

dans le tissu cellulaire de l'orbite. Une fois que la pointe du bistouri a pénétré dans le sac et jusque dans l'orifice supérieur du canal nasal, on incline le manche du bistouri (1) directement en dehors, ce qui a pour effet de convertir la ponction en incision. Pour mieux assurer la marche du

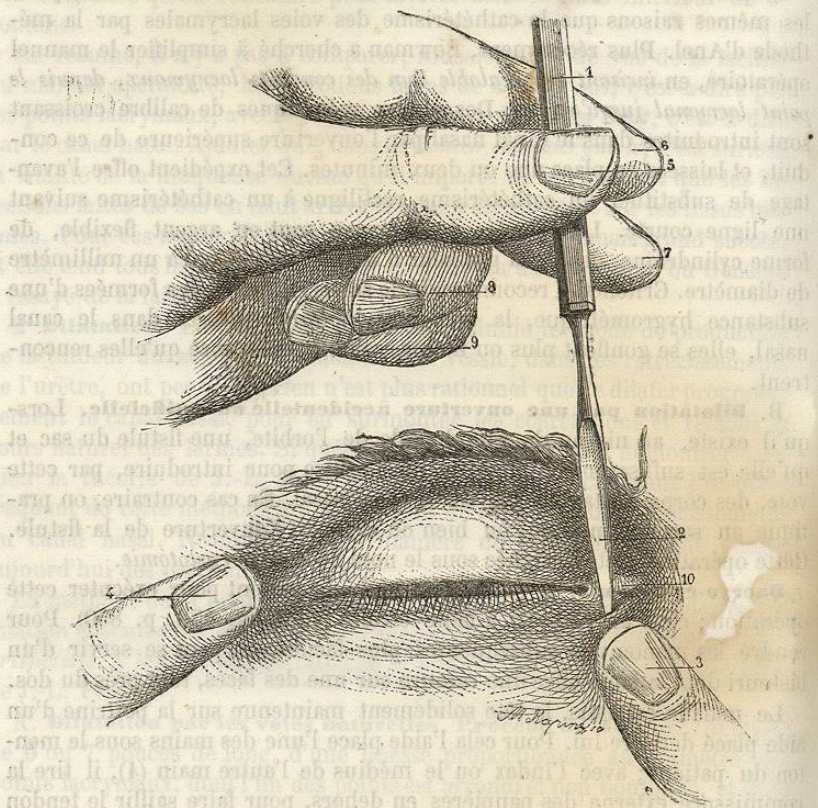


Fig. 158.

couteau, on peut prendre, avec les deux derniers doigts, un point d'appui sur le contour de l'orbite.

Sur le vivant, l'opération précédente étant indiquée, en cas de tumeur du sac, la saillie formée par ce dernier est un guide tellement certain, qu'il est difficile de s'égarer, et qu'on peut se borner, dans bon nombre de cas, à ponctionner simplement la tumeur avec une lancette, sans se préoccuper de la direction à donner à la lame de l'instrument.

Lorsqu'il existe une fistule du sac, et qu'elle n'est pas assez grande, on exécute la même opération que celle qui vient d'être décrite, en ayant soin de comprendre, autant que possible, l'ouverture anormale dans l'ouverture artificielle.

Le sac lacrymal une fois ouvert, il convient de procéder à l'introduction,

dans le canal nasal, de différents corps propres à en obtenir la dilatation. Celle-ci est le plus souvent exécutée pendant un certain temps seulement, ce qui lui a fait donner le nom de dilatation *temporaire*; d'autres fois elle est maintenue pendant des années, auquel cas on l'appelle *permanente*.

1° **Dilatation temporaire.** Les procédés sont nombreux, parce qu'ils se rapportent non-seulement à l'espèce de corps dilatant qu'on emploie, mais encore à des modifications, le plus souvent insignifiantes, dans le manuel opératoire. J.-L. Petit exécutait la dilatation avec des *bougies*; Monro avec une petite tente de charpie ou une *corde à boyau*; Pouteau, au moyen d'un *séton* entraîné de bas en haut dans le canal nasal, par l'intermédiaire d'un fil qu'on introduit dans ce canal de haut en bas. Méjean a également fait usage du séton qu'il introduit par un mécanisme plus compliqué.

