

2° L'*épicanthus*, anomalie congénitale qui consiste dans l'existence d'un pli cutané recouvrant l'angle interne des fentes palpébrales, est souvent compliqué d'un aplatissement des os propres du nez et de l'élargissement de l'espace qui sépare les grands angles des yeux. En même temps que l'*épicanthus*, on rencontre souvent la microphthalmie (parfois seulement apparente et causée par le rétrécissement de la fente palpébrale), la chute de la paupière supérieure, le strabisme convergent, et, plus tard, les affections des voies lacrymales.

L'opération de l'*épicanthus* a pour but de raccourcir la partie du tégument située entre les angles internes des yeux. Il n'est pas nécessaire de pratiquer cette opération dans les premières années de l'enfance, parce qu'il arrive que le raccourcissement se fait spontanément, et que le repli disparaît à mesure que le nez de l'enfant devient plus proéminent. Cependant, si ceci n'a pas lieu, que la difformité soit très prononcée, et qu'il en résulte une gêne véritable pour le malade, il faut pratiquer l'opération, qui consiste à exciser un lambeau ovalaire et vertical de la peau du dos du nez (rhinographie d'*Ammon*). Ce procédé doit être employé lorsque l'*épicanthus* existe des deux yeux; on l'exécute de la manière suivante :

Pour déterminer la grandeur du lambeau cutané à enlever, on saisit entre les doigts ou entre les branches d'une pince à entropion un pli de la peau assez grand pour faire disparaître l'*épicanthus*, et l'on circonscrit d'un trait à l'encre la base de ce pli. Cela fait, on peut placer immédiatement les aiguilles munies de fils de soie, qui seront nécessaires pour réunir les lèvres de la plaie après l'excision du lambeau cutané. Dans cette excision, faite au moyen d'un bistouri pointu, il faut disséquer soigneusement les angles de la plaie, pour que le rapprochement de ses bords se fasse sans difficulté.

Lorsque l'*épicanthus* n'existe que d'un côté, on excise le lambeau cutané latéralement et plus ou moins près de l'œil affecté.

MALADIES DES VOIES LACRYMALES

ARTICLE PREMIER.

ANOMALIES DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX.

Les anomalies que nous rencontrons ici sont surtout le déplacement, le rétrécissement et l'oblitération. Ces anomalies empêchent le fonctionnement de ces organes, et il en résulte comme premier symptôme le larmolement de l'œil, à un degré plus ou moins prononcé.

L'orifice du point lacrymal peut subir un déplacement dans un double sens. Nous pouvons le voir dirigé en haut ou même en avant, comme dans les cas d'éversion du bord palpébral, ou nous le trouvons refoulé à une distance plus ou moins grande du globe oculaire. Les causes d'éversion sont les mêmes que celles qui produisent l'ectropion; celles du refoulement sont le gonflement de la caroncule ou l'épaississement de la paupière et de la conjonctive palpébrale.

L'oblitération des points lacrymaux résulte de leur déviation, de l'action des brûlures, des ulcérations ou des lésions traumatiques qui frappent ces points ou leur voisinage immédiat. Elle peut survenir aussi à la suite de conjonctivites granulaires ou de blépharites.

Le rétrécissement ou l'oblitération des conduits lacrymaux, doivent être attribués à la propagation des maladies inflammatoires de la conjonctive, à des brûlures et à des déchirures du voisinage, enfin à des corps étrangers (cils, concrétions calcaires ou dacryolithes, champignons filiformes), qu'on retrouve dans ces conduits.

Traitement. — Lorsque les anomalies que nous venons de décrire deviennent la source d'un larmolement pénible pour le malade, il faut, comme M. *Bowman*¹ l'a enseigné le pre-

1. Voy. *Medico-chirurgical Transactions*, 1851, t. XXXIV, p. 337.

mier, fendre le point et le conduit lacrymal. En effet, le contact des larmes qui ne peuvent s'écouler par les voies ordinaires, entretient la maladie et empêche l'efficacité des autres moyens que nous pourrions employer.

L'opération par laquelle on fend les conduits est des plus simples; M. *Bowman* l'exécute avec une petite sonde cannelée et un bistouri étroit et pointu. Voici la manière dont il se sert de ces instruments : appliquant un doigt de la main gauche au-dessous de l'angle externe de l'œil, il tend la paupière inférieure en l'attirant vers la tempe; de cette façon, le bord palpébral prend une direction entièrement horizontale. Un autre doigt de la même main étant placé dans l'angle interne, au-dessous du conduit lacrymal, il renverse ce dernier légèrement en dehors. Alors la sonde cannelée introduite, à l'aide de la main droite, pénètre facilement dans le conduit et peut être poussée en avant jusqu'au niveau de la caroncule lacrymale. Ceci fait, la sonde est placée entre l'index et le pouce de la main gauche, qui la maintiennent dans une position horizontale, pour redresser et tendre le canal. On pousse alors la pointe du bistouri le long de la cannelure, et le conduit est fendu.

L'opération ainsi exécutée n'est cependant pas exempte de difficultés, surtout lorsqu'on a affaire à un malade craintif qui contracte l'orbiculaire, et que l'on est dépourvu d'aides. Il peut arriver alors qu'au moment où l'on passe la sonde d'une main à l'autre, un mouvement quelconque du malade chasse la sonde et tout est à recommencer. Pour cette raison, il était déjà bien avantageux de se servir du petit dacryotome (fig. 254), où l'on trouve réunis la sonde et le bistouri. On l'introduit dans le conduit inférieur en procédant de la même manière que pour la sonde dont j'ai

parlé plus haut; puis, en pressant sur l'extrémité (e) de l'in-



Fig. 254.

strument, on fait glisser en avant le petit couteau (b) qu'il renferme. Ce petit instrument, d'un maniement très commode, me sert encore aujourd'hui pour les malades qui sont effrayés par l'aspect de tout instrument tranchant.

