

formation d'une tumeur au grand angle. A une époque plus avancée, l'abcès s'ouvre dans la cavité du sac, dont la paroi antérieure ou cutanée ne tarde pas à s'ulcérer et à livrer passage au pus. Lorsque l'affection est arrivée à cette période, si on introduit un stylet par la fistule, on trouve des parties osseuses cariées ou nécrosées. La suppuration continue et la fistule persiste jusqu'à ce que les portions osseuses malades soient éliminées; alors la fistule du sac se cicatrice communément.

On a prétendu que la carie de l'os unguis était la conséquence de la tumeur lacrymale, ou, si l'on aime mieux, de la dacryoblennorrhée. Si la présence du pus dans le sac pouvait occasionner la carie de l'unguis, on rencontrerait des lésions osseuses beaucoup plus souvent; car, nous l'avons déjà dit, il y a des sujets chez lesquels le catarrhe du sac dure des années; cependant la lésion osseuse est relativement très-rare. Il y a donc tout lieu d'admettre que cette altération a précédé ou s'est développée conjointement avec la phlegmasie du sac et qu'elle n'en est pas la conséquence.

Les lésions de la portion osseuse du canal lacrymo-nasal se rencontrent chez les sujets scrofuleux et chez ceux qui sont sous l'influence d'une diathèse syphilitique. Elles sont caractérisées par une tuméfaction qui occupe non-seulement le grand angle de l'œil, mais encore les côtés du nez, et même une portion du maxillaire supérieur; ce gonflement est plus profond et moins bien circonscrit que celui qui caractérise l'affection du sac. Il y a parfois aussi, dans ces cas, de vives douleurs. Au début, il n'existe aucun trouble dans l'excrétion des larmes; plus tard, soit que le gonflement des portions osseuses entrave le cours naturel des larmes, soit que la phlegmasie se communique à la muqueuse du sac, il survient du larmolement, puis apparaît une tumeur du sac offrant tous les caractères de ce qu'on appelle *tumeur lacrymale*. Celle-ci s'ouvre à l'extérieur et laisse échapper un pus de *mauvaise nature*. Si, à cette époque, on introduit un stylet à travers la fistule, on constate l'altération de l'os unguis ou de l'apophyse montante du maxillaire.

Lorsque l'affection se montre chez un sujet scrofuleux, la marche en est lente; aussi, toutes les fois qu'une fistule du sac persiste avec opiniâtreté, malgré l'emploi d'un traitement méthodique, doit-on rechercher s'il n'existe pas quelque lésion osseuse qui entretient la suppuration.

Traitement. Il comporte deux indications: combattre l'état général, la diathèse strumeuse ou syphilitique, par un traitement approprié; modifier l'état local par une médication topique convenable.

Lorsque le malade ne présente pas les apparences d'une diathèse strumeuse, on arrive parfois à dissiper promptement tous les phénomènes qui accusent une ostéite du canal lacrymo-nasal, en administrant l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes par jour. Le gonflement et les douleurs de la région affectée diminuent en quelques jours. Chez les sujets *scrofuleux*, la médication précédente est loin de donner des résultats aussi prompts. L'ostéite se termine le plus souvent par carie ou par nécrose. Dans ces cas, en même temps que l'on emploie les moyens généraux anti-strumeux, il faut chercher à modifier l'état local par des topiques appro-

priés, notamment des excitants. C'est aussi dans ces conditions que le cautère actuel, tant préconisé par les anciens chirurgiens, trouve une application heureuse. Le fer rouge modifie puissamment la vitalité des tissus malades, convertit les portions osseuses cariées en nécrose et favorise leur élimination. Dès que l'affection osseuse est guérie, la fistule du sac se ferme, à moins que la muqueuse de ce réservoir ne soit elle-même affectée, auquel cas il convient d'employer les injections de teinture d'iode.

ARTICLE VI.

Tumeur et fistule du sac lacrymal.

