

adénoïdes, sont au premier rang, les sinusites, les rhinolithes et les corps étrangers, les tumeurs, les déviations des cornets, la cicatrice d'un chancre nasal, le rhinosclérome (Wolkowitch) peuvent entrer aussi en ligne de compte. Les *caries*, les *périostites dentaires antérieures* (Abadie) donnent soit des dacryocystites, soit des abcès prélacrymaux par des petits canalicules osseux du maxillaire supérieur (Parinaud), soit du larmolement réflexe.

La théorie microbienne nous rend de plus en plus compte de ces propagations. Il faudra aussi se rappeler que des cathétérismes avec des sondes *non flambées* infectent souvent les voies lacrymales.

Enfin, dans des cas exceptionnels, il s'agit de la propagation d'une affection *conjonctivale*, surtout *chronique*, en particulier le *trachome* et la conjonctivite *folliculaire*.

Les lésions *palpébrales* (actinomycose, etc.), les *traumatismes* (fractures des os propres du nez), les calculs, peuvent également être notés comme cause.

Bien que rare, le *rétrécissement simple*, sans sécrétion anormale, sans infection appréciable, est parfaitement possible, au niveau des points, des canalicules, ou du canal lacrymo-nasal : il guérit, même, beaucoup plus vite et plus sûrement par la dilatation, que le rétrécissement inflammatoire.

Symptomatologie. — Les symptômes d'une dacryocystite offrent d'assez grandes variations suivant les sujets. Il s'agit d'une affection toute différente du simple larmolement *sans infection* produit par éversion, spasme des points lacrymaux, atonie de l'orbiculaire ou hypersécrétion. Néanmoins le larmolement plus ou moins abondant et un état très humide de l'œil, avec sécheresse de la narine de ce côté, subsistent pendant des années, avant la sécrétion purulente : cette sécrétion se produit quelquefois comme complication d'un larmolement par éversion des points lacrymaux. Les voies lacrymales n'étant plus irriguées comme d'habitude, il se produit là une infection par absence d'irrigation physiologique : nous attachons une grande importance à ces faits, car ils nous paraissent démontrer que le larmolement même sans rétrécissement du canal lacrymal peut se compliquer lui aussi d'infection.

Quelquefois une poussée phlegmoneuse subite est la première apparition de la dacryocystite : mais, plus ordinairement, une dacryocystite *glaireuse*, ou muco-purulente, avec un certain degré de dilatation du sac qui se vide en haut ou en bas avec *gargouillement*, s'établit. Elle peut se transformer en *mucocèle* (*dacryocystite enkystée*), c'est-à-dire en *cavité close*, le sac devenant gros comme une noisette, sans aucun reflux possible par les canalicules tordus. La *dacryocystite phlegmoneuse* apparaît d'une façon intercurrente, et, si elle est mal soignée ou sur un terrain scrofuleux, une *fistule rebelle*

s'établit. On a même pu voir des dacryocystites *pseudo-membraneuses* (scarlatine).

Chez les nouveau-nés (Dolbeau, Galezowski, Peters), la dacryocystite constitue une variété à part, guérissant souvent spontanément. Les dacryocystites chez les enfants plus âgés sont scrofuleuses, hérédo-syphilitiques ou identiques à celles des adultes.

Complications. — Les complications sont d'une réelle gravité, aussi doit-on toujours s'efforcer de tarir le foyer purulent placé à l'entrée de l'orbite.

La *conjonctivite* lacrymale (Mackensie, Galezowski, Truc) d'origine souvent streptococcique (Morax), avec ou sans iritis par dialyse toxique (Bardelli), entraîne peu à peu la blépharite, l'ectropion, et une sorte d'atrophie de la peau de la joue, devenue lisse, luisante et crevassée. Le lupus pourrait apparaître autour d'une fistule lacrymale (Arnozan) chez un lupique nasal.

