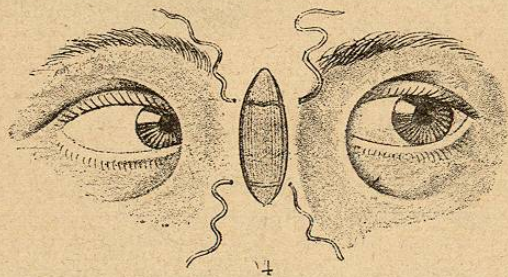


Fig. 18. — Opération de l'épicanthus congénital.

ectropion, blépharoptose, colobomes artificiels, etc.). Pour l'épicanthus, la *rhinorrhaphie* (von Ammon) (fig. 18) aura raison de cette difformité, sans qu'on soit obligé d'en venir à l'excision des replis eux-mêmes (Arlt). On attendra après quinze ans pour faire l'opération, le développement du nez pouvant diminuer spontanément l'étendue de la lésion.

AFFECTIONS DE LA CARONCULE.

La caroncule n'étant, comme nous avons essayé de le démontrer (1), qu'un débris atrophié du *bord ciliaire*, on doit décrire ses affections,

(1) A. TERSON, *Arch. d'opt.*, 1893.

non point avec la conjonctive, mais, après celles du bord ciliaire dont elle n'est qu'une partie isolée par la fourche des canalicules lacrymaux. La présence d'une ou plusieurs glandes lacrymales (Krause, Stieda, A. Terson), analogues aux glandes acino-tarsales, peut donner à sa pathologie une physionomie spéciale.

Ces glandes lacrymales sont l'origine d'adénomes kystiques, quelquefois du volume d'un pois (Schirmer). On observe aussi, dans la région de la caroncule et du pli semi-lunaire, des dermoïdes, des fibro-lipomes, des papillomes, des sarcomes et des épithéliomes, quelquefois mélaniques, des angiomes envahissants, et, à côté de ces tumeurs primitives, l'épithélioma des paupières atteint souvent secondairement la caroncule.

Leur traitement est celui des tumeurs conjonctivales et palpébrales.

Les glandes pilo-sébacées de la caroncule peuvent devenir le siège de *furoncles*. L'encanthis inflammatoire (Arlt, de Wecker, Galezowski, A. Terson), n'est que l'*orgelet* de la caroncule, qui, plus ou moins développé et entraînant du chémosis, peut succéder à un orgelet ciliaire par inoculation de voisinage et être causé comme lui par le *Staphylococcus albus*. Il y a là une preuve de plus pour la similitude de la caroncule et du bord ciliaire.

L'ouverture au bistouri entraîne la guérison rapide de l'orgelet caronculaire.

Le chancre syphilitique a été observé dans cette région. Il en est de même de *calculs* analogues aux infarctus méibomiens.

On traitera le *trichiasis caronculaire*, par ablation de la caroncule, cette ablation est sans danger, et on peut la pratiquer toutes les fois que la région est envahie par des processus où l'infection peut s'éterniser (trachome) ou si elle est hypertrophiée au cours des dacryocystites chroniques.

II

MALADIES DE L'APPAREIL LACRYMAL

L'appareil lacrymal comprend un appareil de sécrétion, une cavité de réception, un appareil d'excrétion. Les maladies de la cavité de réception sont celles de la conjonctive. Nous examinerons d'abord les affections portant sur les glandes lacrymales.

GLANDES LACRYMALES.

Les glandes lacrymales se divisent en trois groupes susceptibles d'altérations diverses ayant la plus grande ressemblance avec les affections des glandes salivaires : la *glande orbitaire*, la *glande palpé-*

brale ou de Rosenmüller, les *glandes de Krause* ou *glandes lacrymales conjonctivales* siégeant dans toute l'étendue du cul-de-sac supérieur, dans le *tarse* lui-même (acino-tarsales), dans la partie externe du cul-de-sac inférieur, et enfin dans la caroncule.

1. **Glandes lacrymales conjonctivales.** — Les glandules lacrymales conjonctivales peuvent être atteintes de dégénérescences kystiques (Antonelli, Moauro) qui, au niveau des glandes acino-tarsales simulent un chalazion (qu'on traitera par le curage).

2. **Glandes lacrymales orbito-palpébrales.** — **Anomalies congénitales.** — En dehors de l'absence ou de l'ectopie de ces glandes, coexistant avec des anomalies plus importantes (anophtalmie, cryptophtalmie, etc.), on observerait des kystes *dermoïdes*.