On donne le nom de *tumeur du sac lacrymal* à la distension du sac, soit par des mucosités, soit à la fois par des mucosités et des larmes. Pendant longtemps on a pensé, et beaucoup de chirurgiens croient encore, que cette distension du sac est formée dans le principe par une accumulation de larmes; que ce n'est que par le séjour prolongé de ces dernières que la muqueuse du sac s'enflamme et sécrète des mucosités abondantes. De là le nom fort impropre de tumeur *lacrymale* donné à cet état morbide. Il y a là une erreur facile à vérifier. A quelque période qu'on examine une tumeur de ce genre, alors même que la tuméfaction est à peine apparente, la pression fait déjà refluer des *mucosités* par les points lacrymaux. Ce sont donc ces mucosités qui jouent le rôle principal dans le mécanisme de la production de la tumeur. Une autre circonstance qui a dû favoriser la méprise, c'est que, dans certaines tumeurs du sac, on trouve un liquide clair et visqueux, semblable à une solution de gomme. On a pensé que ce liquide est le résultat du séjour des larmes, dont les parties les plus fluides sont soumises à la résorption. On ne soupçonnait pas que ce liquide filant fût sécrété par les glandes de la muqueuse du sac (voy. dans notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 241 et 242, les figures représentant la structure de ces glandes), parce qu'on ne connaissait pas ces glandes. Et puis l'analogie, qui sert quelquefois, mais qui trompe aussi, était intervenue pour faire comparer l'appareil excréteur des larmes à l'appareil excréteur de l'urine. La vessie se distendant chez les sujets qui ont un rétrécissement de l'urètre, par l'arrivée incessante de l'urine, on pensait que le sac lacrymal doit aussi se distendre par l'arrivée incessante des larmes, alors qu'il existe une coarctation du canal nasal. Sans rechercher si cette coarctation a lieu réellement, on l'admit, parce qu'on en avait fait une nécessité pour expliquer le mode de production de la tumeur. La dénomination de tumeur *lacrymale* paraissait donc surabondamment justifiée.

On appelle *fistule* du sac lacrymal une ouverture anormale, placée généralement au niveau du grand angle de l'orbite, et qui donne passage à des mucosités, à du muco-pus, mélangés de larmes; jamais à des larmes seulement. L'assimilation fautive de cette fistule aux fistules *urinaires*, qui, ainsi qu'on le sait, sont entretenues par le passage incessant de l'urine, a

fait donner à la première le nom de fistule *lacrymale*, ce qui voulait signifier que cette fistule est entretenue par le passage incessant des larmes.

Variétés. La TUMEUR du sac se présente dans des conditions diverses, selon les cas, ce qui a motivé des dénominations spéciales : ou bien le sac est distendu par des mucosités et des larmes, sans que ni les conduits lacrymaux ni le canal nasal soient sensiblement rétrécis ; d'où il résulte que, lorsqu'on comprime la tumeur, le contenu s'échappe par les points lacrymaux et le canal nasal. C'est ce que quelques chirurgiens appellent à tort TUMEUR LACRYMALE PROPREMENT DITE ; c'est ce que Mackenzie désigne, avec plus de justesse, sous le nom de RELACHEMENT DU SAC, de HERNIE DU SAC. D'autres fois, au contraire, toute communication est interrompue ou, du moins, semble interrompue entre la cavité du sac et les conduits lacrymaux d'une part, le canal nasal de l'autre ; aussi la pression la plus longtemps soutenue ne diminue pas le volume de la tumeur. C'est ce que l'on a appelé HYDROPIE DU SAC, TUMEUR LACRYMALE ENKYSTÉE, mauvaises dénominations qui gagneraient à être remplacées par celle de MUCOCÈLE DU SAC. Quelques pathologistes pensent aussi que le sac, après avoir été distendu, peut être éraillé et ulcéré au niveau de sa paroi antérieure, et qu'alors les matières contenues primitivement dans le sac s'accumulent entre la tunique fibreuse de ce dernier et le tégument. Il se formerait alors une sorte de FISTULE LACRYMALE BORGNE INTERNE. Cette variété est à démontrer anatomiquement.

La tumeur du sac est généralement sphérique ou ovoïde. Quelquefois elle présente vers le milieu un rétrécissement dû à la présence dans ce point du tendon direct du muscle orbiculaire des paupières. La forme se rapproche alors de celle d'une *gourde*, dont la partie la moins grosse se trouve au-dessus, la portion la plus volumineuse au-dessous de ce tendon.