On peut aussi employer pour cette petite opération une paire de ciseaux bien tranchants, dont les pointes sont arrondies à leur extrémité, pour qu'elles n'aillent pas s'enfoncer dans la muqueuse qu'elles déchireraient. Une des branches, un peu plus mince que l'autre, est introduite dans le canal en suivant la même direction que si l'on introduisait la sonde. Alors, pendant que la paupière est tendue à l'aide de la main gauche, on rapproche vivement les deux branches et l'on incise le canal d'un seul coup.

Généralement je me sers du petit couteau boutonné (couteau de *Weber*¹, fig. 255). On en fait glisser l'extrémité arrondie dans le canal, et l'on sectionne ce dernier, en relevant le manche du couteau. Pour obtenir un bon résultat dans cette manœuvre, il faut opérer une légère traction du conduit en bas,



Fig. 255.

c'est-à-dire dans le sens opposé à celui dans lequel agit le couteau.

Dans les cas d'éversion légère du point lacrymal, il n'est pas nécessaire de fendre le conduit dans toute sa longueur; une petite incision de 2 millimètres à peu près suffit souvent pour guérir le larmolement.

Si l'on éprouvait quelques difficultés à introduire la pointe mousse des ciseaux, du couteau ou de la sonde cannelée dans l'orifice du conduit, qui est parfois très rétréci, on dilaterait préalablement cet orifice au moyen d'un petit stylet conique que l'on pousserait dans le conduit jusqu'à une certaine distance, et que l'on ferait rouler plusieurs fois entre le pouce et l'index.

1. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1861, VIII, 4, p. 107.

Quel que soit, d'ailleurs, le procédé que l'on emploie pour sectionner le conduit lacrymal, il importe beaucoup de n'inciser la muqueuse que dans l'étendue où l'on coupe toute l'épaisseur du canal. Sans cela, on pourrait produire un rétrécissement traumatique qui obstruerait pour toujours le passage. Il faut aussi sectionner le canal de manière que la fente artificielle soit tournée, autant que possible, en dedans, c'est-à-dire vers le globe de l'œil, ce à quoi on réussit facilement en renversant, comme nous l'avons dit plus haut, le bord palpébral en dehors et en dirigeant le tranchant vers l'œil.

Si, malgré cette précaution, l'épaississement de la paupière et le gonflement de la muqueuse refoulaient tellement les parties, que, même après avoir été fendu, le canal restât renversé en dehors, et que les larmes qui ne pourraient arriver jusqu'à lui s'échappassent encore sur la joue, il faudrait suivre le conseil de M. *Critchett*¹. Ce chirurgien saisit, en pareil cas, une portion de la paroi postérieure du canal et la retranche d'un coup de ciseaux. Ceci permet d'atteindre le triple but, d'attirer le canal plus en dedans vers la caroncule, de faciliter aux larmes l'entrée dans le sac lacrymal et d'empêcher la réunion des parties.

Lorsque le point lacrymal est fermé et le canal rétréci, le traitement est plus compliqué. Il est alors quelquefois bien difficile de découvrir l'orifice, qu'il faut cependant rechercher soigneusement, même avec une loupe, et si on le retrouve, on peut généralement y pénétrer à l'aide d'une sonde fine. Si l'on n'y réussit pas, on doit, suivant M. *Juengken*, enlever d'un coup de ciseaux la portion de la conjonctive qui recouvre le conduit lacrymal et chercher dans la plaie l'ouverture, pour y pénétrer avec une sonde. D'après M. *Bowman*, on courrait moins de risques de voir se fermer l'orifice, en faisant cette incision obliquement. Après avoir pratiqué ainsi une nouvelle ouverture, il devient facile de fendre le conduit comme d'habitude.

Un simple rétrécissement du conduit lacrymal peut toujours être franchi, si l'on se sert d'un stylet conique assez fin. Son emploi exige, cependant, la plus grande précaution pour

1. Voy. *Leçons sur les maladies de l'appareil lacrymal* (Annales d'oculistique, t. LI, p. 79).

éviter la déchirure de la muqueuse dont la cicatrisation ne tarderait pas à rétrécir davantage le passage. On peut alors produire la dilatation successive, en employant des stylets de plus