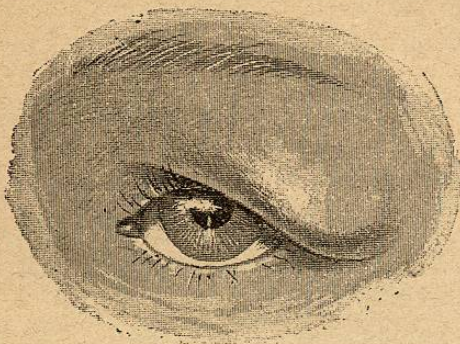


Fig. 19. — Déplacement de la glande lacrymale orbitaire.

Traumatismes. — A la suite de *blessures*, avec ou sans corps étrangers on peut voir la glande faire *hernie* à travers la plaie. On a récemment signalé la *luxation* (fig. 19) simple de la glande (Golovine). On réduira la

glande, après l'extraction des corps étrangers, qui nécessitera quelquefois l'ablation d'une partie du tissu glandulaire et, après une antisepsie rigoureuse, on fera des sutures superficielles et profondes, surtout si le releveur palpébral est intéressé.

Les *fistules lacrymales glandulaires* sont rares et succèdent aux opérations palpébrales qui intéressent les *canaux excréteurs*, aux abcès, aux ulcérations cutanées de toute nature (lupus, etc.). Quant aux fistules non cutanées s'ouvrant dans le sac conjonctival, on ne les soupçonnera que par la présence d'une dilatation kystique au-dessus de la fistule, par laquelle une pression sur la poche fait jaillir sur la conjonctive le liquide lacrymal. (Jarjavay.)

Après insuccès des cautérisations et des injections irritantes, le seul procédé à employer consiste à transformer la fistule cutanée en fistule conjonctivale (Rognetta, Jarjavay, Bowman). Une fois le cours des larmes rétabli vers la conjonctive, la fistule se fermera par un simple avivement. On agira donc comme l'a fait de Guise pour les fistules salivaires (1). Si on échoue, il ne faudra pas hésiter à extirper la glande. (De Graefe.)

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique*, tome VI.

Inflammations (dacryoadénites). — Aiguë ou chronique, l'infection de la glande lacrymale est rare.

DACRYOADÉNITE AIGUE. — L'infection de la glande lacrymale a une origine interne ou une origine externe. Cette dernière atteint plus souvent la glande inférieure par les canaux excréteurs (infection ascendante). C'est dire que les deux glandes peuvent être prises séparément.

Dans l'infection endogène, les deux glandes sont souvent prises simultanément, mais plus souvent l'orbitaire.

Lorsque la lésion siège dans la glande orbitaire, on trouvera les signes d'inflammation localisés dans la moitié externe de la paupière supérieure qui se soulève très difficilement, et presque toujours on sentira la glande volumineuse et bien marquée sous la peau. Il y a du chémosis, mais presque jamais de l'exophtalmie. Les mouvements oculaires externes sont un peu gênés. Le ganglion préauriculaire est quelquefois pris. La sécrétion lacrymale est fréquemment diminuée et on a même laissé entendre qu'il y avait une vraie conjonctivite due à l'absence de sécrétion (Elschnig). Les phénomènes généraux peuvent être intenses. La terminaison se fait par suppuration s'ouvrant du côté de la conjonctive et quelquefois de la peau (un phlegmon orbitaire serait également possible), laissant à la place de la glande une cavité avec dénudation osseuse, ou par résolution, la glande restant longtemps volumineuse. Dans la plupart des cas, ces dacryoadénites endogènes sont bilatérales, d'emblée ou successivement.

Étiologie. — Le froid et les fièvres éruptives, surtout la rougeole, l'influenza (Galezowski), la blennorrhagie métastatique (Seelighson, Simpson, Panas), les angines (Panas), et surtout les *oreillons*, coexistant avec l'affection parotidienne et pouvant alterner avec elle. Le rhumatisme et toute autre infection générale ou de voisinage peuvent provoquer la dacryoadénite. Nous nous sommes demandé si l'ophtalmie purulente blennorrhagique ne la provoquerait pas comme une orchite.

Nous retrouverons le **diagnostic** avec les phlébites orbitaires et les phlegmons de l'orbite.

L'**anatomie pathologique** de l'affection offre l'inflammation manifeste du tissu périacineux, les vaisseaux obstrués et les acini en partie dégénérés.