Les *kératites perforantes*, sont une conséquence fréquente des dacryocystites, au moindre traumatisme, surtout pendant les moissons et les saisons chaudes qui accroissent peut-être la virulence, et on sait la gravité d'une opération oculaire au contact du pus lacrymal. Enfin le *phlegmon de l'orbite* (Baas, Rockliffe), la panophtalmie *métastatique*, l'*érysipèle à répétition*, par issue du streptocoque hors des voies lacrymales (Widmark), qui donne aussi des conjonctivites pseudo-membraneuses, peuvent entraîner des complications mortelles.

Diagnostic. — Le diagnostic d'une dacryocystite est en général facile, surtout avec le cathétérisme, ou l'injection s'il y a ulcération externe.

On pourrait cependant la confondre avec une *exostose*, que la ponction exploratrice différenciera, et avec un certain nombre d'affections venant soit des *fosses nasales* (polypes, sarcome, etc.), auxquelles il faudra toujours penser, soit de la région *pré-lacrymale*.

L'*orgelet* et le *furoncle*, l'*ostéopériostite* primitive, l'ouverture anormale d'un *empyème du sinus frontal* ou d'une *ethmoïdite* (Röhmer) enfin et surtout l'*érysipèle* seront rapidement différenciés d'une dacryocystite phlegmoneuse.

On ne confondra pas une fistule cutanée d'origine *dentaire* (Parinaud), l'*actinomycose*, la tuberculose du rebord orbitaire, avec une fistule lacrymale.

Une ulcération *chancreuse*, *gommeuse* ou *épithéliomateuse* sera rapidement éliminée. Un *kyste huileux* ou dermoïde prélacrymal, un angiome, une tumeur *sarcomateuse*, n'en imposeront pas longtemps pour une dacryocystite kystique ; chez le nouveau-né, on évitera la confusion avec l'*ophtalmie* catarrhale ou purulente.

Anatomie pathologique et pathogénie. — A part certains cas

d'ostéopériostites tuberculeuses primitives, les lésions commencent par la muqueuse, qui reste pendant très longtemps seule (fig. 20) atteinte, avant toute propagations de voisinage (Janin, Auzias-Turenne, Berlin), péricystique (Parinaud).

Le tissu du sac finit peu à peu par s'infiltrer; il se développe assez souvent de véritables fongosités (pseudo-polypes).

Le canal lacrymal est boursoufflé et la muqueuse épaissie bouche sa lumière, mais des rétrécissements fibreux ou osseux sont d'une extrême rareté. Les dacryocystites trachomateuse et folliculaire



Fig. 20. — État de la muqueuse dans la dacryocystite chronique.

(Moau) rappellent par leurs lésions celles de la conjonctive et suivent leur évolution.

La dacryocystite *congénitale* reconnaît pour cause une imperméabilité épithéliale qui disparaît peu à peu avec l'élargissement du canal. On a trouvé dans la sécrétion le *coli-bacille* (Mercanti), le *pneumocoque*. (A. Terson et Gabriélidès.)

Il sera naturellement fréquent de retrouver dans les dacryocystites les microbes *normaux* ou *anormaux* des *fosses nasales*. Dans les dacryocystites *glaireuses*, on note surtout le *pneumocoque* (A. Terson et Cuénod) (1) et quelques espèces bacillaires [Widmark, Mazet (2)]. Les *staphylocoques* et surtout le *streptocoque* sont beaucoup plus rares. La dacryocystite *phlegmoneuse* est au contraire presque toujours produite par le *streptocoque* (Widmark, Morax), probable-

(1) A. TERSON et CUÉNOD, Bactériol. clin. de l'app. lacrymal (*Gaz. des hôp.*, 1895).

(2) MAZET, thèse de Paris, 1895.

ment par infection secondaire. Le staphylocoque doré (Sattler), le diplocoque encapsulé de l'ozène (Cuénod), le coli-bacille (Mazet) : le bacille de Friedlaender, le bacille pyocyanique (A. Terson), peuvent s'y rencontrer.

L'*actinomyces* doit être recherché avec soin.