Scarpa, imité par Ware et par Deval, employait pour exécuter cette dilatation un stylet en forme de *clou* (fig. 159); il y ajoutait parfois l'usage de légers caustiques. Beer, Weller, Sichel se servaient de *cordes à boyau* d'un volume progressivement croissant. Dubois (de Bordeaux) a conseillé d'imprégner de nitrate d'argent les cordes à boyau. Desault, Bichat, Pamard, Boyer ont employé des instruments propres à faciliter l'introduction de haut en bas, dans le canal nasal, du fil qui doit ramener le séton de bas en haut.



Fig. 159.

Procédé de Boyer. Les instruments nécessaires pour l'exécuter sont : 1° un bistouri de moyenne grandeur, à lame étroite, très-pointue, mais forte; 2° une sonde à panaris ordinaire; 3° une canule d'argent (*bc*, fig. 160), un peu conique, longue de 5 centimètres, légèrement courbée, coupée en biseau comme le bec d'une plume à écrire, à son bout le plus mince et vers sa concavité, portant du même côté et à l'autre extrémité un petit anneau (*c*), dirigé suivant la longueur de la canule: il est bon d'avoir plusieurs canules de différentes grosseurs et longueurs; 4° un stylet d'argent un peu conique, long d'environ 5 pouces, recourbé en forme d'anneau à son extrémité la plus grosse, et portant à l'autre bout un petit bouton légèrement fendu pour accrocher le fil et l'enfoncer plus facilement dans la canule; 5° un autre stylet de la même longueur, cylindrique, arrondi à ses extrémités, d'une grosseur telle, qu'il remplisse la canule et puisse cependant y glisser facilement; 6° un ressort de montre, long d'environ 15 centimètres, de deux tiers de millimètre de largeur, percé à l'une de ses extrémités comme une aiguille, et garni à l'autre d'un petit bouton d'argent (*ad*, fig. 160).



Fig. 160.

Après avoir ouvert le sac lacrymal, comme nous l'avons indiqué précédemment (p. 849), on fait glisser sur le dos de la lame du bistouri le stylet cylindrique, pour le conduire dans le canal nasal. Si on rencontre

quelque difficulté dans ce temps de l'opération, on retire le stylet cylindrique et l'on introduit, à sa place, la sonde à panaris, qui surmonte tout obstacle ; après quoi, on introduit définitivement le stylet cylindrique sur lequel on conduit la canule dans le canal nasal. Le stylet étant retiré et la canule demeurant dans le canal, on enfonce le ressort de montre (*ad*) jusque dans la fosse nasale correspondante ; dès qu'il se présente à l'ouverture de la narine, on le saisit avec les doigts ou avec des pinces à pansement. On le retire, et à mesure qu'il descend, il entraîne avec lui le fil passé dans son ouverture (*d*). Ou bien, on noue un fil sur l'extrémité inférieure du ressort (*a*), après l'avoir fait sortir par la narine ; on tire le ressort de bas en haut, et lorsque son extrémité inférieure est arrivée à la canule, on enlève la canule et le ressort, et on amène en haut le fil, qui prend la place de ces instruments. Une fois le fil passé, on noue les deux bouts ensemble après avoir retiré la canule. On roule les deux bouts sur une grosse épingle qu'on fixe au bonnet ou aux cheveux du patient. On applique, sur la plaie du grand angle, une mouche de sparadrap de diachylon. Le lendemain, s'il n'y a point d'inflammation, on substitue au fil de chanvre un fil de soie de grosseur moyenne, assez long pour servir tout le temps du traitement, et qui est roulé en peloton. Ce changement s'opère, en dénouant le fil placé le premier jour, et en attachant l'autre au bout supérieur du précédent, au moyen du *nœud de tisserand*. Le fil de soie est tiré de haut en bas, coupé au niveau de son point de jonction avec le fil de chanvre, dès qu'une longueur suffisante est sortie par la narine. Le fil de soie sert dès lors à conduire de bas en haut, dans le canal nasal, une mèche composée de plusieurs brins de charpie, mèche dont on augmente le calibre progressivement et qu'on renouvelle tous les jours. Pour faire sortir cette mèche par la narine, on a eu soin, au moment de l'introduction de bas en haut, d'attacher à son extrémité inférieure un fil qui est fixé sur la joue, à côté du nez, avec une mouche de taffetas d'Angleterre ; ou relevé le long du nez et du front, pour être attaché par un nœud coulant à la soie dont le peloton est caché dans les cheveux. La durée de ce traitement varie, d'après Boyer, de six semaines à quatre mois. « Dans ce dernier cas, dit-il, l'espoir de guérir la maladie est moins grand. » Ceci dénote le peu de confiance que mérite ce mode de traitement. Wenzel se servait, pour passer le fil conducteur de la mèche à travers le canal lacrymo-nasal, d'une *corde à boyau* qu'il poussait de haut en bas, après avoir préparé la voie par l'introduction d'un stylet mince, mais fort.

