

4^o La compression longtemps continuée amène l'occlusion des conduits ou celle du sac. J.-L. Petit a vu une dame qui s'est trouvée dans ce cas après avoir porté un bandage pendant deux ans. Le larmolement ne devenait gênant que dans les temps froids. « C'est ce qui en impose, dit Petit; car quand ceux qui sont dans » ce cas *ont naturellement peu de larmes*, ils paraissent guéris, » quoi qu'ils ne le soient pas. » Mais qu'importe au chirurgien que cela en impose, si l'occlusion obtenue ainsi ou autrement met les malades dans un état fort satisfaisant! Ne vaut-il pas mieux y recourir dès que les premiers moyens, par exemple les injections et le cathétérisme, ont échoué?

§ II. Ouverture d'une voie artificielle aux larmes.

Lorsque le conduit nasal est fermé et que les moyens ordinaires demeurent insuffisants, quelques chirurgiens, et Woolhouse en particulier, ont, à l'exemple d'Albucasis, qui opérait ainsi, et d'Archigène, comme on le voit dans Aétius et Paul d'Égine, ouvert aux larmes une voie nouvelle à travers les os, qu'ils brisent ou auxquels ils font subir une perte de substance au moyen d'instruments particuliers ou même du fer rouge. On compte cinq procédés principaux: ce sont ceux de Woolhouse, Hunter, M. Reybard (de Lyon), M. Laugier et Wathen.

Procédé de Woolhouse. — Une incision semi-elliptique est pratiquée sur le sac lacrymal, qui est largement ouvert, et extirpé dans une grande étendue. La plaie est alors remplie de charpie et pansée pendant deux ou trois jours, puis le chirurgien, armé d'une tige pointue, l'enfonce de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière dans l'os unguis, et pénètre ainsi dans les fosses nasales. Une tente de charpie est ensuite introduite dans l'ouverture osseuse, pour l'empêcher de se fermer, et on la remplace un peu plus tard par une canule d'or un peu moins large à sa partie moyenne qu'à ses extrémités.

Procédé de Hunter. — Ce chirurgien a changé la tige pointue de Woolhouse contre un emporte-pièce destiné à faire éprouver à l'unguis une perte de substance. Une plaque de corne, introduite dans le méat moyen, donnerait, selon lui, un point d'appui convenable à la lame osseuse. C'est un procédé inexécutable et tombé

dans l'oubli. On le remplacera toujours avec avantage par le suivant.

Procédé de M. Reybard, de Lyon. — Là encore il s'agit d'attaquer l'unguis et de le détruire dans une grande étendue, afin de créer un canal artificiel conduisant directement les larmes aux fosses nasales.

L'instrument dont on se sert est une sorte d'emporte-pièce très ingénieux, composé de deux parties assemblées, mobiles l'une sur l'autre et parfaitement distinctes dans leur usage: l'une est une sorte de vrille qui, tout en traversant l'unguis, lui offre cependant un point d'appui; l'autre est une canule tranchante avec laquelle on coupe l'unguis, ainsi que les membranes adhérentes.

M. Reybard exécute son procédé en quatre temps: dans le premier il ouvre le sac comme dans la méthode de J.-L. Petit; dans le second, il introduit l'instrument dans le sac lacrymal; dans le troisième, il fait pénétrer la vrille dans la cavité nasale, et dans le quatrième, il coupe l'unguis aussi largement qu'il le désire.

L'ouverture pratiquée se cicatrise sans le secours d'aucun pansement; suivant l'auteur, elle ne serait pas susceptible de se rétrécir, encore moins de se fermer, ce qui équivaut, selon lui, à la guérison radicale de la fistule. (Voy. le journal de M. Malgaigne, année 1848.)

Procédé de M. Laugier. — Le chirurgien de l'hôpital de la Pitié conseille de faire pénétrer un trois-quarts dans le sinus maxillaire et de briser au besoin toute la paroi qui sépare le canal nasal du sinus, si la petite ouverture montre quelque tendance à se fermer.

L'idée de M. Laugier a été sévèrement jugée par Sanson, quand il a dit: « C'est une proposition qui n'a pas encore eu de suite; et malgré la réserve extrême que l'on doit apporter en de pareilles matières, il est permis de faire observer qu'elle ne présente pas de grandes probabilités de succès (1). »

Ce procédé a cependant donné quelques bons résultats à son auteur. M. Laugier a ainsi, en 1834, guéri entre autres une femme de soixante-douze ans, atteinte à l'œil gauche d'une fistule lacrymale; malheureusement il ne paraît pas que depuis ces vingt

(1) Sanson, *Dict. de médéc. et de chirurg. pratiq.*; t. VIII, p. 208.

dernières années ce procédé ait été mis en pratique par l'auteur.