Lorsque la lésion se localise à la *glande palpébrale* (Mackensie), les traumatismes et les corps étrangers en sont les causes les plus fréquentes, mais elle pourrait aussi reconnaître une nature endogène. Nous en avons soigné un cas unilatéral qui s'est terminé par l'ouverture d'un petit abcès à staphylocoques. On ne la confondra pas avec la dacryoadénite orbitaire plus souvent bilatérale, pour les raisons déjà vues.

Le **traitement** consiste dans l'incision dès que le pus paraît formé,

pour éviter toute complication orbitaire. Cette incision sera conjonctivale ou cutanée, suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre des glandes.

DACRYOADÉNITE CHRONIQUE. — La dacryoadénite chronique peut siéger sur les deux glandes, être bilatérale ou unilatérale. Dans un certain nombre de cas, il est difficile de savoir s'il s'agit d'une *hypertrophie simple* ou d'infection chronique. En plus des infections aiguës de l'organisme ayant laissé une dacryoadénite chronique, d'autres maladies infectieuses telles que la scrofule, la syphilis ou diverses dyscrasies (leucémie) peuvent être en cause.

Dans quelques cas d'induration coexistant avec celle d'autres glandes (*parotide et sous-maxillaire*), les *examens histologiques* démontrent qu'en dehors des cas d'adénomes que nous décrirons plus loin, il y a une prolifération du tissu cellulaire simulant soit l'inflammation chronique, soit le lymphome.

La *variété syphilitique* de la maladie se produit surtout à la période tertiaire et peut donner une sorte de cirrhose glandulaire. (Chalon, Bull, Albini.)

Quant à la *tuberculose* de la glande lacrymale, qui est possible, elle est encore douteuse, car, à l'examen histologique montrant des cellules géantes (Abadie, de Lapersonne), il faudrait joindre la constatation des bacilles et des inoculations positives.

Traitement. — Après un traitement mercuriel, ioduré, arsenical, on serait autorisé à intervenir au bout de quelques mois, si la glande grossissait démesurément.

Le diagnostic histologique et bactériologique sera nécessaire dans tous les cas, vu la possibilité de tuberculose, où l'extirpation complète et un traitement général approprié sont de rigueur.

Troubles fonctionnels. — Les troubles fonctionnels glandulaires concernent soit les altérations particulières que quelques auteurs ont signalées, telles qu'une coloration jaunâtre dans l'*ictère* (Weller), une coloration rougeâtre dans le *scorbut* (Masner). Enfin on a signalé depuis des temps fort anciens des *larmes de sang*. D'après Damalix (1), qui a repris cette question, les larmes de sang sont une anomalie passagère, se montrant plus souvent chez la femme, où elle a pu jouer au rôle de suppléance pour la menstruation; les hystériques, les anémiques, et les hémophiles, sont plus spécialement atteints de ce trouble singulier.

Cependant les anomalies fonctionnelles portent plus ordinairement non pas sur la *qualité* du liquide, mais bien sur la *quantité* du liquide sécrété. L'*hypersécrétion* lacrymale est démontrée dans certains cas pathologiques, tels que la dacryorrhée ataxique (Petrolacci, Kœnig). En dehors de ces cas, il est permis d'affirmer que l'*épiphora*, où l'on ne trouve aucune lésion de rétrécissement du canal ou de chute de

(1) DAMALIX, *Arch. d'opt.*, 1882.

l'orbitaire, est dû à une hypersécrétion lacrymale. A. Trousseau a même signalé des sortes d'*hypersécrétion périodique* chez une malade fort nerveuse.

Indépendamment des cas où une hypersécrétion lacrymale est la conséquence d'une irritation conjonctivale ou cornéenne dépendant d'une affection de ces membranes, soit primitive, soit consécutive à une affection des voies lacrymales, des fosses nasales ou des paupières, l'hypersécrétion est due soit à la sensibilité excessive de la conjonctive (anémiques, neurasthéniques, etc.), soit à une irritation nerveuse de la glande à la suite de réflexes très éloignés. Ceci nous expliquerait peut-être la fréquence du larmolement sans cause appréciable chez les femmes. L'extirpation si peu dangereuse de la glande lacrymale palpébrale est indiquée dans ces cas, après insuccès du cathétérisme.

Le *tarissement relatif* de la sécrétion lacrymale s'observe dans certaines fièvres graves (Trousseau), dans les maladies débilitantes et aux approches de la mort. La diminution de la sensibilité de la cinquième paire (de Wecker), pour d'autres (E. Berger) l'action d'une toxine paralysante, pourraient l'expliquer.