Le bacille *tuberculeux* se trouve rarement. Néanmoins la tuberculose primitive (Bock, Fick, Leidholt) ou secondaire (nasale conjonctivale, lupique) est réelle. De très nombreuses coupes et examens bactériologiques sont nécessaires, et il est regrettable que la tuberculine ne puisse pas être employée avec certitude pour le diagnostic. Les dacryocystites chez les lupiques ne sont pas toujours tuberculeuses, d'après nos recherches (1). Il serait à désirer qu'on fit des statistiques sur la fréquence des dacryocystites chez les phthisiques. Le bacille pouvant exister à l'état normal (Straus) dans le nez, la pathogénie de la tuberculose lacrymale s'éclaire facilement. Dans un cas d'actinomycose (Huth), le malade avait appliqué un morceau de viande crue pour calmer une conjonctivite.

Si l'on combine ces notions à celles que nous avons rapportées à l'étiologie, on voit que l'infection se développant *par voisinage* sur un terrain *prédisposé* est l'origine de la plupart des cas. Il y a cependant des cas d'*endo-infection* (syphilis, etc.), et, d'autres fois, les voies lacrymales s'infectent tardivement, sans qu'il y ait aucune infection apparente générale ou de voisinage, lorsque, par éversion des points, atonie de l'orbiculaire, l'*irrigation physiologique* du canal ne se produit plus et ne chasse plus ses microbes normaux, microbes qui peuvent alors exercer peu à peu à leur aise leur rôle nocif. Il en est de même avec les rétrécissements, soit *muqueux*, soit *osseux*, de la partie inférieure du canal. Il se produit là aussi une stagnation lacrymale, et comme dans toute eau dormante, les microbes se développent facilement. Il est permis de douter du rôle bactéricide des larmes, quelle que soit la nature, tuberculeuse ou autre, des microbes en jeu, vu l'influence de la stagnation lacrymale sur le développement des kératites.

Depuis Richter, la théorie de l'origine *nasale* de la plupart des infections lacrymales s'est peu à peu solidement établie et l'origine *conjonctivale* (Scarpa) ne correspond au contraire qu'à des cas tout à fait rares. L'action du *rétrécissement du canal nasal*, déjà mise en lumière par Maitrejean qui attribuait à la décomposition des larmes l'étiologie de l'inflammation muqueuse, s'est subitement éclairée, depuis les dernières *recherches microbiennes*, tandis que la théorie d'une altération *simplement chimique* des larmes est redevenue une pure hypothèse. Quant à l'origine *ostéopériostique*, il est clair qu'à de très rares exceptions près, l'ostéopériostite est *consécutive*.

(1) JAULIN, Tuberculose de l'appareil lacrymal, thèse de Paris, 1894.

Tumeurs. — Des adénomes et épithéliomes pourraient se développer primitivement aux dépens de la muqueuse du sac, mais la plupart des tumeurs sont des propagations de néoplasies cutanées térébrantes, ou de tumeurs nasales.

On évitera de les confondre avec les *polypes* et *fongosités* des dacryocystites chroniques, ou avec la *tuberculose massive* du sac, très rarement observée (Bock), où le *diagnostic bactériologique*, après extirpation, serait seul décisif.

Corps étrangers. — Les calculs, les projectiles et surtout les débris d'instruments (sondes, couteaux de Weber, etc.), sont d'une extraction très difficile, et on sera quelquefois obligé de les abandonner à l'expulsion spontanée par le nez ou la peau, après suppuration : on tâchera, avec une grosse sonde ou par l'incision du sac, de les pousser dans les voies lacrymales inférieures, si l'extraction avec une forte pince était impossible.

Anomalies congénitales. — En dehors de la dacryocystite congénitale, on peut observer des *fistules* congénitales, l'*absence* ou l'*occlusion* totale du canal lacrymal.