Signalons, pour mémoire seulement, quelques autres procédés : celui de Jurine, consistant à ouvrir le sac avec un petit trocart en or, dont la canule est percée près de la pointe. Le trocart est enfoncé jusque dans le nez ; on retire le mandrin et on enfonce dans la canule le ressort de Pamard. Le procédé de Fournier de Lempde consiste à munir d'une petite boule, ou d'un grain de plomb, le fil que l'on pousse à travers la canule de Desault, afin de faciliter la sortie du fil par la narine. Le procédé de Jourdan se rapproche de celui de Pouteau ; on incise le sac lacrymal dans toute sa longueur, derrière la commissure interne des paupières, en dedans de la

caroncule. Manec a proposé d'introduire une sonde à dard par le nez, de bas en haut, dans le canal nasal, jusqu'à l'angle palpébral ; de pousser le dard à travers la paroi antérieure du sac lacrymal et de s'en servir pour entraîner le fil par la narine.

2° **Dilatation permanente.** Elle s'opère avec des instruments particuliers, sortes de tubes en métal que l'on appelle *canules*. L'invention en est généralement attribuée à Foubert ; cette assertion est loin d'être prouvée (voy. pour ce point historique mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 305). La méthode a été reprise par Dupuytren et adoptée par ses élèves, qui l'abandonnèrent peu à peu, si bien qu'elle ne compte plus aujourd'hui que quelques rares représentants.

3° **Cautérisation.** Dominé toujours par l'idée que les tumeurs et les fistules du sac sont dues à des rétrécissements du canal nasal, on a voulu détruire les coarctations, comme Ducamp détruisait celles de l'urètre. Tantôt la cautérisation était pratiquée de haut en bas, tantôt on la faisait de bas en haut. On s'est servi du *cautère actuel* ou de *caustiques* tels que le nitrate d'argent fondu.

La cautérisation est une méthode qui nous semble devoir être conservée dans la pratique, non pas la cautérisation avec le fer rouge, qui produit des pertes de substance, mais la cautérisation avec des caustiques, notamment avec le caustique de Canquoin. Elle mérite une place dans la thérapeutique de la tumeur et de la fistule du sac, non point dans le but de combattre des rétrécissements du canal nasal, mais pour modifier la vitalité de la muqueuse du canal lacrymo-nasal, pour tarir une sécrétion catarrhale ou purulente, qui est le véritable point de départ de la maladie.

4° **Etablissement d'un nouveau canal.** C'est aux dépens de l'unguis qu'on a le plus souvent cherché à former un nouveau trajet. Les modifications opératoires ont porté sur la manière d'établir le trajet artificiel et sur la façon de l'entretenir : Boudou brisait l'unguis avec un poinçon, Lamorier avec des pinces pointues, Ravaton et Pott avec un trocart, Saint-Yves et Scarpa se servaient du cautère actuel. Pour entretenir la route de nouvelle formation, on a employé des canules ou des bougies. J. Hunter voulait qu'on emportât à la fois un disque de l'os unguis et des deux membranes entre lesquels il est placé. Pour cela, il employait deux instruments : une canule tranchante à son extrémité, semblable à l'emporte-pièce des burreliers ; une plaque de corne ou d'ébène destinée à être portée dans le méat moyen des fosses nasales, pour servir de point d'appui à l'emporte-pièce. Dupuytren, dans un cas d'absence du canal nasal, pratiqua, au moyen d'un trocart, un canal artificiel, dans la direction de celui qui devait exister. Briot (de Besançon) et Laugier ont exécuté la perforation de la paroi externe du canal nasal, pour ouvrir aux larmes une voie nouvelle dans le sinus maxillaire.

