

A. de Graefe (1), puis par Forster (2), ont été examinées au microscope par Conheim, Lebert, Waldeyer, qui s'accordent tous pour reconnaître leur origine végétale; il paraît même très-probable que le seul champignon qu'on rencontre dans ces petites masses est un *leptothrix* identique avec celui de la bouche (*Leptothrix buccalis*).

Ces divers corps étrangers, qui se rencontrent de préférence dans le conduit lacrymal inférieur, donnent naissance à des phénomènes morbides caractérisés par de la douleur, du gonflement, une certaine difficulté dans l'excrétion des larmes, d'où un larmolement plus ou moins accusé. Dans quelques cas, le point lacrymal est rouge, dilaté, et laisse écouler un liquide muqueux, ou muco-purulent, si l'on vient à comprimer le canal lacrymal correspondant.

L'examen direct du conduit et du point lacrymal permet quelquefois d'apercevoir le corps étranger qui l'irrite, comme un cheveu, un cil et même une particule métallique; mais souvent on doit recourir au cathétérisme ou aux injections. Dans le cas où il existe un calcul, la sonde permet facilement d'en reconnaître la présence, car elle heurte un corps dur, parfois même sonore. Si l'on a affaire à un amas de champignons, la sonde peut ramener quelques particules noirâtres, qui, examinées au microscope, éclaireront le diagnostic.

Dans tous les cas, le traitement est fort simple: il consiste soit à désobstruer le conduit par l'emploi de la sonde et des injections, ce qui est possible lorsqu'il s'agit d'un cil ou d'un poil engagé dans le canal lacrymal, soit à l'inciser afin de retirer le corps étranger (calcul, amas de champignons), et de pouvoir modifier la muqueuse par une légère cautérisation ou par le cathétérisme répété.

ARTICLE III.

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DES POINTS ET CONDUITS LACRYMAUX.

Parmi les anomalies congénitales des points et des conduits lacrymaux, la plus fréquente est l'*anomalie par excès*. Tantôt il existe deux points lacrymaux situés l'un à la place normale, l'autre à une petite distance du précédent; tantôt ces deux points sont réunis par une sorte de gouttière, si bien qu'on pourrait croire à l'existence d'une incision antérieure du point et du conduit lacrymal, selon la méthode de Bowmann.

A chacun de ces points lacrymaux surnuméraires peut succéder un canal complet s'ouvrant isolément dans le sac; dans d'autres cas, les canaux anormaux ne tardent pas à se réunir au conduit normal, après un trajet plus ou moins étendu; parfois enfin le conduit surnuméraire se termine en cul-de-sac. Le cathétérisme et les injections feront facilement

(1) *Archiv für Ophthalm.*, 1854, Bd. I, A. I, S. 224; 1855-56, Bd. II, A. I, S. 824, et 1869, Bd. XV, A. I, S. 324.

(2) *Archiv für Ophthalm.*, 1869, Bd. XV, A. I, S. 318.

reconnaître ces diverses dispositions anormales, qui, d'après les faits observés, seraient plus fréquentes à la paupière inférieure qu'à la paupière supérieure.

L'*absence* des points et des conduits lacrymaux est ordinairement incomplète, c'est-à-dire qu'il n'en manque qu'un ou deux sur les quatre; toutefois cette anomalie complète a été observée; elle coïncidait avec l'absence congénitale de la glande lacrymale, l'anophtalmie, ou la cyclopie.

Parmi les anomalies congénitales on a encore signalé l'*obstruction des points lacrymaux* par une membrane mince et transparente qu'on pouvait facilement détruire en la perforant. N'existait-il pas dans ces cas une simple production d'épithélium recouvrant le tubercule lacrymal, comme l'a signalé Desmarres et Zehender (1)?

Enfin, chez quelques sujets on observerait un *larmolement intermittent*, dû à l'étrécissement congénital des points et des conduits lacrymaux. Dans ces cas, le traitement ne doit pas beaucoup différer de celui qui est indiqué pour les rétrécissements acquis des mêmes organes.

VII. — MALADIES DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

Les plaies de l'angle interne des paupières peuvent pénétrer assez profondément pour intéresser le sac lacrymal; quelquefois on observe sa rupture à la suite d'une violente contusion, qui d'ailleurs peut avoir respecté les téguments: il y a alors rupture sous-cutanée du sac.