Traitement. — Dans la cure des affections des voies lacrymales, on doit détruire la source infectieuse qui est un danger permanent, ensuite supprimer le larmolement intolérable, premier symptôme ou reliquat de la maladie. Le premier desideratum a été d'abord réalisé (Celse, Galien) par la destruction et l'extirpation du sac lacrymal (Aétius) dont on traitait les suppurations comme des abcès ordinaires (*ægilops* et *anchilops*) tant qu'on ne connaissait pas l'anatomie exacte des voies lacrymales (Fallope, Vésale). Cette méthode unique est devenue l'exception, lorsqu'on a connu cette anatomie et qu'on s'est appliqué à traiter, tout en le conservant, l'appareil lacrymal par le sondage supérieur (Anel) repris et facilité par Bowman, ou le sondage rétrograde. (Gensoul, Laforest.)

On a tenté la création de nouvelles voies excrétoires (Archigène, Woolhouse, Reybard) et pratiqué l'ablation des organes excréteurs (Bernard, de Wecker). C'est par la combinaison fréquente de ces différents procédés et non par un exclusivisme routinier que l'on arrivera à la guérison de la plus grande partie des affections lacrymales. À côté de ce traitement chirurgical, le traitement *général* a un rôle efficace et on se rappellera que tout état lacrymal nécessite un examen et souvent un traitement *rhinologique*.

INDICATIONS ET TECHNIQUE OPÉRATOIRES. — 1° **LARMOIEMENT.** — Le larmolement peut coexister avec un catarrhe du sac, avec un rétrécissement ou reconnaître des causes qui n'ont pas comme origine la muqueuse des voies lacrymales.

On commencera par presser sur la région du sac lacrymal pour tâcher de constater la sécrétion refluante. On examinera ensuite à fond la conjonctive et la cornée pour voir si elles n'ont aucune affection

chronique (trachome). On vérifiera la réfraction et on s'informerait avec soin de l'état des fosses nasales, de la bouche, enfin on penserait au système nerveux (hypersécrétion). La *dilatation* simple du point et du canalicule avec le stylet conique ou une simple épingle et la sonde *olive* progressive, préférable aux divers dilataleurs, suffit quelquefois : mais le plus souvent l'*incision* du canalicule sera utile.

On la fera souvent très étroite, la réduisant souvent à la *sphinctérotomie* du point lacrymal inférieur. Pour le point supérieur, qu'on choisira de préférence, pour lutter contre les infections, tandis qu'on opérera le point inférieur pour le larmolement, on pourra faire une incision plus large. On évitera toujours la section totale si mutilante et si banale du canalicule inférieur, qui le transforme en une rainure désormais inutile. Une petite incision oblique, faite en dirigeant le *tranchant vers l'œil* de l'opéré, et en tirant fortement sur la paupière inférieure, est la meilleure. On l'agrandira un peu en cas d'ectropion. Le couteau de Weber *droit* la réalise aisément et est préférable à de petits ciseaux boutonnés.

C'est après ces précautions que l'on procédera au cathétérisme *explorateur* (1) pratiqué, après dilatation ou très petite incision oblique du point inférieur, avec une sonde olive n° 2, qui expose beaucoup moins aux fausses routes que de plus fines et qui permet déjà d'avoir une notion sur le rétrécissement. Si l'on trouve une blennorrhée ou un rétrécissement, on les traitera comme il est dit plus loin. Quelquefois une sorte de spasme et de rétrécissement de l'ampoule est la seule cause du larmolement, rapidement guéri par l'incision.

Le cathétérisme comprend trois temps : Après l'attraction de la paupière, tendue avec l'index de la main gauche, on introduit dans le point *supérieur* (fig. 21) ou *inférieur*, dilaté ou incisé, l'extrémité de la sonde *flambée* que l'on enfonce, sans *cesser de tendre le canalicule*, jusqu'à ce qu'elle bute contre la paroi ostéomuqueuse. On relève alors la sonde et on la pousse, suivant la direction habituelle du canal, de haut en bas, d'avant en arrière, de dedans légèrement en bas et en dehors. Chez les sujets dont les yeux sont très écartés, la direction peut être verticale, ou, exceptionnellement, inféro-interne. On évitera de développer trop de force dans le cathétérisme, sous peine de déchirures muqueuses et on évitera systématiquement de faire une injection, après un cathétérisme forcé. Des *phlegmons de l'orbite*, des *infiltrations* des paupières, la *méningite* même, ont été observés et

(1) L'*injection* est un moyen grossier d'exploration des voies lacrymales : comme pour l'urètre, ce n'est qu'avec l'explorateur à boule (ici la sonde olive) que la simple dilatation du point lacrymal, permet d'apprécier la perméabilité, les rétrécissements et les ressauts par les sensations que peut seule donner au doigt une tige flexible.

pourraient être la conséquence de cette manœuvre illogique. On priera le malade de ne point se moucher, pour éviter l'*emphysème* des paupières.