La FISTULE du sac est, dans la très-grande majorité des cas, située sur la peau du grand angle de l'orbite ; on l'a vue, mais très-rarement, placée sur la pommette, près de l'aile du nez. Dans des circonstances, peut-être plus rares encore, elle est du côté de l'œil, en arrière de la commissure des paupières. On comprend mieux la possibilité de l'abouchement de l'orifice dans le méat moyen ou dans le sinus maxillaire, alors que la maladie du sac a été compliquée d'une carie ou d'une nécrose des portions osseuses qui forment le canal lacrymo-nasal. En général, il n'existe qu'une seule ouverture ; quelquefois il y en a plusieurs, et la peau du grand angle peut être *criblée* d'orifices anormaux. Les dimensions de l'ouverture varient ; le plus souvent elle est assez grande pour être aperçue de prime abord. Quelquefois il y a une fistule tellement petite, qu'elle échappe à un examen superficiel et qu'il devient nécessaire de tendre les parties voisines pour la découvrir ; c'est là ce qu'on a appelé fistule *capillaire*.

La fistule s'établit communément d'arrière en avant, c'est-à-dire du sac vers la peau. On a aussi admis que, dans quelques cas, elle se produit d'avant en arrière, alors qu'un abcès primitivement développé dans le tissu cellulaire sous-cutané du grand angle s'ouvre à la fois au dehors et dans l'intérieur du sac.

Causes. Nous croyons avoir démontré suffisamment que la distension du sac est, dans la grande majorité des cas, la conséquence de l'accumulation du mucus sécrété incessamment dans l'intérieur de cette cavité, et que le rétrécissement du canal nasal ne joue, dans la production de la maladie, qu'un rôle secondaire. Le sac lacrymal, se trouve, en effet, dans des conditions anatomiques toutes particulières : communiquant avec la cavité conjonctivale par l'intermédiaire de deux petits canaux, les conduits lacrymaux ; avec la fosse nasale par un canal dont l'orifice supérieur n'a que 2 millimètres de diamètre, les matières sécrétées par la muqueuse du sac ne peuvent franchir ces conduits dès que la consistance en est augmentée, ce qui arrive précisément dans le catarrhe. Force est donc à ces produits de s'accumuler dans le sac et de le distendre lentement, pour donner lieu à la formation d'une tumeur.

Cette stase des matières est encore favorisée, dans quelques cas, par une autre condition anatomique inhérente au sac, et sur laquelle Béraud a appelé l'attention. Nous voulons parler des valvules du canal lacrymo-nasal. Sous l'influence de la phlegmasie de la muqueuse de ce canal, la valvule inférieure du sac se tuméfie ou peut même contracter des adhérences avec la paroi opposée à celle d'où elle naît ; l'extrémité inférieure du sac est oblitérée ; les matières sécrétées cessent de pouvoir s'écouler par en bas, la distension du sac s'opère donc plus promptement. Que, sous l'influence des mêmes conditions pathologiques, les conduits lacrymaux s'oblitérent près du sac, ou bien encore que la valvule supérieure du sac devienne adhérente aux parois de ce dernier, toute communication est interceptée entre le sac et les parties environnantes ; les matières sécrétées ne trouveront plus de passage ni par en bas ni par en haut, et c'est ainsi que se produit cette variété de tumeur désignée sous le nom de *mucocèle*, de *tumeur enkystée* du sac.

On admet que la tumeur du sac est aussi la conséquence de tumeurs étrangères aux voies lacrymales, qui, en comprimant le canal lacrymo-nasal, mettent obstacle à l'écoulement des larmes : les polypes des fosses nasales, certaines affections du sinus maxillaire, les tumeurs et exostoses de la face et même de l'orbite. Il est probable que ces productions morbides, alors qu'elles sont accompagnées d'une tumeur du sac, ce qui est loin d'être fréquent, n'agissent qu'autant qu'elles donnent lieu à une phlegmasie de la muqueuse du canal lacrymo-nasal, et non pas d'une manière mécanique, en comprimant seulement le canal, ce qui n'aurait pour résultat que de déterminer du larmolement.