Le fonctionnement de la glande lacrymale dans la paralysie faciale (Goldzieher, Trepjachine, Tribondeau) et dans celle du trijumeau demande encore à être étudié.

Le dessèchement de la conjonctive ne doit guère être attribué à des lésions des acini glandulaires mêmes, l'extirpation de la glande orbitaire et même celle des deux glandes n'entraînant pas le moindre trouble et pouvant même laisser subsister du larmolement, car les glandes lacrymales conjonctivales suffisent à la lubrification normale.

Corps étrangers, calculs et parasites. — En dehors des corps étrangers, tels que des grains de plomb, des balles (Larrey), etc., on observe des *parasites*, tels que la filaire. (Acessi.)

Les *calculs* de la glande lacrymale, composés de phosphate et de carbonate de chaux (Fourcroy, Bouchardat), atteignent quelquefois un nombre et un volume assez considérables: ils paraissent siéger ordinairement dans les canaux excréteurs. Cette lithiase se révèle par du larmolement, par quelques douleurs et du gonflement externe coïncidant presque toujours avec leur élimination répétée dans le cul-de-sac supérieur (Walther). La maladie peut être bilatérale et récidiver pendant plusieurs années. On pratiquera l'extraction par la peau ou bien le plus souvent par la conjonctive, suivant que le calcul siège dans la glande orbitaire ou dans la partie inférieure du système sécréteur (glande palpébrale, canaux excréteurs). Le *diagnostic* se fera par la ponction avec une aiguille flambée, qui permettra de sentir le calcul, mais, à part la sensation de dureté caractéristique, on confondra le plus souvent avec une dacryoadénite palpébrale suppurée, excepté, comme dans les cas les plus fréquents, si le calcul est déjà visible.

Tumeurs. — L'hypertrophie des glandes lacrymales, orbitaire ou palpébrale, correspond le plus souvent à la forme chronique de la dacryoadénite. Dans le *larmolement chronique*, il est fréquent de voir une hypertrophie énorme des glandes palpébrales, qui n'est peut-être pas sans relation avec l'hypersécrétion lacrymale. Dans tous ces cas, le seul traitement indiqué est l'extirpation après insuccès du traitement de la dacryodénite chronique et du larmolement. Les vraies *tumeurs* de la glande lacrymale se divisent en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes; leurs symptômes seront décrits avec ceux des tumeurs de l'orbite, qu'elles touchent de si près.

TUMEURS BÉNIGNES. — KYSTES. — Ces kystes sont lacrymaux ou *hydatiques*. Les kystes lacrymaux (dacryops) siègent surtout sur les canaux excréteurs et dans la glande palpébrale, sont presque transparents, du volume d'un pois à une noisette; ils peuvent quelquefois se vider à la pression, contiennent un liquide analogue aux larmes, mais plus albumineux (Broca et Réveil); ils sont spontanés ou consécutifs à des opérations (énucléation), etc.; il y a souvent des *dacryolithes*.

On pratiquera l'excision simple du kyste.

Quant aux *kystes de la portion orbitaire*, on ne sait trop si les observations rapportées concernent des kystes hydatiques ou des *tumeurs kystiques*.

Les autres tumeurs bénignes sont des adénomes, des fibromes et des myxomes. La transformation de ces tumeurs en tumeurs malignes paraît possible.

Il est probable que les hypertrophies simultanées des parotides et des glandes lacrymales ne rentrent pas dans les tumeurs, mais bien dans les hypertrophies et les dacryoadénites chroniques.

TUMEURS MALIGNES. — Toutes les variétés de tumeurs malignes (1) peuvent être observées dans les glandes lacrymales, mais il est rare qu'elles soient primitives. Il faut citer les *lymphomes*, souvent *symétriques*, les *épithéliomas*, le *carcinome mélanique*, enfin les *sarcomes*, les *enchondromes* et en particulier le *chlorosarcome* (Lang) (2). Tous ces néoplasmes surviennent à l'âge des néoplasmes en général, presque toujours chez les adultes, cependant il y a de cas d'épithélioma, de sarcome et de lymphome chez de très jeunes sujets. L'*extirpation* est le traitement indiqué.

Opérations pratiquées sur les glandes lacrymales.

