

comme la fistule lacrymale ordinaire succède à la tumeur lacrymale. Nous avons peine à croire que l'ulcération dont il est ici question ait jamais été produite par une semblable cause. Nous avons eu une fois occasion d'observer cette maladie. C'était une sorte de fistule qui, partant du conduit lacrymal inférieur, allait s'ouvrir sur la face interne de la paupière, près du grand angle de l'œil, et y versait une portion des larmes pompées par le point lacrymal. Le conduit était libre dans toute son étendue, et un stylet introduit dans son orifice parvenait aisément dans le sac lacrymal. Cette ulcération, qui ne causait presque aucune incommodité au malade, était survenue à la suite d'une plaie dans laquelle le conduit lacrymal avait été compris. La chirurgie est sans moyens contre les ulcérations des conduits lacrymaux.

#### § 4. — De la tumeur et de la fistule lacrymales.

Une tumeur plus ou moins volumineuse, située au-dessous du grand angle de l'orbite, oblongue, molle, formée dans le sac lacrymal, par l'amas des larmes et d'une humeur muqueuse puriforme, s'appelle tumeur lacrymale. On a nommé aussi cette tumeur *hernie*, *hydro-pisie* du sac lacrymal, *fistule plate*, *cachée*, ou *imparfaite*. Lorsque la tumeur est ulcérée, la maladie prend le nom de fistule lacrymale. Cette dernière affection est toujours consécutive à la première.

La tumeur lacrymale occupe toujours le sac lacrymal. Le conduit nasal, renfermé dans un canal osseux, n'est pas susceptible d'une semblable dilatation. Nous avons dit déjà que nous ne croyons pas que les conduits lacrymaux puissent en être le siège.

Les larmes mêlées à une plus ou moins grande quantité de mucus, amassées et retenues dans le sac lacrymal, sont la cause matérielle de la tumeur lacrymale : la dilatation du sac est l'effet de cette accumulation ; son atonie peut rendre la dilatation plus facile ; mais elle ne peut jamais la produire. On ne doit donc pas mettre l'atonie au nombre des causes de la tumeur lacrymale, on peut tout au plus la considérer comme une circonstance qui favorise son développement. Les véritables causes de cette tumeur sont tout ce qui empêche ou met obstacle au cours des larmes dans la fosse nasale par le canal nasal. Ainsi l'épaississement du mucus sécrété par la membrane qui ta-

pisser les voies lacrymales, le rétrécissement du canal nasal par l'engorgement et l'épaississement de cette membrane, son oblitération par l'adhérence de ses parois, sa compression par une exostose, par un polype des fosses nasales, par un fungus du sinus maxillaire, son obstruction par un corps étranger, sont autant de causes qui, en retardant le cours des larmes ou en l'arrêtant entièrement, donnent lieu à leur accumulation dans le sac lacrymal, et à la formation de la tumeur lacrymale.

Souvent l'obstacle provient de l'épaississement du mucus que sécrète la membrane qui tapisser les voies lacrymales : cette membrane, comme toutes les autres membranes muqueuses, est susceptible d'une affection catarrhale qui augmente la sécrétion du mucus ; et celui-ci, prenant plus de consistance, s'arrête dans le canal nasal et empêche les larmes d'y passer. Cette sécrétion, produit du catarrhe, précède toujours la formation de la tumeur lacrymale, et ne doit pas être confondue avec celle qui est déterminée par le séjour des larmes dans le sac lacrymal distendu, et qui, en se mêlant avec elles, les épaissit, et leur donne une couleur blanche et puriforme dont nous parlerons.

Le diamètre du conduit nasal peut être rétréci, ou presque entièrement fermé par l'engorgement et l'épaississement des membranes qui le forment. Cet engorgement est rarement l'effet d'une cause externe, comme un coup, etc. ; il arrive quelquefois sans qu'on puisse en soupçonner la cause ; mais le plus ordinairement il est la suite de la petite vérole, ou l'effet d'un vice général, tel que le scrofuleux, le vénérien, etc.

Si l'engorgement est assez considérable pour que les parois du conduit nasal se touchent et se pressent, elles pourront s'unir et le conduit s'oblitérer et se convertir en une espèce de cordon ligamenteux. Mais cette oblitération complète du conduit nasal est extrêmement rare, et lorsqu'elle a lieu, elle occupe presque toujours sa partie inférieure. Il se forme quelquefois dans le sac lacrymal des concrétions pierreuses : Sandifort, Callisen et plusieurs autres auteurs en rapportent des exemples. On conçoit aisément que si une concrétion de cette espèce bouche la partie inférieure du sac, et surtout si elle s'engage dans le canal nasal, le cours des larmes sera intercepté et il se formera une tumeur lacrymale.