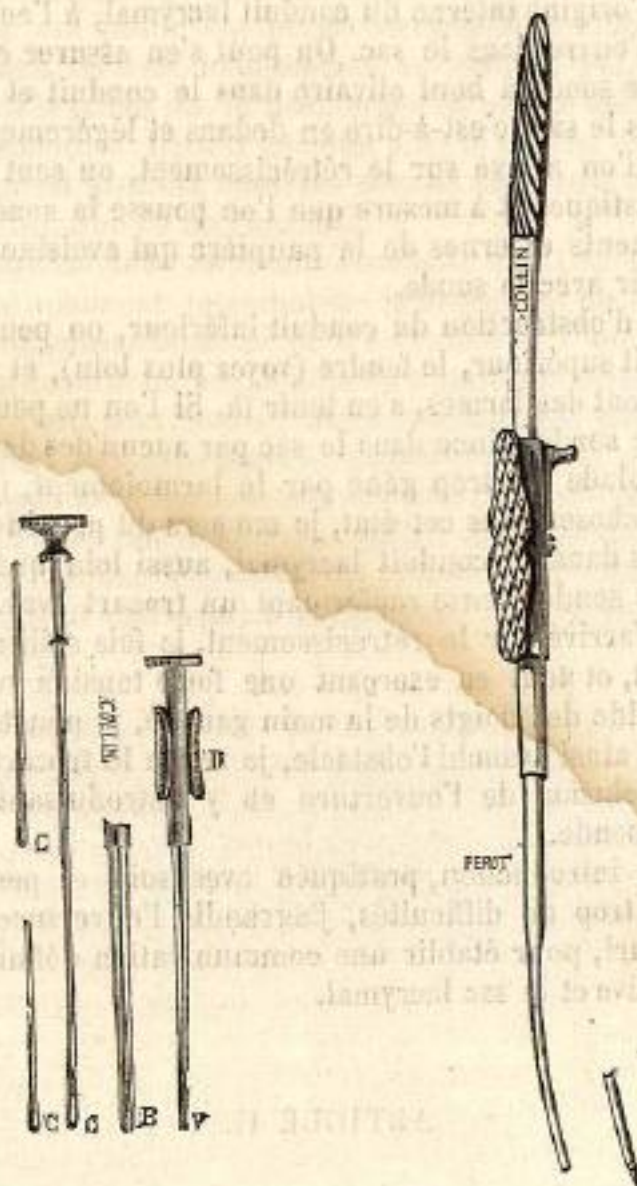


Fig. 256.

Fig. 257.

en plus gros ou un petit instrument à valves mobiles (dilatorium de *Bowman* ou de *Desmarres* (fig. 256), construit dans ce but.

Lorsque le conduit a été converti en une gouttière permanente, si les larmes coulent encore sur la joue, c'est une preuve qu'il existe une obstruction dans un point plus éloigné des voies lacrymales. Le siège de cette obstruction est parfois près de l'origine interne du conduit lacrymal, à l'endroit où ce dernier s'ouvre dans le sac. On peut s'en assurer en poussant une petite sonde à bout olivaire dans le conduit et en la dirigeant vers le sac, c'est-à-dire en dedans et légèrement en haut. Dès que l'on arrive sur le rétrécissement, on sent une résistance élastique, et à mesure que l'on pousse la sonde, on voit les téguments externes de la paupière qui avoisinent ce point se mouvoir avec la sonde.

En cas d'obstruction du conduit inférieur, on peut se servir du conduit supérieur, le fendre (voyez plus loin), et s'il suffit à l'écoulement des larmes, s'en tenir là. Si l'on ne peut faire pénétrer une sonde mince dans le sac par aucun des deux canaux, et si le malade est trop gêné par le larmolement, pour qu'on laisse les choses dans cet état, je me sers du procédé suivant : J'introduis dans le conduit lacrymal, aussi loin que possible, une petite sonde creuse renfermant un trocart (voy. fig. 257). Dès que j'arrive sur le rétrécissement, je fais saillir la pointe du trocart, et tout en exerçant une forte tension sur la paupière à l'aide des doigts de la main gauche, je pénètre dans le sac. Ayant ainsi franchi l'obstacle, je retire le trocart, et j'empêche l'occlusion de l'ouverture en y introduisant tous les jours une sonde.

Si cette introduction, pratiquée avec soin et persévérance rencontre trop de difficultés, j'agrandis l'ouverture à l'aide d'un bistouri, pour établir une communication définitive entre conjonctive et le sac lacrymal.

ARTICLE II.

CATARRHE DU SAC LACRYMAL ET DU CANAL NASAL.

DACRYOCYSTOBLENNORRÉE.

Cette affectio se développe, dans la majorité des cas, très lentement et d'une façon insidieuse. Les malades s'aper-

çoivent d'abord d'un larmolement plus ou moins prononcé, qui augmente lorsqu'ils s'exposent au froid ou à l'humidité, ou sous l'influence d'une cause irritante pour les yeux. Bientôt, la région du sac lacrymal gonfle périodiquement, et sous une légère pression on voit jaillir des points lacrymaux un liquide muqueux ou une sérosité ressemblant au blanc d'œuf. D'autres fois, ce liquide passe par le nez, lorsqu'on exerce une pression sur le sac lacrymal. Dans le premier cas, le contact du cul-de-sac conjonctival avec ces matières devient une cause fréquente de conjunctivites ou de blépharites.

La quantité de cette sécrétion anormale que l'on doit attribuer à un gonflement catarrhal de la muqueuse du sac lacrymal, est proportionnée au degré d'irritation et à son étendue.

Les produits sécrétés amènent petit à petit une distension du sac lacrymal, qui peut devenir assez considérable pour établir une tumeur très gênante pour le malade (*hernie du sac lacrymal*). Tant que la distension du sac n'est pas très notable, le catarrhe des voies lacrymales peut guérir spontanément. Cette distension survenue, la guérison spontanée peut encore s'établir à la suite d'une complication avec un phlegmon aigu (voy. plus loin).

Étiologie. — Le catarrhe du sac lacrymal résulte souvent d'une inflammation, soit de la muqueuse du nez, soit de la conjonctive palpébrale; d'autres fois il survient après des rétrécissements du canal nasal ou des conduits lacrymaux. Enfin, dans bien des cas où il paraît exister à l'état idiopathique, il peut être attribué à une étroitesse naturelle des voies lacrymales, qui coïncide tantôt avec un aplatissement prononcé du dos du nez, tantôt avec une forte saillie des os propres du nez.

Traitement. — La première indication de ce traitement est de combattre l'état catarrhal de la muqueuse du nez ou des paupières, lorsqu'il est la cause de la maladie.

Il suffit, dans beaucoup de cas, d'employer des injections d'eau dans les narines, ou de faire pratiquer pendant un certain temps, des douches nasales avec de l'eau salée ou de l'eau chlorurée, et de prescrire en même temps un *traitement général* apte à faire disparaître chez les malades une disposition générale au catarrhe des muqueuses.

Cependant, il ne faut pas oublier que le larmolement seul peut avoir provoqué l'irritation de la conjonctive et empêche sa guérison. De là résulte une autre indication non moins importante, celle de rétablir la perméabilité des voies lacrymales, et de prévenir la stagnation des liquides.