En principe, *tout point lacrymal que l'on voit sans toucher à la paupière*, n'est pas à sa place, est légèrement éversé, éversion accrue encore par toute contraction de l'orbiculaire dont l'axe fonctionnel est déplacé et qui n'a plus son fonctionnement régulier. La *sphinctérotomie* lui est donc applicable, de même que l'opération de Walton (excision d'un lambeau conjonctival). On traitera les causes accessoires (dents, nez, réfraction) ou une affection du système nerveux

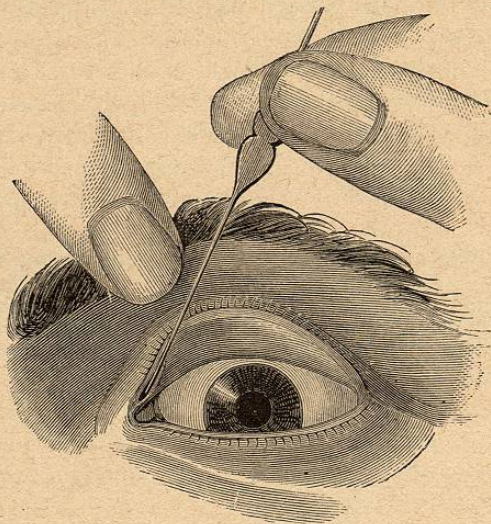


Fig. 21. — Cathétérisme par le point lacrymal supérieur incisé.

(tabès, maladie de Basedow, hystérie, névroses) : on pratiquera des sondages tous les deux jours jusqu'à ce qu'on puisse passer facilement le n° 3. On évitera des numéros plus forts, inutiles contre le larmoiement pur.

Si l'on constate la moindre atonie de l'orbiculaire, on n'hésitera pas à l'électriser régulièrement. Dans certains cas, l'atonie ou même la parésie de l'orbiculaire est telle qu'on doit même pratiquer certaines opérations complémentaires (tarsorrhaphies internes, excisions de lambeaux par les procédés de Weber). Enfin, si, comme cela s'observe dans plus du tiers des cas de larmoiement simple, on n'arrive qu'à un résultat médiocre, on recourra, dès que l'usage des sondes du n° 3 aura été prolongé pendant plusieurs semaines, à l'extirpation de la glande palpébrale.

Dans les cas de larmoiement hypersécrétoire, après avoir essayé les sédatifs et les hyposécrétoires (atropine), on pourra en venir à la même opération.

2° BLENNORRÉE. — On s'occupera ici exclusivement du catarrhe sans s'inquiéter du larmoiement; le cathétérisme permettra de reconnaître un *rétrécissement* ou son absence, en même temps qu'une *dilatation* du sac. Alors un traitement nasal est institué et on recommandera au malade la *compression digitale*, l'évacuation fréquente du pus et l'aspiration forte et répétée par le nez. (Maréchal.)

On pratiquera la *dilatation progressive* et l'antisepsie des voies lacrymales. Si la dilatation est facile, on lui joindra les injections et même les *irrigations* avec ou sans canule creuse (de Wecker) et une seringue aseptisée par l'ébullition.

Le *nitrate*, à toutes doses, de 1/50 à 1/1000, suffit presque à tout; le permanganate, le sulfate de zinc, sont utiles. En plaçant préalablement un peu de vaseline dans le cul-de-sac conjonctival, on évite toute irritation conjonctivale.

Le sublimé et la plupart des autres antiseptiques sont irritants et n'ont pas l'action *élective* du nitrate sur la muqueuse enflammée.