La compression du conduit nasal par un polype du nez, un fungus

du sinus maxillaire, une exostose, une portion d'os enfoncée dans la fracture comminutive du nez, rétrécissent ou effacent même entièrement les parois du conduit nasal; de là encore la difficulté ou l'empêchement de la chute des larmes dans le nez, et le développement de la tumeur lacrymale.

Quelle que soit la cause qui empêche les larmes de parcourir tout le canal nasal, ce liquide s'accumule dans le sac lacrymal, soulève, dilate sa paroi externe, et la tumeur lacrymale paraît. Cette tumeur, située au-dessous du grand angle de l'orbite, est plus ou moins grande, oblongue, molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, accompagnée de larmolement et de sécheresse dans la narine correspondante. Lorsqu'on la presse avec le doigt, elle disparaît, et à mesure qu'elle s'affaisse, on voit sortir par les points lacrymaux des larmes mêlées avec de la mucosité. Quelquefois aussi une partie de cette humeur s'échappe par l'orifice inférieur du conduit nasal et coule dans la fosse nasale. Le larmolement cesse jusqu'à ce que le sac soit rempli: il recommence ensuite. Tels sont les symptômes ordinaires de la tumeur lacrymale; mais ces symptômes présentent quelques variétés relatives aux diverses époques de la maladie.

La tumeur ne se forme point tout à coup; elle vient lentement et par degrés; ses commencements sont à peine sensibles; quelquefois même, au lieu d'une tumeur, il n'y a au grand angle de l'œil qu'un léger empatement; l'humeur qui en sort est glaireuse et blanchâtre; le larmolement est peu considérable, surtout chez les personnes qui ont peu de larmes; on le prévient même en vidant le sac plusieurs fois par jour. Lorsque la tumeur est ancienne, son volume est plus considérable; elle se remplit plus promptement, les humeurs qui en sortent sont puriformes et plus visqueuses; les paupières se collent pendant le sommeil; leurs bords, surtout celui de la paupière inférieure, sont rouges ainsi que la partie de la conjonctive qui les couvre.

La tumeur lacrymale simple, sans dureté, sans douleur ni altération de la peau, peut subsister longtemps sans incommoder beaucoup le malade, et sans produire des accidents, surtout si on a l'attention de la vider souvent par la compression, et de la laver avec de l'eau fraîche, dans laquelle on aura étendu quelques gouttes d'acétate de plomb. Mais la maladie ne conserve pas toujours cet état de simplicité: lorsqu'elle est ancienne, le séjour prolongé des larmes donne lieu à leur altération; la membrane interne du sac est irritée et sécrète une

plus grande quantité du mucus; elle s'enflamme, et l'inflammation gagne le tissu cellulaire et la peau qui couvre le sac: l'humeur qui sort par les points lacrymaux est chaude et âcre. Alors il survient un gonflement inflammatoire érysipélateux, qui s'étend sur le grand angle de l'œil, sur les paupières, le nez, le front et la joue. La fièvre, des douleurs de tête, l'insomnie, se joignent à ces symptômes lorsque l'inflammation est considérable. Cette inflammation, à laquelle on oppose les saignées du bras, du pied, les fomentations ou les cataplasmes émollients, etc., se calme; le gonflement diminue peu à peu de la circonférence au centre, en sens opposé à son progrès; mais la peau reste rouge au grand angle de l'œil, s'y élève davantage, s'amollit, s'ouvre et laisse écouler du pus mêlé à des larmes. Cette ouverture se ferme quelquefois; mais il reste un petit noyau d'engorgement qui est le présage d'une nouvelle inflammation, laquelle se terminera par suppuration; et après avoir été ainsi enflammée à plusieurs reprises, la tumeur restera ouverte, et la maladie prendra le nom de fistule lacrymale. On voit par là que la tumeur et la fistule lacrymales ne sont point deux maladies essentiellement différentes, et qu'elles doivent être considérées comme deux degrés de la même affection.