Dans ce but, il s'agit d'obtenir un accès dans le sac lacrymal qui permette d'abord l'expulsion facile des matières qu'il contient, et qui permette aussi l'introduction d'une sonde d'un volume modéré, pour examiner l'état du canal nasal et pour le dilater en cas de rétrécissement. M. *Bowman* a triomphé de cette difficulté par un procédé qu'il a exposé dans les *Ophthalmic hospital Reports* d'octobre 1857.¹

Ce procédé est le suivant : on commence par ouvrir le conduit lacrymal inférieur, comme nous l'avons décrit plus haut, page 744 ; la communication que l'on établit ainsi avec le sac lacrymal permet de le vider facilement par une pression exercée extérieurement, et d'empêcher ainsi l'accumulation des matières.

Pour examiner l'état du canal nasal, on choisit une des plus fines sondes de *Bowman*, dont la série comprend six numéros. Ces sondes faites d'argent malléable ont leur calibre gradué, de telle sorte que le numéro 1 présente les dimensions d'un crin très fort, tandis que le numéro 6 a un peu plus d'un millimètre de diamètre. Je me sers de préférence des sondes à bout olivaire, qui me paraissent pénétrer plus facilement, et qui sont peut-être moins sujettes à déchirer la muqueuse et à faire fausse route. On donne à la sonde dont on veut se servir la courbure jugée utile pour pénétrer à travers la continuité des voies lacrymales.

L'introduction de cette sonde par le conduit lacrymal inférieur se fait de la manière suivante : de la main gauche on tire le bord palpébral en dehors, puis on introduit la sonde dans le canal du conduit fendu dans lequel on la fait glisser doucement vers le sac, en dirigeant son extrémité en dedans et un peu en haut. On s'avance ainsi, sans secousses, jusqu'à ce que la sonde rencontre une partie ferme et résistante. La sonde a pénétré alors dans le sac, et il est temps d'en changer complètement la direction. Son extrémité restant dans le sac, on imprime à la

1. Voy. aussi *Annales d'oculistique*, t. XXXIX, p. 78.

sonde un mouvement circulaire, jusqu'à ce qu'elle se trouve en ligne droite avec la direction du canal nasal. En même temps, on ne quitte pas la paroi postérieure du sac le long de laquelle la sonde doit glisser dans le canal.

On cherche alors l'orifice supérieur de ce canal, et dans la plupart des cas, si l'on a bien suivi les règles que nous venons d'indiquer, on n'aura pas de difficulté à y pénétrer. Cependant, lorsque la muqueuse est fortement gonflée, la sonde s'égare parfois entre les plis qui entourent cet orifice. Il faut bien se garder d'employer la force pour y pénétrer. Toutes les fois que l'on sent un obstacle, il faut retirer un peu la sonde, la replacer dans la bonne voie et la pousser de nouveau doucement en avant, jusqu'à ce qu'on la sente glisser dans l'ouverture.

En agissant autrement, on s'exposerait à irriter la muqueuse ou même à la perforer et à faire fausse route. Si, malgré tous ces soins et malgré la patience nécessaire pour ces manœuvres délicates, on ne trouve pas l'ouverture du canal, il vaut mieux s'abstenir et renouveler la tentative le lendemain.

Lorsqu'une fois on a pénétré dans le canal, il ne reste plus qu'à pousser doucement l'instrument de haut en bas (voy. fig. 258), en augmentant progressivement la pression, si l'on éprouve quelque résistance, mais en évitant d'imprimer à la sonde la moindre secousse. Le plus souvent, on franchit sans difficulté l'obstacle, quand il réside uniquement dans un gonflement modéré de la muqueuse, ou même dans la présence d'un léger rétrécissement cicatriciel.

Lorsqu'on se sent arrêté par un rétrécissement, on fait bien de retirer la sonde de quelques millimètres et de la pousser de nouveau en avant, en essayant de passer à travers l'obstacle par une pression progressive et continue. La première sonde que l'on introduit est généralement d'épaisseur moyenne (numéro 2 ou 3 de *Bowman*); mais quand le rétrécissement est considérable, on est obligé d'avoir recours au numéro 1.

Lorsqu'on veut pratiquer le cathétérisme du canal nasal d'après la méthode de *Weber*¹, en introduisant la sonde par le conduit lacrymal supérieur, on se sert, pour fendre ce dernier, du couteau de *Weber* (voy. fig. 255, p. 741). On introduit la pointe arrondie dans le point lacrymal supérieur, pendant que

1. Voy. *Archiv fuer Ophthalmologie*, 1861, VIII, 1, p. 94.

de la main gauche on tire l'angle interne en haut et que l'on tourne le bord palpébral légèrement en dehors. On pousse alors le petit couteau en bas jusque dans le sac, et l'on sectionne le conduit, en abaissant le manche.