Si la dilatation est difficile, on pourra faire la stricturotomie de Weber ou de Stilling, cathétérisme tranchant à pratiquer par le point supérieur suivi rapidement des sondages réitérés avec les sondes n° 4 et avec la sonde conique de Weber, qui peut réaliser la *divulsion* de certains rétrécissements. Enfin, après ces moyens prolongés, ou la guérison sera obtenue, ou il restera une sécrétion rebelle. Dans ces cas-là, on fera de temps à autre des *instillations* au nitrate d'argent à 1/20 avec une seringue graduée et une canule courbe. Ces moyens réussiront presque toujours tôt ou tard s'il n'y a pas un degré très grand de dilatation du sac et si on empêche la réinfection nasale. On pratiquera par le point supérieur avec une petite curette fenêtrée, d'un volume et d'une courbure appropriées, le *curettage par les voies naturelles* sans incision cutanée (Tartuferi, Terson père, Sichel fils) (1), qu'on pourra répéter plusieurs fois, s'il est insuffisant et auquel on combinera tous les moyens antiseptiques pour éviter les occasions de réinfection. Il s'agit d'un véritable *écouvillonnage*, qu'il faudra faire légèrement pour éviter l'atrésie, et borner au sac et au canal nasal, sans racler les canalicules. Si la dilatation est *très accentuée*, après avoir rapidement constaté l'insuccès fréquent des méthodes précédentes, on n'hésitera pas à pratiquer le *curettage par voie externe* (Mandelstamm, Despagnet), et à lui combiner les *grosses sondes* avec introduction de mèches antiseptiques et irrigations externes.

Le curettage externe et la *thermocautérisation* (Fonseca, Chalot, Panas) nécessitent l'incision du sac par la voie cutanée (J.-L. Petit) *verticale* (et non oblique), pour éviter tout ectropion. La traction de la commissure externe met en évidence la paroi antérieure du sac,

(1) TERSON père, *Ann. d'ocul.*, 1894.

barrée en haut par le tendon saillant de l'orbiculaire. Dans les cas rebelles, on pourra sacrifier le tendon (Panas) sans danger ultérieur, pour pouvoir curetter et cautériser jusqu'à l'*unguis* le cloaque suppurant. On évitera, par les mèches iodoformées longtemps prolongées, toute cicatrisation prématurée, qui pourrait enfermer une suppuration récidivante. L'innocuité de ces interventions, en apparence menaçantes, est complète, et, quoi qu'on en puisse penser à priori, la cicatrice est rapidement imperceptible, si l'on n'a pas eu affaire à une fistule ancienne ayant érodé la peau. L'oblitération complète des voies lacrymales est souvent obtenue par la cautérisation.

On réservera la pâte de Canquoin pour les cas rebelles.

La dacryocystite *congénitale* est justiciable pendant quelques mois de la simple compression digitale répétée avec instillation consécutive de nitrate à 1 p. 100, qui peuvent amener la guérison. Sinon, on en viendra, sous le chloroforme, à des sondages. Le cathétérisme rétrograde proposé sera bien rarement praticable.

Les clous, canules et sondes à demeure, le drainage par un séton (Méjean), l'excision et l'oblitération des points lacrymaux (Bosche, Velpeau) seront abandonnés. Le curettage avec implantation d'un os décalcifié de crapaud (Guaita), l'*électrolyse* (Gorecki, Lagrange), ne paraissent pas avoir un avantage marqué sur les autres procédés. On évitera les sondes en celluloïde et en laminaire, qui exposent à de réels dangers.

3° DACRYOCYSTITE ENKYSTÉE. — Dans ces cas-là, que le contenu du sac soit glaireux ou qu'il soit purulent, lorsqu'on a vérifié que tout reflux, nasal ou conjonctival, est impossible, on n'hésitera pas à pratiquer l'*excision* partielle ou totale du sac que l'on dissèque comme un kyste. On terminera l'opération, en arrivant sur l'*unguis* où la muqueuse est indisséquable, par le raclage avec la curette tranchante et la thermocautérisation. On pourra quelquefois tenter la réunion primitive avec la soie, mais dans les cas suppurés, on mettra des mèches iodoformées jusqu'à cicatrisation totale. On n'en viendra pas plus ici qu'ailleurs, à la création de *nouvelles voies* osseuses, méthode définitivement condamnée.