On ne doit pas confondre la tumeur lacrymale enflammée avec l'engorgement phlegmoneux qui se forme quelquefois sous la peau qui couvre le sac lacrymal, et auquel on a donné le nom d'*anchilops*. Lorsque celui-ci se termine par suppuration, l'abcès qui en résulte, soit qu'on le perce ou qu'il s'ouvre de lui-même, guérit ordinairement sans fistule; et dans le cas où elle aurait lieu, il n'en sort point de larmes, et elle n'exige aucun traitement particulier.

La tumeur lacrymale peut être compliquée de l'oblitération des conduits lacrymaux. Lorsqu'un seul de ces conduits est bouché, la tumeur est formée d'un mélange de larmes et de mucus, et la compression fait sortir ce liquide par le point lacrymal qui reste ouvert. Mais si ces deux conduits sont oblitérés, la tumeur ne contient qu'un amas de mucus puriforme. La compression ne la fait point disparaître; quelquefois cependant elle chasse l'humeur par le canal nasal. Le sac se remplit ensuite de nouveau, et peut de nouveau être vidé par la pression. La tumeur lacrymale de cette espèce est très-rare: Anel l'a observée une fois, et J.-L. Petit, trois. On peut la guérir, en incisant le sac lacrymal, en débouchant le canal nasal, et en rendant à celui-

ci ses premières dimensions en le dilatant ; mais le larmolement est incurable.

Nous avons dit comment la tumeur lacrymale dégénère en fistule. Celle-ci peut être définie un ulcère au grand angle de l'œil communiquant dans le sac lacrymal, et donnant une issue aux larmes et à une matière muqueuse puriforme. Elle est simple ou compliquée. Simple, elle n'a qu'une seule ouverture extérieure dont les bords sont mous ; elle peut être compliquée de plusieurs ouvertures externes qui aboutissent à une seule dans le sac ; de callosités quand elle est ancienne, ou qu'on a employé mal à propos des tentes ou d'autres dilatants ; de fongosités nées de la membrane interne du sac ; de carie à l'os unguis, à l'os ethmoïde ou à l'apophyse montante de l'os maxillaire, surtout chez les personnes affectées de scrofules ou de mal vénérien ; de grande déperdition de substance au sac et à la peau ; de la présence d'une concrétion pierreuse ; et enfin de communication dans la fosse nasale, ce qu'on reconnaît à la sanie qui y coule, et à la mauvaise odeur qui tourmente le malade.

La sortie des larmes par l'ulcère est un signe non équivoque de la fistule lacrymale ; néanmoins, pour mieux s'en assurer, et pour reconnaître l'état du canal nasal, on tentera d'introduire dans ce canal, par l'ouverture fistuleuse, une sonde recourbée en avant, afin que le sourcil, plus saillant que le sac lacrymal, n'en dirige pas le bout contre la paroi postérieure du sac et du canal nasal, ce qui l'arrêterait. Si l'étroitesse du trou fistuleux, des callosités ou des chairs fongueuses qui ont changé la direction de son trajet, empêchent la sonde de pénétrer dans le sac, et de reconnaître l'état du canal et celui des os, on agrandira l'ouverture fistuleuse, soit avec un instrument tranchant, soit avec l'éponge préparée, ou même avec un trochisque de minium et de sublimé ; mais en employant ce dernier moyen, il faut prendre garde de produire une trop grande déperdition de substance.

La tumeur lacrymale ne guérit jamais spontanément et par les seules forces de la nature : elle exige toujours les secours de la chirurgie. Il en est à peu près de même de la fistule, quoiqu'on cite quelques observations de la guérison spontanée de fistules très-compliquées. Antoine Maître-Jan rapporte deux faits trop importants pour les passer sous silence. Il fit l'ouverture de deux abcès aux grands angles des yeux d'un jeune paysan d'une constitution assez robuste. Les os se trouvèrent cariés ; l'auteur proposa l'application du feu ; le

malade ne voulut point y consentir ; les ouvertures se resserrèrent et se changèrent en fistules calleuses, par lesquelles sortaient du pus et beaucoup de sanie noirâtre ; cet état dura trois années, au bout desquelles quelques esquilles étant sorties, les fistules se cicatrisèrent au dehors. Il resta des fistules intérieures et cachées, dont les humidités purulentes se vidaient par les points lacrymaux ; les choses subsistèrent ainsi pendant un an ; l'ulcère intérieur se dessécha ensuite ; le malade se trouva entièrement guéri, et ne ressentit par la suite aucune incommodité.