Si l'on veut en même temps pratiquer la section du ligament

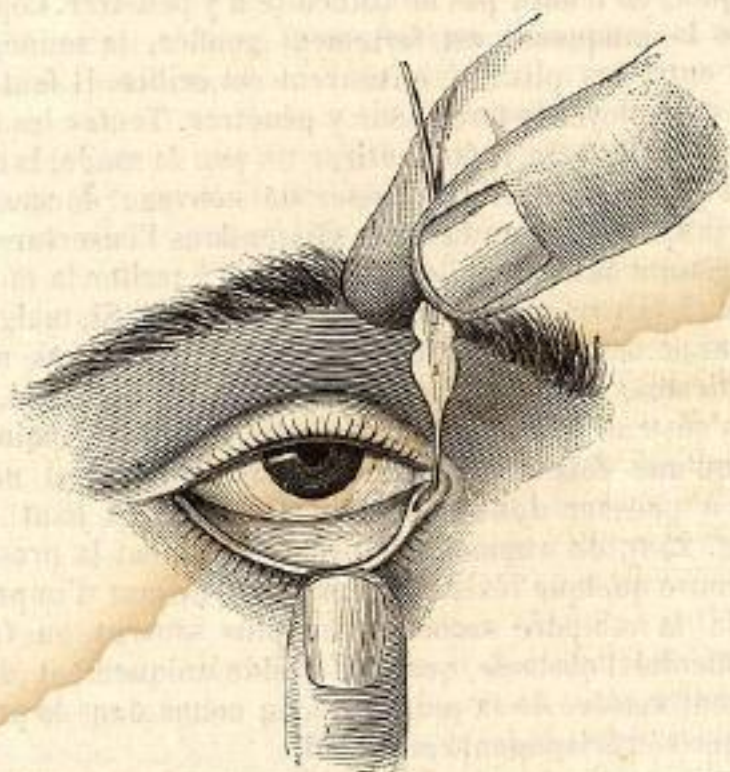


Fig. 258. — Cathétérisme du canal nasal. (Méthode de Bowman.)

palpébral interne, section qui facilite beaucoup l'introduction des sondes, on fait glisser la pointe mousse du couteau de Weber le long de la paroi postérieure du sac, en arrière du ligament, on tourne le tranchant en avant, et, le pressant fortement contre le ligament, on sectionne ce dernier en faisant basculer le manche de l'instrument d'arrière en avant.

M. Weber se sert aussi pour le cathétérisme de sondes particulières : ce sont des bougies élastiques dont la plus fine correspond au numéro 5 de Bowman. S'il ne réussit pas du premier coup à introduire celle-ci, il emploie préalablement pour

forcer le rétrécissement, une sonde conique plus mince, munie d'une extrémité arrondie (fig. 259).

En cas de larmolement simple, il est souvent utile de se



Fig. 259. — Sonde de Weber.

rendre compte d'abord si les voies lacrymales sont perméables ou non. On peut y arriver par deux moyens; le premier consiste à injecter avec précaution par le point lacrymal inférieur un peu d'eau qui s'écoule par la narine correspondante lorsque le malade penche la tête un peu en avant. Je me sers pour cela d'une petite seringue dont l'extrémité recourbée pénètre facilement jusque dans le sac lacrymal. Le second moyen consiste dans le cathétérisme sans section préalable du conduit lacrymal, après avoir dilaté celui-ci à l'aide d'un petit stylet conique. Ce sondage explorateur se fait sans difficulté aussi bien par l'un et l'autre des conduits. *Otto Becker* a démontré que l'on peut dans ces cas continuer au besoin le traitement par le cathétérisme à travers le conduit lacrymal supérieur intact, et même en employant des sondes assez fortes dont l'extrémité est conique.

Quelle que soit la sonde dont on s'est servi pour le cathétérisme, il est bon de faire suivre son emploi d'injections d'eau fraîche dans le sac et dans le canal nasal. Pour être bien sûr que l'injection remplisse le but proposé, on fait bien d'employer des sondes creuses auxquelles on adapte une poire de caoutchouc remplie d'eau ou une seringue. La sonde introduite dans le canal, on applique la petite poire, et l'on fait passer le courant d'eau à travers la sonde que l'on retire progressivement du canal et du sac lacrymal. On peut employer aussi des injections d'eau tiède pour nettoyer le canal nasal et pour diminuer l'engorgement de la muqueuse. Mais on peut injecter aussi de la même manière des liquides astringents comme la solution de sulfate de zinc ou de cuivre. Pendant l'injection il faut engager le malade à incliner la tête en avant pour que le liquide, arrivé dans la cavité du nez, s'écoule par les narines.

Le cathétérisme du canal nasal doit être continué jusqu'au rétablissement de sa perméabilité. Lorsque l'inflammation est arrêtée, lorsque les larmes reprennent leur cours régulier et que le malade se trouve notablement soulagé, on fera bien de ne pas cesser le traitement tout d'un coup, mais d'espacer de plus en plus l'introduction des sondes, et de combattre ainsi la tendance à la récurrence qui survient fréquemment. Habituellement, je n'emploie pas de sondes plus fortes que les numéros 4 ou 5 de Bowman.

Chez les malades qui ne peuvent se présenter assez souvent à la consultation, ou chez ceux chez lesquels une application de quelques minutes ne paraît pas suffisante, j'ai pris pour habitude de laisser les sondes pendant un ou plusieurs jours en place. Je me sers alors de petites sondes à bouts olivaires et dont l'autre extrémité très mince est courbée à angle droit et repose dans le conduit lacrymal inférieur. Si cet attouchement irrite la conjonctive, je donne à l'extrémité la forme d'un angle aigu qui s'appuie sur la peau de la commissure interne. MM. *Bowman*, *Critchett* et *Schweigger* ont employé des sondes pareilles, et n'ont eu qu'à se louer de cette dilatation permanente du canal nasal. Cependant, si le résultat se fait trop attendre, j'essaye pendant quelques jours l'introduction des sondes les plus fortes de Bowman et de Weber, et je continue leur usage selon l'effet produit.

Quelquefois la continuation du larmolement est due au volume exagéré de la caroncule lacrymale qu'il faut alors réduire à son volume normal par une ablation partielle (*A. de Graefe*). D'autres fois, je combats l'état de la muqueuse par des injections astringentes dans le canal, et par une injection d'une solution de nitrate d'argent dans le sac lacrymal.

Dans un certain nombre de cas on obtient, il est vrai, l'introduction et le passage facile des sondes dans le canal, mais ni les larmes, ni le liquide injecté au moyen de la sonde creuse ne passent par la narine. Il faut penser alors à l'obstruction de l'ouverture inférieure du canal nasal. Pour le déboucher, on introduit une sonde creuse aussi bas que possible dans le canal, puis on fait glisser le long de cette sonde un petit couteau très étroit et pointu avec lequel on perce l'obstacle. Cela fait, les injections passent régulièrement et doivent être continuées pendant quelques jours.