L'extirpation de la *glande orbitaire* a été pratiquée plusieurs fois au XVIII^e siècle pour l'ablation de ses tumeurs. Quant à l'idée d'enlever cette glande pour diminuer le *larmolement*, elle est aussi assez ancienne.

(1) TONDEUR, thèse de Lyon, 1892.

(2) LANG, *Arch. de méd.*, 1893.

Pellier, qu'un larmoyant interrogeait sur le résultat possible de cette opération, la déconseilla, car il croyait, avec Sténon, qu'une partie des larmes vient de la chambre antérieure. Velpeau rapporte que Nelle (1838) l'a *extirpée pour un larmolement* consécutif à une énucléation. En 1843, P. Bernard fait délibérément et avec succès l'extirpation des deux glandes du même côté, pour guérir un larmolement. Bernard combinait même la destruction du sac à l'ablation de la glande. De son côté, Szokalski proposait la *ligature des canaux* de la glande dans le but de l'atrophier. Textor, Lawrence, de Wecker, Abadie se sont successivement, entre autres, loués de l'opération. Badal (1885) a enlevé également les deux glandes du même côté. On incise au niveau du *quart externe* du rebord orbitaire supérieur, la peau du sourcil rasé (Halpin, Abadie) (on évitera le procédé de Velpeau, qui sectionnait et relevait la commissure externe) et le ligament suspenseur, en évitant le tendon releveur, plus interne et on entre dans la loge de la glande qui, attirée par une forte pince-érigne, est *énucléée* en entier. Une compression à la pince arrête l'hémorragie artérielle. Deux à trois points de sutures à la soie, en comprenant les parties profondes, assurent la réunion par première intention. La blépharoptose, le phlegmon de l'orbite, seraient attribuables à des fautes opératoires.

Pratiquée d'abord par Meyer (1886) contre l'hypertrophie de la glande, l'extirpation de la *glande lacrymale palpébrale* (1) a été réglée par de Wecker et appliquée à la cure du larmolement (1888), de façon à prendre place parmi les opérations *courantes* de la chirurgie oculaire.

Le procédé de Wecker est le suivant : après cocaïnisation, *sans injection* qui masquerait le terrain opératoire, on relève le bord ciliaire supérieur par un petit écarteur de Desmarres. L'aide appuie et tire sur la commissure externe, en même temps que le malade regarde en bas et en dedans, le bout de son nez, et qu'une pince placée en haut et en dehors du limbe, attire la cornée en bas et en dedans. M. Panas se sert quelquefois de la plaque de corne et l'insinue sous la peau de la paupière renversée pour faire saillir la glande. On incise avec un bistouri la conjonctive sur toute l'étendue de la glande bien saillante, et on la *dissèque* avec la pince à griffes et les ciseaux : puis on charge la glande avec un crochet à chalazion ou mieux une pince-érigne, et on l'extirpe à coups de ciseaux courbes, en commençant par la partie interne, pour éviter plus sûrement le tendon du releveur, et la blépharoptose possible; on termine, en excisant la glande jusqu'*au-dessous* de la commissure externe pour enlever ses lobules inférieurs. Une petite pince hémostatique comprime l'artériole coupée. Un pansement n'est utile que pendant deux à trois jours. La canthoplastie

(1) A. TERSON, Les glandes lacrymales conjonctivales et orbito-palpébrales : l'extirpation des glandes lacrymales palpébrales, thèse de Paris, 1892.

préalable n'est indiquée que s'il y a phimosis palpébral (granuleux).

Signalons que M. Bettremieux a proposé récemment de se borner à la cautérisation ignée de la région conjonctivale des canaux excréteurs.

Vu la constitution de la glande, on ne saurait songer à l'énucléer, mais bien à enlever sa plus grande partie : l'opération peut être incomplète, et les retouches (cautérisation, excision) ne porteront pas toujours sur les parties restantes, enfouies dans la cicatrice. Aucune suture n'est nécessaire. L'opération agit en enlevant la glande palpébrale, et en supprimant plus ou moins complètement l'action de la glande orbitaire dont elle atrésie les canaux. La présence des glandes conjonctivales assure une lubrification convenable, même après excision des deux glandes. Un catarrhe assez intense a été plusieurs fois observé après l'opération, mais il a guéri peu à peu, et rien ne démontre sûrement qu'un trouble apporté à la sécrétion lacrymale en fût la cause unique ; peut-être la section du nerf lacrymal a-t-elle été la cause de la lésion conjonctivale dystrophique ou autre.