Le second fait ne mérite pas moins d'attention. Une dame, d'un tempérament cacochyme et délicat, avait depuis trois ans, au grand angle des paupières, une tumeur remplie de matière purulente qu'on vidait du côté de l'œil en la pressant avec le doigt. Elle ne voulut point consentir à l'opération. Un an après, il survint de l'inflammation qui se termina en suppurant vers le nez ; la fistule guérit.

Lorsque la tumeur est récente, peu considérable, et que la compression fait couler dans la fosse nasale par le canal nasal une partie de l'humeur qui remplit le sac, on peut faire usage de fumigations résolutes, vulnéraires et balsamiques. C'est un moyen recommandé par Louis, et que j'ai employé deux fois avec succès. Les malades recevaient dans la narine, trois fois par jour, au moyen d'un entonnoir, la vapeur d'une infusion de fleurs de sureau, de mélilot et de camomille ; on faisait aussi fréquemment des lotions sur le sac lacrymal avec de l'eau de Goulard, ou une décoction de roses rouges. Dans ces deux cas, les larmes reprirent leur cours par le canal nasal, et la tumeur disparut (1).

Si ces moyens ne suffisent pas, et que la maladie ne cause d'autre incommodité qu'un léger larmolement, il vaut mieux l'abandonner à la nature que d'entreprendre pour la guérir une opération douloureuse, et dont le succès est toujours incertain. On se bornera

(1) J'ai plusieurs fois employé ces fumigations avec un grand succès, et j'ai obtenu la guérison de tumeurs lacrymales. Le cas le plus remarquable est celui d'une dame, âgée aujourd'hui de soixante ans, que j'ai guérie trois fois par ces fumigations d'une tumeur lacrymale de l'œil droit, qui était assez avancée pour former une saillie très-apparente au grand angle de l'œil, et qui contenait une mucosité purulente que la compression du sac lacrymal faisait refluer par les points lacrymaux.

alors à conseiller au malade d'éviter le froid, et tout ce qui pourrait exciter l'inflammation de l'œil et des parties voisines, de laver fréquemment les paupières avec de l'eau ou un collyre résolutif, de vider souvent la tumeur par la compression, afin d'empêcher la corruption de l'humeur qu'elle contient, et de prévenir la trop grande distension du sac lacrymal.

Mais lorsque la tumeur lacrymale est ancienne et volumineuse, que l'humeur qui en sort est visqueuse, puriforme, et colle les paupières pendant la nuit, que l'œil est constamment baigné de larmes, que le dedans des paupières est habituellement enflammé, et que la tumeur elle-même a été attaquée d'inflammation, il faut remédier à cette maladie par quelqu'un des moyens dont nous allons parler.

Comme on a remarqué que la compression de la tumeur lacrymale simple faisait disparaître la gêne qu'elle cause, on a pensé qu'on pourrait guérir cette maladie en rendant la compression permanente, soit au moyen de compresses graduées, soit avec des bandages mécaniques inventés à cet effet. La compression n'a pu être employée qu'à une époque où la nature de cette affection n'était pas bien connue, et où l'on regardait la rétention des larmes dans le sac lacrymal comme le résultat du relâchement de ses parois. Aujourd'hui qu'on sait que ce relâchement est l'effet et non la cause de la maladie, et que sa véritable cause est l'obstruction ou l'oblitération du canal nasal, on a renoncé à la compression comme à un moyen non-seulement inutile, mais nuisible encore, en ce qu'il peut causer de l'inflammation, des abcès, etc. A la vérité ce moyen a guéri quelquefois la tumeur en déterminant l'épaississement, le rétrécissement du sac; mais alors la maladie a récidivé lorsqu'on a cessé de comprimer; et, dans les cas où la guérison a été radicale et produite par une longue et forte compression qui a oblitéré le sac, il est resté un larmolement incurable. Cependant la compression peut être utile, comme nous le dirons, pour compléter la guérison, lorsque après avoir dilaté le canal nasal la tumeur existe encore, parce que le sac est extrêmement relâché.

L'obstruction ou l'oblitération du canal nasal étant la cause la plus ordinaire, et peut-être même l'unique cause de la tumeur et de la fistule lacrymales, on ne peut guérir ces maladies qu'en rétablissant la route naturelle des larmes, ou en leur ouvrant un passage artificiel, suivant les procédés que nous allons indiquer.