Tous les chirurgiens qui ont proposé de créer aux larmes une route nouvelle pour guérir la tumeur et la fistule du sac, sont partis d'un principe erroné, à savoir : que ces affections sont entretenues par un obstacle au cours naturel des larmes. Si quelques-unes de ces tentatives ont été heu-

reuses, c'est qu'en offrant au pus et aux *mucosités du sac* une voie d'écoulement facile du côté des narines ou des cavités voisines, ces produits morbides ont cessé de s'accumuler dans le sac, ou bien qu'on a converti simplement une fistule borgne externe du sac en fistule borgne interne.

5° **Interruption entre l'appareil sécréteur et le sac lacrymal.** Le but de cette pratique est d'oblitérer les points lacrymaux et d'empêcher les larmes d'arriver dans le sac, ce passage étant considéré par quelques chirurgiens comme la cause de la fistule. Tavignot a le plus propagé cette méthode. Il a cherché à obtenir l'occlusion des conduits lacrymaux, soit en les excisant, soit en les cautérisant par la méthode galvano-caustique.

6° **Occlusion du sac lacrymal.** Cette méthode appartient aux deux Nannoni, qui se servaient des *caustiques* et du *cautère actuel*. Cette idée a été reprise de nos jours par quelques oculistes, qui ont employé les deux modes de destruction. Ainsi Magne se sert, pour oblitérer le sac, de *beurre d'antimoine* (chlorure d'antimoine), Deval préfère la *pâte de Canquoin*; Desmarres, le *fer rouge*.

La méthode de Nannoni, appliquée au traitement de la tumeur et de la fistule du sac, ne mérite ni tout le bien ni tout le mal qu'on en a dit. Il serait nécessaire avant tout de préciser les effets qui en résultent. Est-il bien vrai, comme quelques-uns le pensent, qu'elle a pour conséquence d'oblitérer la cavité du sac lacrymal? Et d'abord, c'est une erreur d'admettre que toutes les fois qu'à la suite d'une dacryocystite aiguë une tumeur du sac disparaît, il y a eu occlusion des parois de l'organe. Pour ma part, j'ai eu occasion plusieurs fois de vérifier la perméabilité persistante du canal lacrymo-nasal dans cette circonstance. En second lieu, j'ai pu me convaincre, sur plusieurs malades opérés par la prétendue méthode d'oblitération du sac, qu'en poussant une injection d'eau avec mon appareil à pompe (fig. 155, p. 846), par le point lacrymal inférieur, le liquide sort par le supérieur, parfois même par la narine. Il est donc certain que dans ces cas le sac n'est pas oblitéré. Scarpa avait déjà émis l'opinion que, dans les cas heureux obtenus par Nannoni, le caustique ne fait que détruire une portion de la surface interne du sac, sans en effacer la cavité. Nélaton croit comme Delpech que les cas de guérison sont ceux dans lesquels l'action des caustiques s'est bornée à faire disparaître l'inflammation des voies lacrymales, sans en amener l'oblitération, tandis que les revers dépendent précisément de ce que cette oblitération est devenue complète. Le même chirurgien ajoute : « En tout état de cause, et quelle que soit l'opinion que l'on se fasse de la méthode de Nannoni, nul doute que celle-ci ne doive rester à titre de méthode exceptionnelle, c'est-à-dire applicable seulement aux cas rebelles aux méthodes ordinaires de traitement. » Sichel s'exprime ainsi : « Oblitérer le sac lacrymal dans tous les cas, même par les caustiques qui n'offrent pas de danger, me paraît aussi irrationnel que nuisible. » Malgaigne considère l'occlusion du sac comme une ressource désespérée. « L'amputation, dit-il, est une ressource aussi ; seulement, en amputant, nous savons que nous ne guérissons le mal qu'en sacrifiant l'organe malade ; la destruction du sac lacrymal est un procédé du même genre. »

Ceux qui préconisent le plus aujourd'hui la méthode de Nannoni semblent désespérer complètement des autres méthodes de traitement, et en cela ils sont tombés dans l'exagération. Nous croyons avoir suffisamment démontré qu'en portant dans le canal lacrymo-nasal certains topiques, on modifie la vitalité de la muqueuse du sac, on tarit la sécrétion morbide dont elle est le siège, et qu'on fait ainsi disparaître la tumeur ou la fistule du sac. Si ces moyens échouent, il y a tout avantage, selon nous, à chercher à modifier la vitalité de la muqueuse par des topiques plus énergiques. A ce point de vue, la cautérisation de la face interne du sac, soit avec le beurre d'antimoine, comme le veut Magne; soit avec la pâte de Canquoin, comme le préconise Deval; soit encore avec la *poudre de nitrate d'argent*, comme le conseillait Biangini, méritent de rester dans la pratique, mais non point avec l'idée d'oblitérer le sac, c'est-à-dire de supprimer un organe dont on ne saurait nier l'utilité. L'application de caustiques étant moins effrayante pour le patient que l'application du cautère actuel, ce dernier sera réservé pour les cas tout à fait exceptionnels.