De même dans les fractures avec enfoncement des os du nez et des maxillaires supérieurs, le canal nasal peut être lésé, rétréci et même oblitéré par le seul fait du traumatisme, qui souvent aussi entraîne l'inflammation de la muqueuse qui tapisse les dernières voies lacrymales. Cependant il n'est pas absolument rare d'observer des écrasements du nez et de la face sans accident du côté de l'excrétion des larmes.

Le diagnostic de ces diverses lésions est d'ordinaire assez facile; une injection poussée par les conduits lacrymaux permet toujours de s'assurer de l'existence d'une plaie du sac lacrymal. Dans quelques cas, la plaie ou la rupture du sac s'accompagne d'emphysème du tissu cellulaire voisin lorsque le blessé vient à se moucher; encore faut-il pour que ce phénomène apparaisse, que l'air contenu dans les fosses nasales pénètre très-facilement dans le canal nasal ou dans le sac lacrymal.

Enfin, le rétrécissement traumatique du canal nasal donne lieu à du larmolement, à l'inflammation de la muqueuse du canal et du sac lacrymal, et peut devenir la cause d'une fistule lacrymale.

(1) *Klinische Monatsblätter*, 1867, p. 131, et *Ann. d'oculistique*, 1869, t. LXII, p. 69.

Le traitement est en somme très-limité. Une plaie du sac doit être réunie par des points de suture, comme le conseille Mackensie. La plaie est-elle contuse, ne peut-elle être réunie, il faut combattre la formation de la fistule par la cautérisation de son trajet. Des injections faites par les points lacrymaux pourraient être encore utilisées pour agir sur la muqueuse du sac ainsi que sur la plaie fistuleuse.

Lors de fracture des os de la face avec enfoncement des parties dures, il faut retirer les esquilles et s'efforcer de mettre en place les portions osseuses fracturées. Quant au conseil donné par Rognetta d'introduire une sonde à demeure dans le canal nasal par le procédé de Laforest (c'est-à-dire de bas en haut), dans le but d'éviter le rétrécissement de ce conduit, nous le croyons plus théorique que pratique.

Toutefois, le cathétérisme par les voies supérieures et les injections pourront être employés avec avantage, surtout quelque temps après le traumatisme, alors qu'un rétrécissement cicatriciel des voies lacrymales serait en voie d'évolution.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

1° Inflammations.

Nous étudierons successivement l'*inflammation aiguë* et l'*inflammation chronique* dans laquelle nous comprenons la *tumeur* et la *fistule lacrymales*.

A. Inflammation aiguë (*dacryocystite aiguë*).

Cette affection a encore reçu les noms de *phlegmon du sac lacrymal*, *tumeur lacrymale enflammée*, *dacryocystite phlegmoneuse*.

ÉTIOLOGIE. — La dacryocystite aiguë reconnaît pour causes la propagation d'une inflammation de la conjonctive, la pénétration d'un corps étranger dans le sac ou le canal nasal, quelquefois un traumatisme. Le plus ordinairement, elle semble le réveil d'une phlegmasie chronique du sac, avec obstacle au cours des larmes et véritable tumeur lacrymale.

Dans quelques cas, l'inflammation aiguë succède au cathétérisme des voies lacrymales déjà malades. D'autres fois enfin, elle serait spontanée ou succéderait à des fièvres graves, et en particulier à la scarlatine (Critchett).

SYMPTOMATOLOGIE. — La maladie s'annonce par un sentiment de chaleur vers le grand angle de l'œil, avec un abondant écoulement de larmes, et une sécheresse remarquable de la narine du côté correspondant à l'inflammation. Il n'existe encore ni tuméfaction, ni rougeur appréciables au grand angle de l'œil. Peu à peu la douleur augmente, et l'on constate alors dans la région du sac un gonflement dur, circonscrit, sensible au

toucher et du volume d'une petite fève. La partie gonflée devient de plus en plus rouge et l'œdème inflammatoire se propage souvent à la conjonctive, à la joue, au nez même, si bien qu'on peut penser à l'apparition d'un érysipèle. Les larmes sont brûlantes, elles s'écoulent à peu près entièrement sur la joue, car la muqueuse tuméfiée du sac et du canal ne laisse passer aucune goutte de liquide dans la narine qui reste sèche et sur laquelle on peut voir l'inflammation se propager jusqu'au voile du palais (Follin). Dans ce gonflement général, la tumeur lacrymale semble perdue; mais à mesure que l'œdème inflammatoire disparaît, la tumeur se montre avec tous ses caractères.