On rétablit le cours des larmes par le canal nasal au moyen des

injections, des sétons, des sondes, des bougies, des canules poussées dans ce canal par les conduits lacrymaux, par le nez ou par une incision pratiquée au sac lacrymal; d'où résultent les méthodes d'Anel, de Méjan, de Laforest et de Petit, avec toutes les modifications qu'on leur a fait subir.

Anel est un des premiers qui aient reconnu l'obstruction du conduit nasal pour la cause la plus ordinaire de la tumeur et de la fistule lacrymales, ainsi que la nécessité de déboucher le conduit pour parvenir à la guérison parfaite de ces deux maladies. Sa méthode consiste à rétablir le canal nasal au moyen d'une sonde poussée par le conduit lacrymal supérieur, et d'injections faites par l'un ou l'autre conduit. Les instruments d'Anel sont un stylet d'or, de platine ou d'argent, dont la grosseur, presque égale dans toute son étendue, n'excède guère celle d'une soie de sanglier; son extrémité la plus mince est terminée par un petit bouton en forme d'olive; une seringue d'argent pouvant contenir environ trois onces de liqueur, avec des siphons d'or de la grosseur du stylet. Voici l'usage qu'on doit faire de ces instruments: on commence par les injections, et on n'a recours à la sonde qu'autant que les injections sont insuffisantes. Il y a lieu d'espérer que la maladie cédera à ces dernières, lorsqu'en comprimant la tumeur on fera couler dans le nez une partie de la matière qui remplit le sac lacrymal, parce qu'alors l'obstruction du canal nasal n'est pas permanente, et qu'elle dépend de l'épaississement du mucus sécrété abondamment par la membrane interne du sac lacrymal, laquelle est irritée et quelquefois même ulcérée. Dans ce cas, il ne s'agit que de délayer le mucus, de l'entraîner et de déterger les ulcérations lorsqu'elles existent, et c'est ce que les injections peuvent faire. On peut les pousser par l'un ou l'autre point lacrymal; mais l'inférieur est préférable. Son conduit est moins long et moins oblique que le conduit supérieur; la paupière inférieure est moins mobile que l'autre, et la main du chirurgien trouve un point d'appui sur la joue.

Ces injections doivent être faites avec de l'eau tiède, jusqu'à ce que le passage du liquide dans la fosse nasale fasse connaître que le canal est libre. On injecte ensuite une liqueur détersive, telle qu'une décoction de feuilles de noyer, à laquelle on ajoute du miel rosat et un peu d'eau vulnéraire. Monro se servait d'eau de chaux miellée, dans laquelle il mêlait, vers la fin du traitement, de l'eau-de-vie, du vin ou quelque eau ferrugineuse. D'autres ont injecté de l'eau de roses,

dans laquelle ils versaient quelques gouttes d'alcool camphré; d'autres une dissolution de dix ou douze grains de sulfate de cuivre dans deux livres d'eau, etc. Quelle que soit la liqueur dont on se serve pour ces injections, il faut qu'elle ait été filtrée à travers un linge fin; le corps étranger du moindre volume pourrait boucher le bout de la seringue. Voici la manière de faire l'injection. Le malade étant assis en face d'une croisée bien éclairée, et sa tête fixée par un aide ou appuyée sur le dossier de sa chaise, le chirurgien, placée devant lui, renversera la paupière inférieure avec l'indicateur de la main gauche, si c'est l'œil gauche, afin de mettre le point lacrymal en évidence; il prendra de la main droite la seringue, dont le corps sera placé entre le doigt indicateur et celui du milieu, pendant que le pouce sera engagé dans l'anneau qui termine la tige qui tient au piston. Il introduira le siphon dans le point lacrymal, en ayant l'attention de lui donner une direction perpendiculaire à ce point; s'il le portait obliquement, il glisserait sur l'ouverture sans y pénétrer, et y déterminerait un état de spasme qui rendrait l'introduction du siphon très-difficile et peut-être impossible. Aussitôt que le siphon est parvenu dans le conduit lacrymal, on incline la seringue afin que la direction du siphon soit la même que celle du conduit, et que le liquide pénètre plus aisément dans le sac. L'orifice du siphon est si étroit que, pour peu qu'il appuyât contre les parois du conduit lacrymal, l'injection ne pourrait point pénétrer. On répète ces injections trois ou quatre fois de suite, le matin et le soir. Avant de pousser la première, on comprime la tumeur pour chasser les larmes et la matière muqueuse qu'elle contient; on doit également la presser après chaque injection pour débarrasser le sac de la liqueur qui est restée.