Symptômes. Ceux de la TUMEUR du sac se rapprochent tellement de ceux du catarrhe de cette cavité que nous avons décrits (p. 835), qu'il est inutile d'y insister. Il existe, au niveau du grand angle de l'orbite, une tumeur de volume variable, circonscrite par les limites du sac, assez généralement molle, dépressible, sans changement de couleur de la peau, se vidant par la pression avec le doigt, et laissant échapper alors communément, par les deux points lacrymaux seulement, quelquefois par ces points et le canal nasal en même temps, des *mucosités*, ou un *liquide filant*, ou du *mucopus*, ou

enfin du *pus*. Chez presque tous les sujets, il y a eu un larmolement plus ou moins marqué; la narine correspondante est sèche.

La tumeur du sac, au lieu d'être molle et dépressible, offre parfois une certaine dureté; la pression n'en diminue pas le volume et n'évacue le contenu ni par les points lacrymaux ni par le canal nasal; dans ce cas, la tumeur est *enkystée*, c'est un *mucocèle* du sac.

La FISTULE se présente sous la forme d'un orifice anormal situé communément au grand angle de l'orbite, de dimensions variables, laissant écouler, par la pression exercée sur le sac, un mélange de larmes et de mucosités, de muco-pus ou de pus. Cet orifice peut être situé au-dessous ou au-dessus du tendon direct de l'orbiculaire. Il est en général un peu enfoncé au-dessous du plan de la paroi antérieure du sac, quelquefois entouré de fongosités.

Marche. Terminaisons. La tumeur du sac reste parfois stationnaire pendant des années, ne causant d'autres incommodités qu'une difformité plus ou moins prononcée et un larmolement habituel. Quelques malades se contentent de presser la tumeur par intervalles pour en évacuer le contenu. Au bout d'un certain temps très-variable, il peut se manifester une phlegmasie aiguë du sac, d'où la formation d'un abcès qui ne tarde pas à s'ouvrir à l'extérieur. Tantôt cette ouverture se cicatrise, la tumeur s'affaisse et l'affection guérit radicalement, ou bien le catarrhe du sac persiste et la tumeur se reforme; tantôt l'ouverture subsiste et se convertit en *fistule*.

Diagnostic. Il ne saurait offrir de difficultés lorsque les conduits lacrymaux sont restés perméables. Dans ce cas, la pression sur la tumeur, vidant le contenu par les points lacrymaux; l'injection d'eau pratiquée par le point lacrymal inférieur, distendant la poche et revenant par le point lacrymal supérieur, sont des signes qui ne peuvent laisser le moindre doute. La fistule du sac est reconnue par les mêmes moyens d'exploration; une injection d'eau poussée par le point lacrymal inférieur sort en partie par l'orifice anormal, entraînant avec elle des mucosités ou du muco-pus. C'est par ces manœuvres qu'on distingue une tumeur ou une fistule du sac d'une tumeur ou d'une fistule située *au-devant* du sac, mais sans connexion avec ce dernier.

Lorsque la tumeur du sac est enkystée, qu'il existe un *mucocèle*, les moyens d'exploration qui viennent d'être indiqués ne sont pas applicables. On pourrait alors confondre la tumeur du sac avec une tumeur placée au-devant de ce dernier. On tiendra compte des antécédents: les malades ont depuis longtemps du larmolement; en général aussi ils vous apprennent, qu'à une certaine période, la pression sur le grand angle de l'œil évacuait le contenu par les points lacrymaux. Le cathétérisme avec une sonde d'Anel permet de reconnaître l'imperméabilité des conduits lacrymaux. S'il reste un doute dans l'esprit, on pratique une ponction avec un bistouri à lame étroite; en cas de *mucocèle*, cette ponction donne issue à des mucosités.