7° **Extirpation de la glande lacrymale.** C'est une méthode qu'il suffit de citer, parce qu'elle porte sa condamnation. Ceux qui l'ont proposée ont complètement perdu de vue la nature de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal.

Le tableau suivant résume et présente l'ensemble des diverses méthodes et des nombreux procédés imaginés pour le traitement des tumeurs et fistules du sac lacrymal :

1° CATHÉTÉRISME ET INJECTIONS ...	De haut en bas, c'est-à-dire par les points lacrymaux.....	Anel (stylet très-fin et injections). Travers. Hays (sondes spéciales et injections). Faou (injections iodées dans le sac).
	De bas en haut, c'est-à-dire par l'orifice inférieur du canal nasal.	Laforest Cabanis Gensoul S. Pirondi } (sondes moulées sur la forme du canal nasal).
2° DILATATION....	Par voies naturelles, c'est-à-dire par points lacrymaux.....	Méjean Cabanis Palucci Guérin } (modifications de peu d'importance).
	Par ouverture accidentelle ou artificielle...	J.-L. Petit (bougies). Monro, Pouteau, Jourdan, Méjean, Lecat, Desault, Bichat, Pamard, Boyer, Wenzel, Jurine, Manec, Fournier de Lempde, Scarpa, Ware, Deval (clou). Beer, Weller, Sichel, Dubois (cordes à boyau). Dilatation temporaire, Dilatation permanente. } (selon). Foubert, Péllicier, Dupuytren (canule).
3° CAUTÉRISATION..	De haut en bas.....	Harveng (cautère actuel ou nitrate d'argent). Desmarres, Deslandes (nitrate d'argent).
	De bas en haut.....	Bermond, Gensoul.

- | | | | |
|----|--|--|-----------------------|
| 4° | ETABLISSEMENT D'UN NOUVEAU CANAL..... | { Woolhouse, Pellier, Boudou
Lamorier, Saint-Yves, Scarpa
Ravatou, Poli, J. Hunter } | (à travers l'unguis). |
| 5° | INTERRUPTION ENTRE L'APPAREIL SÉCRÉ-
TEUR ET LE SAC LACRYMAL..... | { Dupuytren (dans la direction du canal naturel).
Briot, Laugier (à travers le sinus maxillaire).
Bosche (cautérisation des points lacrymaux).
Velpeau (excision des points lacrymaux).
Tavignot, Serra (destruction par cautère). | |
| 6° | OCCCLUSION DU SAC LACRYMAL..... | { Magne (beurre d'antimoine).
Deval (pâte de Canquoin).
Desmarres (fer rouge).
Biangini (nitrate d'argent). | |
| 7° | EXTIRPATION DE LA GLANDE LACRYMALE. | | |

Traitement de la tumeur ou de la fistule du sac, en cas d'oblitération des points et des conduits lacrymaux. Nous avons supposé jusqu'ici qu'on avait affaire à une tumeur ou à une fistule du sac avec perméabilité des conduits lacrymaux. Les conditions opposées se présentent quelquefois, c'est-à-dire qu'il peut arriver que la tumeur ou la fistule du sac soit accompagnée d'une atresie des points et des conduits lacrymaux. Ici encore nous croyons que l'oblitération du sac doit être considérée comme une ressource extrême. Il est préférable d'ouvrir le sac et d'y pratiquer des injections iodées, ou d'y introduire un petit fragment de *caustique de Canquoin*, pour modifier la vitalité de la muqueuse. Quelquefois le sac s'enflamme spontanément; on combat cette phlegmasie par un traitement approprié; on ouvre le sac pour donner passage au pus, s'il s'en est formé, et on se contente d'appliquer sur la tumeur quelques topiques résolutifs, en même temps qu'on fait des injections d'eau simple ou d'eau iodée à travers la fistule, pour obtenir la cicatrisation de cette dernière.