Comme il faut tenir la seringue avec la main opposée au côté de la maladie, si elle est à droite et que le chirurgien ne soit pas ambidextre, il fera asseoir le malade sur une chaise basse et se placera derrière lui. De cette manière, il tiendra la seringue avec la main droite, pendant qu'il renversera la paupière avec le pouce de la main gauche.

Lorsque le liquide injecté coule dans le nez, on peut espérer de guérir la maladie en continuant les injections; dans le cas contraire, il faut avoir recours à la sonde: on l'introduit par le conduit lacrymal supérieur, dont la direction s'éloigne moins de celle du sac et du conduit nasal que le conduit lacrymal inférieur. Le malade étant assis,

comme pour l'injection, le chirurgien, placé devant lui, relève la paupière supérieure avec le pouce gauche, si c'est l'œil gauche, et *vice versa*, la tire un peu en dedans afin de mettre bien à découvert le point lacrymal, et de donner au conduit une direction approchant de celle du sac et du canal nasal; il tient comme une plume à écrire, de la main gauche pour l'œil droit, de la droite pour l'œil gauche, la sonde trempée dans de l'huile, et la porte dans le point lacrymal, en la dirigeant d'abord presque perpendiculairement de bas en haut, et ensuite de haut en bas, et de dehors en dedans pour lui faire parcourir le conduit lacrymal et la faire pénétrer dans le sac. Lorsqu'elle est arrivée là, on la redresse perpendiculairement; on l'enfonce doucement dans le canal nasal en la tournant entre les doigts, et on continue de la pousser sans violence jusqu'à ce que le chatouillement ou la douleur que le malade éprouve dans la narine, et le sang qui sort par le nez, fassent connaître qu'elle est parvenue au delà de l'orifice inférieur du canal. On la laisse un instant dans les voies lacrymales, et après l'avoir retirée, on fait des injections, comme nous l'avons dit plus haut.

La méthode d'Anel est très-ingénieuse; elle est fondée sur la connaissance de la structure et des fonctions des voies lacrymales; mais elle ne convient que lorsque la maladie est récente, que le sac lacrymal et le canal nasal sont engoués par des humeurs susceptibles d'être délayées, et que la compression de la tumeur fait sortir ces humeurs en partie par les points lacrymaux, et en partie par l'orifice du canal nasal. Souvent même, dans ce cas, les injections ne sont d'aucune utilité, et après plusieurs mois de traitement, le malade est dans le même état qu'auparavant, ce que j'ai vu plusieurs fois sur des malades qui ont été guéris ensuite par une autre méthode. Lorsque le canal est obstrué, et surtout lorsqu'il est oblitéré, on ne peut retirer aucun avantage de la méthode d'Anel. En effet, comment espérer de déboucher ce canal avec un instrument aussi fin et aussi flexible que la sonde que l'on y emploie? Il y aurait même de l'inconvénient à le tenter; car, outre l'irritation et la douleur qui résultent toujours de l'introduction de cette sonde, on peut déchirer encore la membrane interne du sac et du canal nasal, et donner lieu à son inflammation et à son ulcération. Aussi cette partie de la méthode d'Anel a-t-elle été abandonnée, non-seulement comme insuffisante, mais encore comme nuisible. On n'a conservé de cette méthode que les injections dont on

fait surtout usage pour entretenir le canal nasal libre après l'avoir désobstrué par un autre procédé.

La méthode de Méjan consiste à passer un fil de soie dans les voies lacrymales avec un stylet à aiguille qu'on introduit par le point lacrymal supérieur, et qu'on retire par le nez avec un instrument convenable; à conduire ensuite chaque jour, du nez dans le canal nasal, au moyen du fil de soie, une mèche de coton ou de charpie, dont on augmente successivement la grosseur jusqu'à ce que ce canal soit suffisamment dilaté pour que les larmes coulent librement dans le nez.