Pronostic. Pour peu qu'on réfléchisse à la multiplicité des méthodes et des procédés imaginés dans le but de guérir la tumeur et la fistule du sac, on comprend toute la difficulté d'obtenir un résultat satisfaisant. C'est que

la tumeur et la fistule du sac se rattachent à une phlegmasie de la muqueuse qui revêt le canal lacrymo-nasal, et que cette phlegmasie offre parfois une ténacité qui résiste à tous les moyens. On ne saurait abandonner à elle-même une affection qui, en dehors de la difformité qu'elle présente, donne lieu à un larmolement abondant. Ce larmolement, il importe de ne pas l'oublier, n'est pas seulement la conséquence de ce que les larmes ne peuvent plus suivre la route ordinaire; il résulte surtout de ce que la phlegmasie de la muqueuse lacrymo-nasale est accompagnée le plus souvent d'une hyperhémie de la conjonctive palpébrale, hyperhémie qui elle-même augmente la sécrétion normale de la conjonctive.

Traitement. S'il est vrai que, dans la très-grande majorité des cas, les tumeurs et les fistules du sac lacrymal sont le résultat d'une maladie de la muqueuse du sac, l'indication à remplir est de modifier la sécrétion morbide de cette membrane par des topiques portés jusque dans le sac lui-même; en d'autres termes, le traitement de ces affections ne diffère pas de celui du catarrhe du sac (p. 836). Ceux qui rattachent le développement de la tumeur et de la fistule du sac à un *rétrécissement* du canal nasal, dirigent le traitement contre ces coarctations; de là une foule de manières d'opérer. Ces expédients réussissent parfois, probablement parce qu'ils modifient énergiquement la vitalité de la muqueuse, et non pas en combattant un rétrécissement qui n'existe pas constamment. Ils échouent dans d'autres circonstances. Tous ces moyens demandent à être examinés avec détail; les limites imposées par un traité élémentaire ne permettent pas d'entrer dans de longs développements qu'on trouvera exposés dans notre *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 290 et suiv. Nous nous bornerons ici à donner une idée générale des diverses méthodes. Dans tous les cas, si l'affection du sac se rattache à quelque maladie générale, une médication interne appropriée favorisera la guérison.

1° Cathétérisme et injections. Ce mode de traitement est dû à Anel: il consiste à passer un stylet très-fin (fig. 153, p. 818) par le point lacrymal supérieur, jusque dans le sac et le canal nasal; à injecter matin et soir une liqueur convenable par les points lacrymaux, pour entretenir le calibre du canal nasal. Le cathétérisme peut être pratiqué par le point lacrymal supérieur, ou bien par l'inférieur. Si on réfléchit que, pour exécuter cette opération avec un stylet droit, il faut franchir deux courbures, l'une située au point de jonction de la portion perpendiculaire et de la portion transversale du conduit lacrymal, facile à effacer, mais l'autre placée au point de jonction du conduit lacrymal et du sac, beaucoup plus difficile à redresser, on comprendra tous les inconvénients inhérents à cette opération, combien il est facile de faire fausse route. Ces difficultés n'ont pas cependant découragé les chirurgiens, et il en est encore quelques-uns qui emploient le cathétérisme par les points lacrymaux, pour désobstruer ou dilater le canal nasal. C'est ainsi que Travers et Hays se sont servis de sondes à forme spéciale introduites par les points lacrymaux et destinées à séjourner quelques instants ou plusieurs heures dans le canal nasal.

(a) **Injections par les points lacrymaux.** Ces injections se pratiquent en

introduisant dans l'un des points lacrymaux une canule (fig. 154, B et C, p. 818) de dimension appropriée, c'est-à-dire d'une grande finesse. La canule peut être droite ou courbe; la dernière forme est préférable, parce qu'elle s'adapte mieux à la direction du conduit. La canule est communément vissée à l'extrémité d'une seringue dite d'Anel (A, fig. 154), que l'on remplit au préalable du liquide à injecter dans les voies lacrymales. Il est plus commode de pratiquer cette injection par le point lacrymal inférieur que par le supérieur.