D'abord dure, rénitente, cette tumeur se ramollit peu à peu comme un abcès ordinaire, et s'ouvre après avoir progressivement aminci la peau; de là résulte une fistule qui laisse écouler un pus épais, puis plus tard un pus mélangé de larmes. Cependant l'ouverture du sac à l'extérieur n'est pas toujours suivie d'une fistule permanente, et l'on a observé l'obitération consécutive du sac.

Le sac lacrymal peut se rompre sous la peau; alors, le pus fuse dans le tissu cellulaire, et il en résulte un trajet fistuleux parfois très-sérieux. Dans quelques cas, selon Wecker, une ulcération de la muqueuse du canal nasal se produirait, et le pus s'infiltrerait entre la muqueuse et les os pour s'écouler dans le nez. Cette terminaison nous paraît problématique, non pas qu'on puisse nier l'ouverture de l'abcès dans le nez, mais cela peut résulter soit d'une désobstruction du canal nasal, soit d'une nécrose de l'os unguis. Dans quelques cas enfin, le trajet fistuleux qui résulte de l'ouverture de l'abcès arriverait jusque dans le sac conjonctival (Wecker).

Quoique la suppuration du sac soit la terminaison la plus fréquente de la dacryocystite aiguë, celle-ci se termine parfois par résolution ou par le passage à l'état chronique, ce qui est peut-être le cas le plus ordinaire.

Le DIAGNOSTIC de cette affection est assez facile. Toutefois, au début, quand le gonflement est considérable, on peut la prendre pour un érysipèle commençant. Il est plus difficile de distinguer la dacryocystite aiguë d'un phlegmon suppuré développé au devant du sac, affection fort rare en somme, à laquelle les anciens chirurgiens donnaient le nom d'*anchylops*. D'ailleurs nous avons déjà dit que parfois l'ouverture du sac enflammé se faisait en deux temps et que, dans ce cas, il y avait d'abord dacryocystite, puis inflammation du tissu cellulaire placé en avant du sac. Toujours est-il que lors d'*anchylops*, une injection poussée par un des points lacrymaux pénétrera très-bien jusque dans la narine, à moins que le gonflement des parties ne soit tel qu'il y ait une compression considérable du sac par l'abcès placé en avant de lui. Ajoutons que ce diagnostic, peu important pour la thérapeutique immédiate, peut être presque toujours fait à l'aide des commémoratifs, la plupart des malades atteints de dacryocystite aiguë se plaignant déjà depuis quelque temps de troubles fonctionnels du côté des voies lacrymales.

Le pronostic de la dacryocystite aiguë est toujours grave, car cette inflammation n'est souvent que le prélude de la tumeur et de la fistule lacrymales.

TRAITEMENT. — Au premier degré de la maladie, c'est le traitement antiphlogistique qui doit être mis en usage. On appliquera quelques sangsues sur le sac ou dans la narine correspondante, en même temps qu'on maintiendra sur la partie malade des topiques froids et même un petit sachet rempli de glace pilée. Quelques purgatifs et un régime sévère devront aussi être recommandés.

Si, malgré ce traitement, la dacryocystite tend à suppurer, on devra recouvrir le sac lacrymal de cataplasmes souvent renouvelés et pratiquer de bonne heure des incisions pour donner issue au pus, afin d'éviter les décollements sous-cutanés, et la formation d'une fistule anfractueuse (voyez *Fistule lacrymale*). Pour éviter une cicatrice, toujours visible, certains auteurs ont conseillé de chercher à pénétrer jusque dans le sac en passant par les points et les conduits lacrymaux (Warlomont); il est évident que ce procédé n'est possible que dans les cas où l'inflammation est parfaitement limitée à la cavité même du sac lacrymal.

Quant au débridement sous-cutané du ligament palpébral interne, pratiqué à l'aide du couteau de Weber, introduit dans le conduit lacrymal supérieur, préalablement fendu jusque vers la caroncule, nous ne nous expliquons nullement son utilité dans le traitement de la dacryocystite aiguë, si ce n'est qu'on pénètre dans le sac par un point et un conduit lacrymal, ce qui permet l'écoulement du pus à l'extérieur.