Les instruments nécessaires pour cette méthode sont un stylet de six à sept pouces, d'une finesse proportionnée au diamètre des points lacrymaux, d'une grosseur égale dans toute sa longueur, et dont une des extrémités est arrondie sans être boutonnée, et l'autre est percée comme les fines aiguilles à coudre; une sonde cannelée percée à jour à son cul-de-sac; une pince assez semblable aux pinces à anneaux, mais plus petite et recourbée, un petit crochet mousse, une sonde d'argent, creuse, cannelée et percée du côté de la cannelure de trois ou quatre trous placés sur la même ligne, à peu de distance les uns des autres, ou enfin les palettes de Cabanis.

Ce dernier instrument est composé de deux petites palettes d'argent, percées de plusieurs trous et qui ne diffèrent l'une de l'autre que par le manche. Le manche de l'une est plein et cylindrique; celui de l'autre est cylindrique et creux; le premier entre dans le second. La tige qui forme celui-ci a environ deux pouces de longueur, et est terminée par une vis sur laquelle se monte un anneau capable de recevoir le pouce. Le manche creux a latéralement deux anneaux pour l'indicateur et le doigt du milieu; entre les anneaux il est percé de deux ouvertures parallèles, longues d'un demi-pouce environ, dans lesquelles glisse une languette d'argent fixée à l'autre branche, afin que les palettes soient toujours exactement l'une sur l'autre. Ces palettes sont ovales; elles ont dix lignes de longueur sur six de largeur. Les trous dont elles sont percées communiquent l'un à l'autre; mais ils cessent de se correspondre lorsqu'on fait glisser le manche solide dans le manche creux. La surface extérieure de chaque palette est creusée par des sillons assez profonds qui conduisent d'un trou à un autre. Voici la méthode de Méjan.

Le malade est assis, sa tête appuyée contre la poitrine d'un aide; le chirurgien relève la paupière supérieure avec le pouce de la main

gauche pour le côté gauche, et celui de la main droite pour le côté droit; de l'autre main il prend le stylet qu'il tient comme dans la méthode d'Anel, et il l'introduit dans le point lacrymal supérieur; lorsqu'il est parvenu dans le sac, il le redresse, et en continuant de l'enfoncer, il le fait pénétrer dans le canal nasal et jusque dans la fosse nasale. S'il rencontre des obstacles que ne peut vaincre le stylet obtus, il le retire et lui substitue un stylet pointu. On reconnaît que l'instrument a pénétré dans le nez, à la douleur que le malade y sent, au sang qui s'en écoule, et enfin parce qu'on touche à nu l'extrémité du stylet sous le cornet inférieur.

Il s'agit alors de retirer le stylet, ce qu'on peut faire avec les divers instruments dont nous avons parlé plus haut. Si on se sert de la sonde cannelée, on l'introduit sous le cornet inférieur, et l'on fait en sorte d'engager le stylet dans sa cannelure, après quoi, la retirant un peu, on pousse le stylet de haut en bas, et l'on engage son extrémité dans le trou dont elle est percée. On recourbe alors le bout du stylet par un demi-tour de la sonde en dedans, ensuite on la tire à soi, et on fait sortir par le nez et le stylet et le fil qui le traverse. Ce fil est le bout d'un peloton qu'on place dans les cheveux ou sous le bonnet du malade. Il doit être assez long pour tout le temps de la cure, parce que, à chaque pansement, il faudra qu'on coupe toute la portion de fil qui dans le pansement précédent aura été engagée dans les voies lacrymales et exposée à l'humidité. Si l'on se sert de la sonde creuse percée de plusieurs trous, on la porte sous le cornet inférieur, et aussitôt que l'extrémité du stylet a traversé l'un des trous, on la retire pendant qu'on pousse le stylet de haut en bas. Quand on emploie le crochet, après avoir saisi le stylet, on le recourbe et on le tire comme avec la sonde. Enfin, si l'on se sert des palettes de Cabanis, on les porte horizontalement sous le bout du stylet qu'on engage dans les trous correspondants; on l'y serre en faisant glisser les plaques l'une sur l'autre, et on le retire comme ci-dessus, mais sans tourner l'instrument. Tous ces instruments sont également propres à saisir le stylet sous le cornet inférieur; mais, à l'exception de la sonde creuse dont la cannelure est percée de plusieurs trous, ils ont tous l'inconvénient de recourber la portion du stylet qui les dépasse inférieurement, et d'en former une espèce de crochet qui peut déchirer la membrane pituitaire: cette sonde mérite donc la préférence.

Lorsque la soie a été amenée hors du nez, et qu'elle le dépasse de