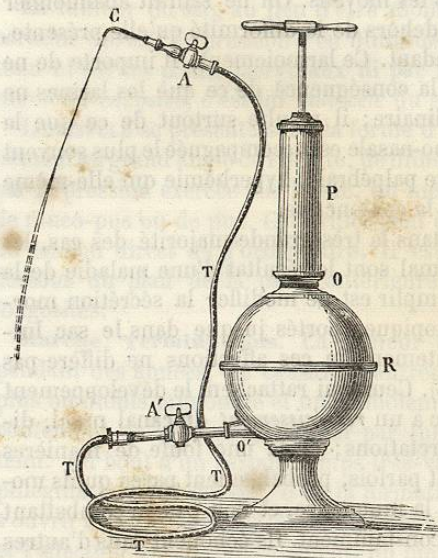


Fig. 155.

Tous ceux qui ont pratiqué des injections dans les voies lacrymales avec la seringue d'Anel, savent combien la manœuvre est difficile pour le chirurgien, pénible pour le patient. Il est probable que ce sont ces embarras qui ont fait tomber les injections en discrédit. C'est dans le but de rendre cette petite opération plus facile que j'ai fait construire l'instrument représenté fig. 155. Voici les avantages de cet instrument : 1° la canule lacrymale (c) se continuant avec un tube flexible (T), cette canule obéit à tous les mouvements que le chirurgien lui imprime; l'introduction en est facile. Une fois dans le conduit lacrymal, on la maintient sans le moindre effort; on n'est pas exposé à l'enfoncer trop avant, parce qu'on ne lui communique aucune impulsion, comme cela arrive avec la seringue d'Anel; 2° au lieu d'être obligé de prendre un point d'appui solide, et souvent insupportable, sur la joue du malade, pour pousser l'injection, comme cela a lieu avec la seringue d'Anel, on appuie très-légèrement avec les deux derniers doigts de la main qui tient la canule sur le rebord de l'orbite; 3° on gradue à volonté la force avec laquelle la colonne de liquide arrive dans les voies lacrymales, soit en refoulant plus ou moins l'air dans le récipient (R), soit en ouvrant plus ou moins les robinets (A, A') du tube; 4° lorsqu'il est nécessaire de faire passer une grande quantité de liquide à travers le canal lacrymo-nasal, au lieu d'interrompre l'injection pour en puiser une nouvelle quantité, comme cela arrive avec la seringue d'Anel, on continue l'injection sans interruption; 5° l'attention du chirurgien peut se concentrer tout entière sur la canule lacrymale, dont il maintient la position à son gré, tandis qu'avec la seringue d'Anel (fig. 154, p. 818) l'attention se porte sur trois points à la fois : la canule, le corps de la seringue et le piston.

(b) **Cathétérisme et injections de bas en haut. Méthode de Laforest.** Cette méthode consiste à déboucher le canal avec une sonde flexible, cour-

bée en forme d'S, puis à pratiquer des injections de bas en haut avec une seringue terminée par un court siphon recourbé et garni vers l'extrémité d'une saillie en forme de bourrelet. Quelquefois Laforest laissait à demeure dans le canal nasal, une algalie ou sonde creuse, pour que le patient puisse faire des injections lui-même. Le malade est assis sur une chaise, la tête à demi-renversée. On porte la sonde dans le nez, de haut en bas et de dedans en dehors; on fait ensuite exécuter à l'instrument un demi-tour, en portant le bout de bas en haut et de dehors en dedans, vers l'arcade qui forme le cornet inférieur, pour chercher l'orifice inférieur du canal nasal. On reconnaît que la sonde a pénétré, lorsqu'elle n'a plus de jeu sous le cornet, qu'elle y est arrêtée sans pouvoir vaciller. On fait alors exécuter une bascule à l'extrémité de la sonde, par de petites secousses plus ou moins répétées, jusqu'à ce qu'on reconnaisse ce bout au bord de l'orbite. Quelquefois la sonde est engagée sous un petit rebord de l'os maxillaire formant la partie supérieure et antérieure du canal nasal. Pour dégager l'instrument, on en relève l'extrémité extra-nasale, et en même temps on pousse la sonde d'avant en arrière et de bas en haut. De cette façon, le bec de l'instrument passe dans le sac.