Il faut prêter aussi une attention toute particulière à l'altération qu'a subie le sac sous le rapport de ses dimensions. Lorsque, par exemple, le sac a été très dilaté et que ses parois sont fortement amincies ou distendues par le séjour prolongé des matières qui s'y sont accumulées, il arrive souvent, après que l'on a triomphé du rétrécissement du canal, que le sac, dont les parois sont relâchées et dilatées, ne reprend pas ses dimensions normales. Cette dilatation du sac peut devenir un obstacle sérieux à la guérison du malade.

Dans ces cas, il faut recommander au malade de vider fréquemment le sac avec le doigt, et de le comprimer aussi souvent et aussi longtemps que possible, afin de ne plus permettre qu'il se remplisse de nouveau. Pour combattre cette réplétion pendant la nuit, on peut avoir recours à une compression à l'aide de quelques compresses superposées que l'on fixe d'une manière convenable, au moyen de bandelettes agglutinatives ou d'un bandeau compressif.

Je ne me suis jamais servi ni du moyen conseillé par M. *Bowman*, et qui consiste à enlever par la dissection une portion de la paroi antérieure du sac, ni de celui de M. *Critchett* qui ouvre largement le sac, et applique dans son intérieur de la potasse à la chaux, de façon à en détruire une portion considérable, sans endommager la peau.

M. *Weber*, dans le but d'empêcher pendant quelque temps l'entrée des larmes dans le sac, produit une éversion temporaire du conduit lacrymal inférieur, à l'aide d'une ligature dans laquelle il comprend le point lacrymal et un petit repli de la peau externe. La faradisation du muscle orbiculaire paraît activer aussi le retour du sac à ses anciennes dimensions.

Dans la grande majorité des cas, la combinaison de ces différents moyens combat efficacement l'affection contre laquelle ils sont dirigés. Il faut avouer cependant que nous rencontrons des cas où, malgré un retour apparent des voies lacrymales à leur état normal, un certain degré de larmolement persiste encore. Il faut, en outre, remarquer que, dans un certain nombre de cas, le cathétérisme du canal nasal doit être continué pendant longtemps, et qu'un traitement de plusieurs semaines, de plusieurs mois même, n'est pas possible dans toutes les circonstances, et n'est pas toujours suivi par les malades. Nous ne

devons donc pas passer sous silence un autre procédé opératoire dont on retire quelquefois les meilleurs résultats.

Ce nouveau procédé, dont l'auteur est M. *Stilling*, de Cassel, consiste dans l'incision interne des rétrécissements du canal nasal, et s'exécute de la manière suivante : Le malade étant assis sur une chaise en face du jour, la tête soutenue contre la poitrine d'un aide, on incise tout d'abord le conduit lacrymal, et l'on introduit dans le canal une sonde exploratrice pour préciser le siège du rétrécissement.

Après avoir retiré la sonde, on introduit le petit couteau de *Stilling* (fig. 260), avec son tranchant [en avant, et l'on glisse

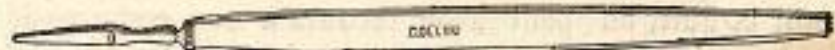


Fig. 260. — Couteau de *Stilling*.

l'instrument jusqu'au rétrécissement. Si l'on sent distinctement celui-ci, on enfonce l'instrument jusqu'au manche; puis on le retire un peu, et l'on pratique des incisions dans trois directions différentes, jusqu'à ce que l'instrument, qui d'abord était emprisonné, puisse être tourné sur lui-même dans tous les sens. On retire le couteau, et l'opération est terminée. D'après l'auteur de la méthode, on doit se garder de faire suivre cette opération d'une introduction de sonde.

M. *Sichel* et d'autres chirurgiens préfèrent employer immédiatement après la section des rétrécissements, le cathétérisme du canal nasal à l'aide des sondes de *Weber*.

Je me sers fréquemment du procédé de *Stilling*, dans tous les cas de rétrécissement isolés difficiles à dilater, où il m'a toujours donné d'excellents résultats. Je ne l'emploie jamais lorsque la perméabilité du canal est gênée à la suite d'un gonflement général de la muqueuse que l'on guérit plus facilement et avec moins de danger pour l'avenir à l'aide d'injections astringentes. Pour inciser un rétrécissement isolé, j'introduis une sonde creuse et je fais glisser le long de sa rainure un petit couteau étroit convexe et sans pointe (*Sichel*). Après avoir retiré la sonde, je pratique les incisions, je fais passer immédiatement après une sonde forte et je termine l'opération par des injections d'eau froide.

La cause du larmolement doit être recherchée aussi, en l'absence de tout rétrécissement du canal lacrymal, dans une position vicieuse des bords palpébraux accompagnée d'une occlusion insuffisante des paupières avec action déficiente du muscle orbiculaire. Cette étiologie a été surtout démontrée par *Ad. Weber*¹ qui a inventé en même temps des procédés très ingénieux pour y remédier.