CHAPITRE V.

TUMEURS DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

(A) **Polypes du sac lacrymal et du canal nasal.** Le canal lacrymo-nasal peut être considéré comme une dépendance des fosses nasales, les deux muqueuses se continuant l'une avec l'autre et présentant la même structure. Il n'est donc pas étonnant que des polypes puissent prendre naissance dans le sac ou dans le canal nasal aussi bien que dans les cavités olfactives. Jusqu'ici on n'a signalé qu'une seule variété de ces tumeurs, les polypes *mous ou muqueux*, formés, comme on le sait, par une hypertrophie des follicules muqueux. Le plus souvent ces polypes restent bornés au sac lacrymal; ils donnent lieu alors à la production d'une tumeur que l'on sent à travers le sac, distendu lui-même par l'inflammation concomitante de la muqueuse. Ouvrir le sac, saisir le polype avec des pinces, pour l'attirer au

dehors, et en diviser le pédicule avec des ciseaux: telle est la conduite à tenir en pareille circonstance.

D'autres fois, ces polypes deviennent plus volumineux, occupent le canal lacrymo-nasal tout entier et peuvent même se frayer une issue par la narine correspondante. Tel était le cas d'une jeune fille de vingt-cinq ans dont Janin a rapporté l'histoire.

(B) **Kystes du sac lacrymal et du grand angle de l'orbite.** 1° **Kystes du sac lacrymal.** Ces kystes paraissent dus à l'hypertrophie d'un des follicules si abondamment répandus dans la muqueuse du sac. Ils donnent lieu à la formation de tumeurs qui n'occupent qu'une portion limitée du sac. Béraud en a rapporté deux exemples.

Ces kystes sont caractérisés par la présence d'une tumeur arrondie, globuleuse, presque surajoutée au sac et n'occupant qu'une portion de l'étendue de cette cavité. La tumeur est tendue, lisse, peu douloureuse; elle peut être limitée à un point d'une des parois de la cavité du sac, le plus souvent en avant, quelquefois sur le côté.

Inciser largement le sac au niveau du kyste, ouvrir ce dernier pour en modifier la face interne par des topiques irritants et au besoin même par la cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe, en respectant le reste de la cavité du sac, nous semble le meilleur mode de traitement.

2° **Kystes du grand angle de l'orbite.** Il se développe quelquefois, dans la région du grand angle de l'orbite, des tumeurs enkystées que l'on peut confondre avec un kyste du sac lacrymal, ou même avec cette variété de tumeurs du sac que nous avons appelées *mucoèles* (p. 842). On y a rencontré des kystes dermoïdes. Il sera toujours facile de distinguer ces derniers d'un kyste du sac lacrymal, parce que dans les premiers la peau fait partie intégrante de la production morbide, tandis qu'elle en est indépendante dans le second. Ces kystes dermoïdes réclament du reste le même traitement que les kystes cutanés des paupières (voy. *Kystes des paupières*).

On a aussi rencontré dans la même région des *kystes sous-musculaires*. Ils peuvent être confondus avec les tumeurs du sac lacrymal. Si les points et les conduits lacrymaux sont perméables, l'erreur n'est pas possible, attendu qu'alors, si le sac est malade, on fait refluer par les points lacrymaux du muco-pus ou du pus. Mais si ces points et conduits sont eux-mêmes oblitérés, qu'il existe un mucoèle, le diagnostic offre plus de difficultés. Toutefois, même dans ce cas, on arrive à reconnaître la nature de la tumeur, en ayant égard aux circonstances suivantes: le mucoèle s'établit rarement d'emblée; il est le plus souvent précédé de catarrhe du sac lacrymal, c'est-à-dire que le patient se plaint d'avoir été affecté antérieurement de larmoiement; qu'à une certaine époque, la pression sur le sac faisait sortir une matière blanche par les points lacrymaux. En cas de doute, il reste à tenter une dernière épreuve: la ponction de la tumeur; une fois le produit évacué, on fait par l'ouverture une injection d'eau; il est extrêmement rare alors, s'il s'agit d'un mucoèle, qu'en soutenant l'injection pendant quelques minutes, il ne passe pas une faible quantité d'eau par la na-