Sur le squelette, cette opération s'exécute avec facilité; sur le cadavre et à plus forte raison sur le vivant, on rencontre des obstacles qui tiennent aux variations dans la situation du conduit; aux altérations de ce dernier, aux proportions à trouver entre le canal nasal et la sonde, enfin à la situation du cornet inférieur. Ce cornet est quelquefois si bas, que la sonde passe au-dessus de lui au lieu de passer au-dessous; ou bien le cornet est tellement recourbé, qu'il existe à la partie antérieure plutôt un trou rond qu'une ouverture ovale. Le bord inférieur du cornet peut toucher la portion correspondante de l'os maxillaire, d'où une grande difficulté pour engager la sonde dans l'intervalle. Il peut aussi y avoir une union entre la cloison du nez et le cornet inférieur, ce qui empêche le jeu de la sonde introduite dans la narine. Une autre difficulté bien plus grande encore, et qui a été passée sous silence par le créateur de la méthode, c'est l'exiguïté que présente l'orifice inférieur du canal nasal chez quelques sujets.

Cabanis a proposé une modification à la méthode de Laforest, pour en rendre l'exécution plus facile. On commence par passer un fil de haut en

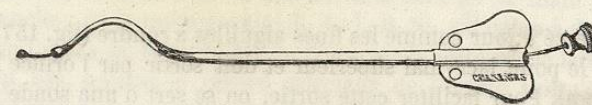


Fig. 156.

bas, dans le canal nasal, par le point lacrymal supérieur; on se sert de ce fil sorti par la narine pour entraîner une sonde flexible de bas en haut, dans le canal nasal. D'un autre côté, Gensoul a exécuté le cathétérisme du canal, de bas en haut, au moyen de sondes (fig. 156) moulées exactement sur la forme de ce conduit, ce qu'on obtient en prenant le moule

avec l'alliage fusible de Darcet. S. Pironi s'est servi pour la même opération de sondes en métal aux deux extrémités et en gomme élastique au milieu. Toutes ces modifications sont ingénieuses et facilitent la manœuvre, une fois qu'on est arrivé dans le canal nasal; mais elles n'obviennent nullement aux difficultés qu'on rencontre pour arriver dans l'orifice inférieur de ce conduit.

En résumé, il n'y a pas à comparer, sous le point de vue de la facilité du manuel opératoire, les injections faites de *haut en bas*, c'est-à-dire par les points lacrymaux, avec les injections faites de *bas en haut*, c'est-à-dire par le canal nasal. Ajoutez que, dans la *tumeur dite lacrymale*, c'est surtout la vitalité de la muqueuse du sac qu'il importe de modifier, et que les injections faites de bas en haut arrivent moins directement sur les tissus malades. Pour ces motifs, la méthode de Laforest n'aura jamais grand succès, et elle tend tous les jours à retomber de nouveau dans l'oubli d'où Gensoul a essayé de la faire sortir.

2° Dilatation. Les chirurgiens qui ont assimilé le mode de production de la tumeur du sac à la distension de la vessie, dans les rétrécissements de l'urètre, ont pensé que rien n'est plus rationnel que de dilater progressivement le canal nasal, pour en surmonter les coarctations et rétablir le cours naturel des larmes. Si quelque chose peut servir à démontrer combien la théorie de J.-L. Petit est erronée, c'est précisément l'insuccès fréquent de cette méthode qu'il convient de réserver aux rétrécissements du canal nasal. Néanmoins cette manière de procéder compte encore aujourd'hui des partisans nombreux.

La méthode de la dilatation se divise en deux méthodes secondaires : la dilatacion exécutée *par les voies naturelles* et la dilatation faite par une *voie artificielle*. A la première se rattache le nom de Méjean, à la seconde celui de J.-L. Petit.