B. *Inflammation chronique (dacryocystite chronique). Tumeur et fistule lacrymales.*

La phlegmasie chronique de la muqueuse du sac lacrymal et du canal nasal donne lieu à une accumulation de larmes et de muco-pus dans la cavité du sac, et de là résulte presque fatalement l'affection connue sous le nom de *tumeur lacrymale*. La *fistule lacrymale*, terminaison fréquente de la dacryocystite chronique, est un trajet fistuleux qui fait communiquer d'une façon plus ou moins directe la cavité du sac avec l'extérieur. Nous décrirons dans le même article la tumeur et la fistule lacrymales.

De tous temps la tumeur lacrymale a attiré l'attention des chirurgiens, et les opinions les plus contradictoires ont été émises sur sa nature. Les anciens, qui ne possédaient aucune notion sur la disposition normale des voies d'excrétion des larmes, ne pouvaient avoir sur cette maladie que des notions erronées. Celse, ne voyant que l'ulcération de la tumeur, la crut de nature maligne, et la considéra comme une variété de cancer très-difficile à guérir. D'autres auteurs placèrent l'origine du mal dans la carie de l'os unguis, et en déduisirent une thérapeutique appropriée. La découverte de la route suivie par les larmes, permit de mieux apprécier la nature de la tumeur et de la fistule lacrymales.

En 1707, Maître Jean conçut, le premier, une idée assez nette de cette

lésion. Quelque temps après, prit naissance une doctrine toute mécanique attribuant la tumeur lacrymale à une obstruction du canal nasal. Celui-ci ne pouvant plus conduire les larmes, elles s'accumulaient dans le sac et finissaient par le distendre, quelquefois même par le rompre. Cette théorie, due à J. L. Petit, eut sur la thérapeutique de cette affection une influence considérable et que ne parvint pas à contrebalancer la doctrine opposée de Scarpa, d'après laquelle l'inflammation joue un rôle trop méconnu dans cette affection. Enfin, plus récemment, des dissections tendent à faire admettre que la tumeur lacrymale peut résulter de lésions variables ayant leur origine dans une cause physiologique, et de nouveaux moyens thérapeutiques ont été préconisés et ont donné un grand nombre de succès incontestables.

Il serait impossible de faire mention ici des travaux sans nombre qui ont été publiés sur la tumeur et la fistule lacrymales; aussi me bornerai-je à indiquer parmi ces travaux ceux qui marquent par leur importance dans l'histoire de la dacryocystite, ou qui résument à diverses époques l'état de la science.

J. L. PETIT, *De la fistule lacrymale* (*Mém. de l'Acad. des sciences*, 1734, 1740, 1743 et 1744). — A. P. DUBOIS, *Quenam in curanda fistula lacrymali præstantior methodus?* Thèse de concours, 1824. — MALGAIGNE, *Quel traitement doit-on préférer pour la fistule lacrymale?* Thèse de concours, 1835. — BÉRAUD, *Recherches sur la tumeur lacrymale* (*Archives génér. de méd.*, 1853, 5^e série, t. I, p. 309, et t. II, p. 66). — DU MÊME, *Essai sur le catarrhe du canal nasal* (*Archives d'ophthalm.*, 1855, t. IV, p. 143). — LAGNEAU fils, *Affections syphilitiques des voies lacrymales* (*Archives génér. de méd.*, mai 1857). — BOWMANN, *On the treatment of lachrymal obstructions*. (*Ophthalmic hosp. reports*, octobre 1857 et janvier 1858). — FANO, *Mém. sur le catarrhe du sac lacrymal*, Paris, 1863. — CRITCHETT, *Maladies de l'appareil lacrymal*. (Traduction dans les *Annales d'ocul.*, t. LI, 1864.) — FOLLIN, *Du traitement actuel des maladies des voies lacrymales* (*Archives génér. de méd.*, 1864, vol. II, p. 340). — CHAMPRIGAUD, *De la tumeur lacrymale*. Thèse de Paris, 1869. — NAUDIER, *De l'obstruction des voies lacrymales*. Thèse de Paris, 1872.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il n'existe qu'un petit nombre d'autopsies de tumeurs lacrymales, et la plupart de celles qui ont été faites avec soin datent de ces derniers temps. On trouve la relation d'une de ces autopsies dans le livre de Janin : la tumeur était ancienne, il y avait un étranglement à la partie supérieure du canal nasal à son union avec le sac, les conduits lacrymaux étaient perméables dans toute leur étendue. Quant à la muqueuse du sac, elle présentait de très-petites tumeurs de la grosseur d'une graine de pavot blanc; par la pression on en faisait sortir une matière analogue au liquide sécrété par les glandes de Meibomius; l'os unguis était sain.