Procédé de Wathen. — On en attribue la priorité à Dupuytren, et en vérité je le regrette pour ce grand chirurgien ; je ne le rappelle donc que pour mémoire. Il consiste à pratiquer, à l'aide d'un petit foret, dans le cas d'oblitération du canal nasal par une exostose, un canal nouveau à travers les os. L'ouverture est agrandie par un foret plus gros, puis maintenue ouverte au moyen d'une canule à demeure ou d'une tente. Peut-on croire au succès d'un pareil moyen ?

§ III. Occlusion des voies naturelles.

Historique. — Angelo Nannoni, chirurgien en chef de l'hôpital de Florence pendant toute la moitié du dernier siècle, est le créateur de la méthode qui a pour but l'oblitération du sac, et il a fallu, pour l'instituer, une grande hardiesse et une véritable hauteur de vues (1).

L'occlusion du sac a été vivement blâmée du temps même de Nannoni, comme elle l'est encore aujourd'hui par la plupart de ceux qui n'en ont pas vu les heureux effets. Parmi les chirurgiens qui montrèrent le plus d'antipathie pour cette méthode au commencement de ce siècle, nous trouvons au premier rang l'illustre Scarpa. « Ce chirurgien, dit-il (2) en parlant de Nannoni le père, détruisait le sac lacrymal avec les caustiques pour le transformer en un corps solide et calleux, et il agissait avec d'autant plus d'assurance, qu'il était persuadé qu'après cette transformation du sac le larmolement était impossible. Personne assurément ne sera de son avis. » Et plus loin, tout en reconnaissant que cette méthode comptait des succès, il ajoute : « Qu'on peut assurer, d'après les données anatomiques les plus certaines, que dans les cas heureux le caustique n'avait fait que détruire une portion de la surface interne du sac sans effacer sa cavité... ou que son action s'était étendue jusqu'à l'os unguis et la membrane interne du nez, et avait ouvert aux larmes une route artificielle, pour ainsi dire, à la honte de l'opérateur, dont tous les efforts tendaient à laisser au malade un larmolement perpétuel. » Évidemment le chirurgien

(1) *Dissertazioni chirurgiche, civè della fistola lagrimale, delle cateratte...*, etc. Paris, 1748.

(2) Scarpa, traduction française, vol. I, p. 39-40.

de Pavie a mis ici plus de passion que de justice, plus d'idées théoriques que de vues pratiques, et nous espérons que la suite de ce travail démontrera, non certes que l'obstruction des voies lacrymales est une opération sans inconvénients ; mais que dans l'état actuel de la science, si pauvre à l'endroit du traitement des tumeurs et des fistules lacrymales, c'est encore le moyen le plus rapide et le plus sûr de débarrasser les malades d'une affection des plus gênantes et de l'aspect souvent le plus repoussant.

Les anciens et les chirurgiens de toutes les époques ont guéri la fistule lacrymale en détruisant le sac ; mais ils obtenaient ce résultat sans le savoir et sans le chercher, ignorant le trajet des larmes : ils appliquaient à la fistule lacrymale le traitement de tout ulcère fistuleux, excisant le trajet, comme le faisait Archigène, qui pratiquait à l'os plusieurs trous, *cum tenui perforato terebello*, puis cautérisant, soit avec le fer rouge ou tous les escarrotiques possibles, soit même en coulant dans l'ulcère du plomb fondu.

Telle fut, depuis Celse et Galien, la pratique habituelle des opérateurs : transmise des Arabes aux chirurgiens du moyen âge, on la revoit encore au temps d'Ambroise Paré, et il est vraiment bien curieux de retrouver chez les auteurs les plus anciens, malgré leur ignorance du véritable cours des larmes, l'indication du précepte très important, fondé pour nous sur l'anatomie minutieuse des parties et sur des observations pratiques nombreuses, de détruire l'angle *supérieur* de l'ulcère par l'application énergique du cautère, sous peine, dit Aétius, d'après un certain Severus, « de laisser là un trou d'où suinterait un liquide clair qui perpétuerait la maladie. »

Quoi qu'il en soit, et sans nous occuper davantage de l'origine des divers procédés d'occlusion du sac, nous allons décrire ceux que nous mettons en pratique, en indiquant avec tout le soin possible leurs avantages et leurs inconvénients.

Nous pratiquons l'occlusion du sac par deux procédés différents. Dans l'un, que nous mettons très souvent en pratique, nous employons le cautère actuel. Dans l'autre, auquel nous recourons bien plus rarement maintenant, nous appliquons des caustiques comme le faisait ou à peu près Nannoni.

Nous complétons le résultat, dans quelques cas particuliers, par l'oblitération ou la destruction totale des conduits,