On évitera d'enlever par la conjonctive la glande palpébrale et la glande orbitaire. Histologiquement, les glandes enlevées, augmentées de volume, n'ont pas de lésion caractéristique.

Les résultats sont très favorables quand il n'y a aucune suppuration des voies lacrymales. Dans quelques cas, le larmolement disparaît : il est presque toujours fort réduit. On ne pratiquera l'opération qu'après avoir tari toute sécrétion anormale et on sera réservé avant d'intervenir, en cas d'insuccès, sur la glande orbitaire, vu les cas de persistance du larmolement après extraction des deux glandes.

Les opérations sur la glande lacrymale palpébrale sont des plus justifiées et en général des plus utiles ; elles constituent le moyen le meilleur pour diminuer ou supprimer l'épiphora, quand tous les autres traitements ont échoué : elles n'entraînent aucune perturbation profonde dans le fonctionnement de l'appareil lacrymal et les dernières recherches anatomiques sur la région ont encore apporté un encouragement à la vulgarisation de l'opération, d'autant plus que l'énucléation de la glande orbitaire, toujours plus compliquée et plus dangereuse, peut échouer contre le larmolement chronique.

VOIES LACRYMALES.

Points et conduits lacrymaux. — L'éversion des points lacrymaux résulte d'un ectropion d'origine cutanée ou conjonctivale, ou de la parésie ou de l'atonie simple de l'orbiculaire. Après avoir fait le traitement que comporte l'ectropion (blépharoplastie, tarsorrhaphie excision de la muqueuse), on fendra d'une façon assez large le point et le canalicule. Dans certains cas, on pratiquera des excisions losangi-

ques de lambeau conjonctival (Walton) ou des cautérisations ignées tendant à redresser le point, procédés qui méritent d'être généralisés. On a même pratiqué (Woodward) l'excision de la caroncule et de la paroi postérieure du canalicule.

L'oblitération partielle ou totale des canalicules lacrymaux résulte de traumatismes ou d'ulcérations. L'ophtalmie granuleuse arrive à la longue à provoquer des atrésies totales des canalicules et il n'y a de ressource que dans l'extirpation des glandes lacrymales.

Les corps étrangers sont variables (cils, barbe d'épi de blé, fragments métalliques).

Dans le cas d'imperforation et d'atrésie totale, on a essayé diverses opérations (création d'un nouvel orifice dans le lac lacrymal, Petit, Léveillé, Panas), enfin et surtout le cathétérisme rétrograde (Streatfield) après incision cutanée du sac lacrymal, mais l'insuccès est la règle et l'extirpation de la glande palpébrale le seul moyen de soulagement. Les concrétions des canalicules, longtemps attribuées au leptothrix, sont souvent considérées aujourd'hui comme dues à l'actinomyose (1) ; mais il peut exister de véritables calculs.

L'oblitération partielle ou totale par pellicules épidermiques et l'existence de plusieurs orifices sont d'origine congénitale.

Dacryocystites. — Les inflammations du sac et du canal ont une symptomatologie et une pathogénie bien différentes de celles des affections précédentes.

Étiologie. — Les causes prédisposantes sont nombreuses. Le sexe féminin, la race israélite (forme du nez, étroitesse des canaux, lymphatisme et causes infectieuses générales), l'hérédité, le côté gauche (étroitesse peut-être plus grande), la faiblesse générale des tissus, certaines professions (moissonneurs, etc.), les vices de réfraction, constituent un terrain de prédilection.

Pour la dacryocystite congénitale, les mêmes causes peuvent agir, mais il s'agit surtout d'un arrêt de développement de la partie inférieure du canal nasal : il n'est pas impossible que la syphilis héréditaire n'intervienne.

Les diathèses ont un effet des plus réels. En dehors de la tuberculose à tendances locales, la scrofule joue un grand rôle. La syphilis (Pellier, Hunter) agit tantôt par dacryocystite roséolique, tantôt par périostites et gommès précoces ou tardives (2).

Les infections générales aiguës, surtout les fièvres éruptives, sont des causes plus rares.

Les causes de voisinage restent les plus fréquentes. Les affections pharyngo-nasales chroniques (Richter, Vetgé), l'ozène (Desmarres), un simple coryza, les diverses formes de rhinites eczémateuses et autres, les polypes muqueux, l'hypertrophie, le lupus, les végétations

(1) EWETSKY, Arch. d'opt., 1896.

(2) LAGNEAU, Arch. de méd., 1853.