En 1847, Auzias-Turenne présenta à la Société de chirurgie le résultat de la dissection de deux tumeurs lacrymales qui existaient sur le même sujet. Les lésions variaient à droite et à gauche; à gauche, les points et les conduits lacrymaux étaient libres, le sac dilaté contenait du

muco-pus avec prédominance de mucus, et la membrane muqueuse offrait des traces d'inflammation. Le canal nasal était complètement oblitéré à son extrémité inférieure par la muqueuse pituitaire qui, au lieu de pénétrer dans ce conduit, formait une cloison anormale séparant les voies lacrymales de la fosse nasale correspondante. A droite, le sac était dilaté, sur la muqueuse étaient des parcelles de muco-pus, et çà et là des plaques rouges; le canal nasal était libre, mais les conduits lacrymaux étaient oblitérés.

Plus récemment, Béraud a entrepris des recherches très-intéressantes sur la tumeur lacrymale, et a rapporté un assez grand nombre d'observations de ce genre. Dans tous les cas, Béraud a rencontré une lésion constante, l'inflammation du sac lacrymal; la muqueuse était boursoufflée, friable, quelquefois couverte d'arborisations vasculaires. Dans quelques cas, il y a vu des points noirâtres, orifices de glandules dont on faisait sortir par pression un fluide analogue à celui que sécrètent les glandes méibomiennes; la présence de ces glandules se traduisait quelquefois par des lignes jaunâtres.

Les lésions des autres parties des voies lacrymales ont été très-variables: dans quelques cas, les conduits lacrymaux étaient oblitérés, soit dans un point de leur trajet, soit à leur embouchure dans le sac lacrymal. D'autres fois, l'obstruction siégeait dans le canal nasal; dans un cas, elle était due à une exostose ayant envahi le maxillaire supérieur et l'unguis; chez ce sujet, il existait une tumeur lacrymale des deux côtés; à droite, la cavité du canal et du sac lacrymal était comblée par la tumeur; à gauche, la gouttière lacrymale existait encore. Enfin, chose digne d'être notée, dans quelques cas où le canal nasal était oblitéré, il n'y avait pas pour cela de tumeur lacrymale, le sac était seulement légèrement rétréci et renfermait un peu de muco-pus.

Les altérations des os formant le canal lacrymo-nasal ne seraient d'ailleurs pas très-rares, surtout chez les sujets syphilitiques. G. Lagneau a signalé des périostoses, des ostéites syphilitiques suivies de carie ou de nécrose, affectant l'unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Les exostoses et les périostoses du canal lacrymo-nasal ont été étudiées encore récemment par Sichel fils.

En résumé, dans la plupart des cas, on trouve une altération de la muqueuse du conduit lacrymo-nasal, altération portant surtout sur les glandes, d'où la modification survenue dans les produits normalement excrétés par le canal. Le liquide accumulé dans le sac est louche, de consistance gommeuse, muqueuse, quelquefois d'aspect puriforme; examiné au microscope, il contient des débris d'épithélium à cellules cylindriques ou arrondies. Dans les cas où le liquide accumulé dans le sac l'a dilaté, en un mot, lorsqu'il y a tumeur lacrymale, il semble y avoir compression de la muqueuse par effort du liquide agissant de dedans en dehors, aussi observe-t-on l'atrophie de cette membrane qui devient grisâtre et dont les éléments glandulaires tendent à s'atrophier. Parfois même, le liquide,

d'abord épais et muqueux, se modifie et devient de plus en plus fluide; aussi a-t-on pu considérer ces tumeurs comme des *hydropisies du sac lacrymal* (Anel), d'autant que dans ces circonstances il existe souvent une oblitération des conduits lacrymaux et du canal nasal (*muco-cèle*).