Dans certains cas on constate un rétrécissement de la fente palpébrale par raccourcissement cicatriciel du bord libre des paupières (à la suite de blépharites). La paupière inférieure est alors tendue entre les ligaments palpébraux externe et interne et n'exécute plus pendant l'occlusion palpébrale le déplacement en dedans qui a pour effet de comprimer le sac lacrymal. La peau paraît alors plissée à l'angle interne comme dans les cas d'épicanthus. Lorsque le malade essaye de fermer son œil, les points lacrymaux font saillie en avant. — Pour y remédier, on pratique la section du ligament palpébral externe de la façon suivante : on excise un ovale vertical allongé, comprenant la peau et la couche musculaire, dans une zone intermédiaire à la commissure palpébrale externe et à l'insertion du ligament palpébral externe sur le bord orbitaire. Après avoir dégagé les bords de la plaie en haut et en bas, on prend le ligament palpébral externe sur un crochet aigu et on le détache à coups de ciseaux. Cela fait, si l'occlusion palpébrale est encore imparfaite on incise des deux côtés du ligament palpébral externe, l'aponévrose tarso-orbitaire dans une direction parallèle au bord palpébral. Enfin, on réunit la plaie dans la *direction horizontale* par deux ou trois sutures. S'il y a en même temps une tendance à l'ectropion, on pratique l'excision seulement dans la peau et on la décolle, particulièrement à la paupière inférieure jusque contre le bord palpébral, pour lui rendre sa mobilité.

Dans une autre série de cas, les paupières sont relâchées; elles semblent avoir de trop grandes dimensions et forment des plis cutanés nombreux. L'œil larmoie continuellement. — Si le relâchement porte uniquement sur le bord palpébral, on excise tout contre la commissure externe une demi-lune dont la concavité regarde en dedans et qui comprend la peau,

1. *Annales d'oculistique*, 1875, t. XXIV, p. 249.

l'aponévrose et le tendon. La largeur et le contour de la demi-lune seront plus ou moins prononcés, selon le degré de tension de la paupière qu'il s'agit de produire. On réunit les bords de la plaie dans la direction primitive par des points de suture qui comprennent la peau et le muscle. — Veut-on exercer une tension sur toute la largeur de la paupière, on excise de la même façon et au même endroit un lambeau en forme de V ouvert en dehors.

Dans une troisième catégorie de cas les paupières sont tellement relâchées que la commissure palpébrale externe s'est abaissée, la paupière inférieure recouvre un segment cornéen et la paupière inférieure laisse à découvert une plus grande partie de la sclérotique au-dessous de la cornée, particulièrement vers l'angle externe. — Pour y remédier, on excise tout contre la commissure externe un rectangle comprenant la peau, le muscle et l'aponévrose. Le ligament doit rester absolument intact, et la situation du rectangle doit être telle que son côté inférieur corresponde au bord inférieur du ligament palpébral. Selon l'effet à produire, on fera plus ou moins longue la diagonale du rectangle qui part de la commissure et se dirige en haut et en dehors. La réunion des bords de la plaie se fera de telle sorte que l'angle du rectangle situé contre la commissure vienne se placer à l'angle diamétralement opposé.

Ces opérations de *Weber* indiquent seulement les principes généraux que le praticien doit modifier et combiner, selon les conditions de chaque cas particulier.

ARTICLE III.

PHLEGMON DU SAC LACRYMAL. DACRYOCYSTITE AIGUE.

La maladie se manifeste par une rougeur de la peau voisine du grand angle de l'œil, et par une tuméfaction localisée à la région du sac lacrymal. La rougeur et le gonflement se propagent le long des paupières, et la conjonctive bulbaire même devient le siège d'hyperhémie et de chémosis. Cet état s'accompagne de douleurs intenses au niveau du grand angle de l'œil.

A ce moment, il est facile de confondre le phlegmon du sac

lacrymal avec un abcès diffus du tissu cellulaire qui l'entoure (*anichilops*). Ce qui facilite le diagnostic de la dacryocystite, c'est que le malade indique généralement l'existence antérieure d'un larmolement ou d'un catarrhe du sac.

D'ailleurs, au bout de peu de temps, on voit apparaître, au milieu de la tuméfaction générale de toute la région, une tumeur nettement circonscrite, de la forme et à l'endroit du sac lacrymal. Le gonflement s'y accroît en même temps que la douleur pulsatile augmente; la peau prend une teinte rouge plus foncée, se ramollit, devient fluctuante, s'ouvre, et donne issue aux matières purulentes renfermées dans le sac lacrymal. L'évacuation de l'abcès procure un grand soulagement; et, dans les cas heureux, l'inflammation cesse, l'ouverture du sac se rétracte et se ferme, et les larmes reprennent leur cours normal.

D'autres fois, le pus passe au delà de la paroi du sac, et se fraye un chemin vers un point assez éloigné du foyer morbide; il en résulte un trajet fistuleux qui laisse écouler les produits morbides et, plus tard, les larmes (*fistules du sac lacrymal*). Cet état et la persistance du catarrhe de la muqueuse prédisposent à des récurrences du phlegmon qui sont, en effet, fréquentes.

Étiologie. — Souvent le phlegmon du sac lacrymal survient à la suite d'un catarrhe des voies lacrymales ayant produit un rétrécissement du canal nasal. L'inflammation du périoste et la carie des os du nez, chez les individus scrofuleux ou syphilitiques, produisent également la dacryocystite aiguë. Cette affection apparaît aussi à l'état idiopathique, parfois accompagnée d'éréthisme des paupières et de la face, à la suite de refroidissement.

Traitement. — Tout au début de l'affection, on applique des fomentations chaudes sur la partie malade; on prescrit le repos, et l'on agit sur les intestins par un laxatif. Dès qu'on perçoit la fluctuation du sac, il est indispensable de le débarrasser d'une manière ou de l'autre de son contenu purulent. Autrefois, on pratiquait, dans ce but, une incision à travers les téguments externes; on vidait le sac et l'on profitait de l'ouverture ainsi faite pour appliquer sur la muqueuse du sac les médicaments nécessaires. Actuellement, nous ménageons,

autant que possible, les téguments externes du sac, et nous réussissons à le débarrasser de son contenu morbide en ouvrant un des conduits lacrymaux, et en sectionnant le ligament interne, ce qui permet au pus de s'échapper librement par l'ouverture conjonctivale. L'application de compresses chaudes favorise l'écoulement du pus, et, au besoin, on emploie ultérieurement des injections dans le sac, et le cathétérisme du canal (voy. l'article précédent).