A. Dilatation par les voies naturelles. Procédé de Méjean. Un stylet de 6 ou 7 pouces de long, d'une finesse proportionnée au diamètre des points lacrymaux, dont l'un des points est arrondi et non boutonné, et dont

Fig. 457.

l'autre est percé à jour comme les fines aiguilles à coudre (fig. 457), est introduit par le point lacrymal supérieur et doit sortir par l'orifice inférieur du canal nasal. Pour faciliter cette sortie, on se sert d'une sonde cannelée dont l'extrémité, percée d'un trou, est conduite sous le cornet inférieur; on cherche à engager le bout du stylet dans le trou de la sonde. On a eu soin au préalable de passer un fil dans le chas du stylet. En faisant sortir ce dernier par la narine, on entraîne le fil, auquel on attache, au bout de vingt-quatre heures, une mèche composée de cinq ou six brins de coton. On entraîne la mèche de bas en haut, dans le canal nasal, et on la renouvelle tous les jours, en la grossissant par degrés et en la rattachant au même fil, qui se continue du côté du point lacrymal avec un peloton placé dans les

cheveux, sous la *perruque* du malade. Lorsque le cathétérisme du canal lacrymo-nasal est difficile, Méjean emploie un stylet dont l'extrémité est *pointue comme une épingle*. Cabanis, Palucci, Guérin (de Lyon), ont cru perfectionner ce procédé en y apportant quelques modifications sans importance.

Le procédé de Méjean et ses dérivés sont d'une exécution difficile, pour les mêmes raisons que le cathétérisme des voies lacrymales par la méthode d'Anel. Plus récemment, Bowman a cherché à simplifier le manuel opératoire, en *incisant au préalable l'un des conduits lacrymaux, depuis le point lacrymal jusqu'au sac*. Des sondes métalliques de calibre croissant sont introduites dans le canal nasal par l'ouverture supérieure de ce conduit, et laissées en place une ou deux minutes. Cet expédient offre l'avantage de substituer un cathétérisme rectiligne à un cathétérisme suivant une ligne courbe. Les sondes de Bowman sont en argent flexible, de forme cylindrique, depuis la grosseur d'un fort crin jusqu'à un millimètre de diamètre. Critchett a recommandé de se servir de sondes formées d'une substance hygrométrique, la *laminaria digitata*; placées dans le canal nasal, elles se gonflent plus ou moins, selon la résistance qu'elles rencontrent.

B. Dilatation par une ouverture accidentelle ou artificielle. Lorsqu'il existe, au niveau du grand angle de l'orbite, une fistule du sac et qu'elle est suffisamment étendue, on l'utilise pour introduire, par cette voie, des corps dilatants à travers le canal nasal. En cas contraire, on pratique au sac une incision, ou bien on agrandit l'ouverture de la fistule. Cette opération a été désignée sous le nom de *dacryo-cystotomie*.

Dacryo-cystotomie. Il suffit d'un seul instrument pour exécuter cette opération; c'est un bistouri à lame étroite (1, 2, fig. 458, p. 850). Pour rendre les manœuvres subséquentes plus faciles, on peut se servir d'un bistouri dont la lame offre une rainure sur une des faces, tout près du dos.

Le malade est assis, la tête solidement maintenue sur la poitrine d'un aide placé derrière lui. Pour cela l'aide place l'une des mains sous le menton du patient; avec l'index ou le médius de l'autre main (4), il tire la commissure externe des paupières en dehors, pour faire saillir le tendon de l'orbiculaire (10). Le chirurgien, placé en face du malade, prend un bistouri à lame étroite (1, 2) et le saisit comme une plume à écrire, la pointe tournée en bas, le tranchant en dehors. Il le tient de la main droite, s'il opère à gauche; de la main gauche (5, 6, 7, 8, 9), s'il opère à droite. Avec la pulpe de l'index de la main qui ne tient pas le bistouri, la face palmaire tournée en bas, on suit le rebord inférieur de l'orbite jusqu'à ce qu'on arrive sur l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur (3). En ponctionnant le grand angle de l'orbite, entre cette apophyse et le tendon de l'orbiculaire (10) rendu saillant au-dessous de la peau, on est certain de tomber dans le sac lacrymal. Il importe, au moment où l'on fait la ponction, de tenir le bistouri parallèle à l'axe du corps; si on incline le manche en arrière, la pointe se porte en avant, et, au lieu de tomber dans le sac, on arrive au-devant de l'apophyse montante du maxillaire. Incline-t-on le manche en avant, la pointe dirigée en arrière risque d'aller s'égarer