Le gonflement inflammatoire de la muqueuse du canal lacrymo-nasal explique la formation des rétrécissements de celui-ci; l'existence des granulations, des productions polypiformes ou villeuses de la surface du sac reconnaissent la même origine.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — La cause la plus fréquente de la tumeur et de la fistule lacrymales est l'inflammation du sac, ou plutôt du conduit lacrymo-nasal. Cependant, une plaie du sac lacrymal, une fracture des os qui constituent le canal lacrymo-nasal, une production morbide développée dans les fosses nasales, dans le sinus maxillaire, peuvent donner naissance à un rétrécissement du canal lacrymo-nasal, d'où l'apparition d'une tumeur et la possibilité d'une fistule lacrymale.

Quelques difformités congénitales pourront encore favoriser le développement de ces affections; de ce nombre sont: l'étréitesse congénitale du canal nasal, une déviation de la cloison ou du cornet inférieur, rétrécissant l'extrémité inférieure du même canal. Dolbeau (1), Galezowski, ont observé des tumeurs lacrymales congénitales.

La tumeur et la fistule lacrymales s'observent chez des sujets jeunes ou adultes, présentant les attributs du tempérament dit lymphatique et atteints de blépharites, de blépharo-conjonctivites chroniques et granuleuses, de coryzas rebelles avec croûtes impétigineuses aux bords des narines. Scarpa avait remarqué la coïncidence de cette affection des voies lacrymales avec la blépharite glandulaire, et croyait que le liquide de la tumeur lacrymale n'était autre que la sécrétion de la conjonctive, voire même des glandes de Meibomius, arrêtée dans le sac et y ayant pénétré par les conduits lacrymaux. Le sac s'enflammait consécutivement, par suite de la présence de ce produit irritant, d'origine glandulaire ou conjonctivale. L'inflammation de la muqueuse du sac, par simple propagation, est bien plus logique; toutefois elle est encore contestée par quelques auteurs.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation détermine un engorgement de la muqueuse du canal lacrymo-nasal, suivi de rétrécissement de ce conduit, plus spécialement dans les points normalement étroits, ou bien dans ceux où les phénomènes morbides ont été plus intenses. C'est ainsi qu'il se forme de véritables coarctations analogues à celles qu'on observe dans l'urèthre. Cette inflammation amène en outre une production exagérée de muco-pus, dont le séjour irrite davantage les parties et joue un rôle important comme obstacle mécanique à l'écoulement normal des larmes.

Béraud a signalé quelques particularités anatomiques, qui lui ont

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 205.

servi à expliquer le mode de développement de certaines tumeurs lacrymales. Telles sont les glandes de la muqueuse du canal lacrymo-nasal, glandes pouvant donner naissance à des kystes situés dans la paroi du sac lacrymal, et offrant tous les caractères de vraies tumeurs lacrymales. D'un autre côté, ces glandes hypertrophiées sous l'influence de l'inflammation contribueraient à oblitérer le canal lacrymo-nasal et à faire naître une tumeur lacrymale.

On a cru aussi que les valvules situées à l'intérieur du conduit lacrymo-nasal jouaient un certain rôle dans le processus de développement de certaines tumeurs lacrymales. C'est ainsi que Béraud admet l'existence : 1° d'une valvule supérieure ou de Huschke, à l'union du sac et des conduits lacrymaux ; 2° d'une valvule située à l'entrée du canal nasal ; 3° d'un autre repli peu important et non constant, signalé par Taillefer, au milieu du canal nasal, enfin 4° d'une valvule à la partie inférieure du canal nasal. Cette dernière seule mériterait le nom de valvule au dire de Sappey, les autres ne formant que des replis, irréguliers et inconstants. Il est probable cependant que ces replis, augmentant de volume sous l'influence de l'inflammation, peuvent finir par oblitérer au moins en partie le canal lacrymo-nasal.

Pour expliquer la production du *mucocèle*, ou tumeur lacrymale enkystée, Béraud fait jouer un grand rôle aux deux valvules du sac ; l'inférieure adhérerait d'abord à la paroi et oblitérerait le conduit nasal ; la supérieure, refoulée de bas en haut par l'accumulation des larmes et du mucus, empêcherait le reflux du liquide par les conduits lacrymaux, d'où la dilatation pathologique du sac et le relâchement de ses parois. Ce mécanisme est très-contestable, et le *relâchement des parois du sac*, la *hernie du sac*, ont été rattachés avec raison à des phénomènes d'inflammation, voire même à des altérations des fibres musculaires de l'orbiculaire, altérations d'origine inflammatoire (Wecker).