4° DACRYOCYSTITE PHLEGMONEUSE. — En présence du phlegmon (à moins que le pus ne soit pas bien formé, auquel cas on ferait des séances de compresses chaudes qui amènent quelquefois la *résorption totale*), on pratiquera l'incision du sac au point culminant de l'abcès PAR LA PEAU. Ouvrir par la conjonctive et les points lacrymaux, vu le gonflement et la torsion des canalicules, expose aux fausses routes et aux inoculations orbitaires. On s'abstiendra, le jour même, de toute autre opération. On mettra une fine mèche de gaze qui guidera le pus et on appliquera un pansement antiseptique humide à mouiller toutes les heures avec de l'eau boriquée froide et qu'on changera fréquemment pendant deux ou trois

jours. Puis, après avoir nettoyé l'abcès par une irrigation, on cautérisera à fond le foyer lui-même avec le crayon de nitrate d'argent et on pansera antiseptiquement. Le lendemain, on enlèvera avec une pince la petite escarre formée, et les jours suivants, on pratiquera par les points lacrymaux le cathétérisme avec des sondes nos 2 et 3. Ce cathétérisme est en général très facile, car, à l'encontre de ce que l'on pourrait penser, on trouve *rarement du rétrécissement*, le phlegmon étant le fait d'une *simple poussée inflammatoire* surajoutée. On panse à plat, dès qu'on a pu passer les sondes; la fistule se ferme très vite avec des *voies lacrymales conservées* et la cicatrice est inappréciable.

5° FISTULE. — Si elle est récente, le cathétérisme par les points, et jamais par la fistule, la guérira rapidement. Si la fistule est rebelle ou le cathétérisme impossible, la destruction au thermocautère, ou en cas d'insuccès, par un petit vermicelle de pâte de Canquoin, laissé en place pendant deux heures, guériront presque tous les cas. On a proposé, dans certaines fistules ne donnant que du liquide lacrymal, sans pus, l'excision de la fistule, avec déplacement autoplastique des parois environnantes, et sutures.

On pensera toujours à la possibilité d'une *ostéopériostite syphilitique*, justiciable seulement d'un traitement antisyphilitique intensif, et à l'*actinomyose*, où l'iodure à hautes doses rend des services.

On pratiquera l'ablation de la glande *palpébrale* s'il reste du larmolement, après tarissement complet de toute sécrétion purulente ou muqueuse. En cas d'insuccès de cette opération, on pourrait penser (Truc) à l'ablation de la glande orbitaire, mais elle peut ne pas réussir, le larmolement persistant pouvant tenir, soit à une ablation incomplète de la glande palpébrale, soit à la sécrétion excessive des glandes lacrymales conjonctivales.

C'est surtout au traitement général (scrofule, tuberculose), au traitement nasal et dentaire, qu'il faudra s'adresser pour guérir les fistules et les suppurations ayant résisté aux moyens précédents; les cures d'eaux minérales et le séjour au bord de la mer sont souvent indiqués.

Si l'on revoit d'un coup d'œil l'ensemble du traitement actuel des affections lacrymales, on est obligé de convenir que le progrès est, avant tout, dû à un *électisme systématique* dans les procédés employés, à un usage plus fréquent des *opérations sur les organes sécréteurs*, enfin à des notions plus précises sur la *source*, le *mode de propagation de l'infection* et de la *réinfection microbiennes*, et le rôle très important du terrain (1).

(1) Consulter, pour les détails historiques et techniques : PANAS, Leçons sur les mal. de l'app. lacrymal, 1877. — DE WECKER et LANDOLT, Traité d'opht., t. IV. — A. TERSON, De la destruction et de l'extirpation du sac lacrymal (Arch. d'opht., 1891).