En résumé, on peut dire que les tumeurs lacrymales sans rétrécissement du canal nasal sont très-rares, et que le plus souvent cette affection coexiste avec un rétrécissement de ce conduit.

Ce rétrécissement peut être congénital, d'où la fréquence de la tumeur lacrymale chez certaines races : les Mongols (Wecker), les Israélites (Arlt), bien que la conformation de la face soit absolument différente dans ces deux types. Le plus souvent le rétrécissement est acquis et résulte, soit de lésions osseuses traumatiques, soit d'exostoses, de périostoses (Sichel, Lagneau), d'ostéo-périostites (Abadie), etc. ; enfin, dans le plus grand nombre des cas, le rétrécissement acquis est d'origine inflammatoire, que cette inflammation soit primitive, ou bien qu'elle soit consécutive à une altération du sac lacrymal.

Pour la plupart des ophthalmologistes, le rétrécissement du canal nasal serait primitif et la tumeur lacrymale secondaire. Telle n'est pas l'opinion des auteurs du *Compendium de chirurgie*, qui admettent que les deux états pathologiques s'entretiennent réciproquement. Pour quelques

auteurs toutefois, le rétrécissement serait accessoire, et des faits incontables de rétrécissement sans tumeur lacrymale pourraient être invoqués à l'appui de ce raisonnement, trop exclusif selon nous.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes de la dacryocystite chronique peuvent être divisés en symptômes physiques et symptômes fonctionnels.

1° *Symptômes physiques.* — On observe une tumeur située au grand angle de l'œil, où elle fait une saillie plus ou moins prononcée. En exerçant une traction sur l'angle externe des paupières, on fait saillir le tendon de l'orbiculaire, et l'on constate le plus souvent que la tumeur est située au-dessous de ce tendon. Toutefois elle peut être au-dessus, ou bien présenter un rétrécissement qui la fait ressembler à une gourde ; dans ce cas, le sac dilaté est divisé en deux par la pression du tendon direct de l'orbiculaire des paupières. Béraud a vu la tumeur lacrymale faire saillie sur le côté externe du sac et refouler légèrement en dehors le globe oculaire.

Le volume de la tumeur lacrymale est très-variable, et, dans quelques cas, il est nécessaire de comparer attentivement les deux côtés, pour préciser celui qui est le siège de l'affection. La consistance varie aussi beaucoup ; tantôt la tumeur est résistante, ne présente pas de fluctuation et ne se laisse pas déprimer ; tantôt, au contraire, c'est une saillie molle, fluctuante et dépressible sous le doigt. En général, cette pression est indolore et s'accompagne d'un écoulement de liquide qui reflue par les points lacrymaux jusque dans le lac lacrymal. Tantôt ce liquide est transparent, semblable au liquide des larmes ; tantôt il est visqueux, jaunâtre, muco-purulent. Ce liquide peut aussi refluer jusque dans la fosse nasale correspondante. La tumeur vidée, elle se remplit de nouveau et spontanément en présentant des variations de volume assez irrégulières. Longtemps on a cru que la tumeur lacrymale était plus volumineuse le matin, parce que pendant le jour les larmes sécrétées étaient soumises à une certaine évaporation qui en diminuait la quantité ; mais la diminution nocturne de la sécrétion lacrymale compense sans doute la perte journalière due à l'évaporation. Quoi qu'il en soit de ces explications, il est certain que le matin, au réveil, la tumeur est plus petite que pendant la journée. Dans certains cas, la tumeur est irréductible et son volume reste constamment le même.

Pendant longtemps cette affection ne s'accompagne d'aucun changement dans la coloration des téguments qui la recouvrent ; mais il n'est pas rare de voir survenir ultérieurement une légère teinte rosée, puis rouge de la peau.

2° *Symptômes physiologiques ou fonctionnels.* — La tumeur lacrymale s'accompagne en général de larmolement ; au début, c'est une humidité plus grande de l'œil, état désigné par les Anglais sous le nom de *watery eye*. Une larme est toujours sur le point de s'écouler au dehors et cet épiphora tend à augmenter si le malade s'expose au vent, et surtout au vent froid. La couche de larmes qui se dépose ainsi à la surface de la cornée suffit