M. Snellen (d'après une communication écrite) institue le traitement suivant : Lorsqu'en cas de phlegmon du sac lacrymal le pus menace de perforation ou a déjà perforé, il pratique à travers la peau et la paroi antérieure du sac une incision étendue, introduit dans le sac un morceau aussi grand que possible d'éponge préparée et le laisse 12 à 24 heures en place. La plaie est alors suffisamment agrandie, et après avoir enlevé l'éponge il badigeonne toute la muqueuse du sac avec une solution de nitrate d'argent. La guérison se fait alors rapidement, et on commence, au besoin, le cathétérisme du canal nasal de la façon habituelle.

En cas de fistules du sac lacrymal, il faut avant tout rétablir, par le cathétérisme pratiqué à travers les conduits lacrymaux, l'écoulement des larmes par les voies normales. Ceci seul suffit, dans un certain nombre de cas, pour amener l'occlusion de la fistule. Si, cependant, cette dernière restait ouverte malgré le rétablissement de l'état normal dans l'excrétion des larmes, il faudrait avoir recours à un des procédés opératoires qui tendent à fermer le trajet fistuleux et son orifice externe.

Ces procédés consistent dans l'incision du trajet fistuleux, dans l'excision de la membrane qui le tapisse à l'intérieur, et dans la réunion des bords de la plaie par une ou deux sutures. J'ai tiré, dans ces cas, un grand avantage de l'emploi de la méthode galvanocaustique, en introduisant dans le trajet fistuleux un fil de platine recourbé sur lui-même qu'on ne fait chauffer que lorsqu'il est bien mis en place et que les téguments externes sont soigneusement préservés du contact des fils. J'ai été obligé, quelquefois, d'appliquer cette méthode à plusieurs reprises; mais même dans ces conditions, je la préfère à toute autre, parce que les malades n'éprouvent pas la moindre douleur, et peuvent retourner immédiatement, après cette petite opération, à leurs occupations ordinaires.

La destruction du sac lacrymal est réservée pour les cas les plus graves dans lesquels l'intégrité des parties est tellement compromise, que l'on ne peut plus espérer de rétablir, même incomplètement, la liberté du canal nasal. Ce sont les cas où l'os et le périoste sont attaqués, où le sac a été le siège d'inflammations répétées, où il existe une suppuration continue des trajets fistuleux, où la peau est décolorée et altérée, et où enfin on ne découvre plus de traces du canal nasal.

Les procédés pour la destruction du sac sont multiples; mais, en somme, pour être rationnels, ils doivent tous aboutir aux mêmes points, à savoir : 1° à oblitérer les conduits lacrymaux, pour empêcher les larmes d'arriver jusque dans le sac; 2° à détruire la muqueuse du sac, pour amener son oblitération.

Pour détruire les conduits, je me sers de deux moyens dont j'avais vu réussir souvent le premier entre les mains de M. de Graefe. J'introduis dans les conduits, jusque dans le sac, de petites sondes très minces ou des cordes à boyaux très fines, enduites d'une couche de nitrate d'argent. Je renouvelle l'application de ces sondes de temps en temps; on laisse les cordes à demeure, en les changeant tous les jours jusqu'à l'établissement de la suppuration qui précède l'occlusion des conduits.

Dans ces derniers temps, je me suis servi, dans le même but, de la méthode galvanocaustique avec un excellent résultat. Le fil de platine, recourbé sur lui-même, est introduit dans les conduits et chauffé à blanc; on presse alors le fil contre la paroi interne du conduit jusqu'à ce qu'elle soit détruite. L'occlusion se fait ainsi rapidement, et, au besoin, cette manœuvre peut être répétée.

Pour déterminer dans la muqueuse du sac lacrymal une inflammation suppurative étendue qui amène l'oblitération du sac, on peut se servir du cautère actuel sous forme du fer chauffé à blanc ou du fil de platine des appareils galvanocaustiques, ou des caustiques solides, tels que la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin, ou le nitrate d'argent.

D'une manière ou d'une autre, il faut ouvrir d'abord largement la paroi antérieure du sac lacrymal, de façon que, les bords de l'ouverture écartés, on puisse porter la cautérisation sur tous les points de la muqueuse.

La cautérisation avec le fer rouge, d'après le procédé Des-

marres, se fait à l'aide d'un petit fer rougi à blanc dont la forme est celle d'un stylet coudé qui porte à quelque distance de son extrémité libre un renflement sphérique destiné à conserver la chaleur. Pendant qu'on l'applique soigneusement sur l'embouchure des conduits, sur la coupole du sac et sur l'entrée du canal nasal, on protège l'œil par une compresse imbibée d'eau fraîche, et l'on éloigne les lèvres de l'ouverture extérieure au moyen d'épingles ou de petits râtaux d'acier à pointes mousses. Cette méthode, qui n'est pas sans effrayer le malade, détermine facilement une lésion du périoste ou des os. Elle donne, en outre, naissance à une cicatrice enfoncée, qui imprime au grand angle de l'œil une déviation disgracieuse.

L'emploi du fer rouge a été presque complètement abandonné pour celui de la méthode galvanocaustique. On se sert d'un fil de platine recourbé sur lui-même, et enveloppé d'un manche de bois. Ce fil porte à son extrémité libre une petite boule que l'on introduit dans le sac. Les deux rhéophores communiquent à l'autre extrémité du manchon de bois, et l'on peut interrompre à volonté le courant électrique au moyen d'un ressort métallique établi au milieu du manche, et muni d'un bouton mobile.

De toutes manières, il faut opérer avec soin sur les orifices internes des conduits lacrymaux, et promener légèrement le cautère sur le reste de la muqueuse. Cette cautérisation n'excite presque aucune douleur, et ne donne pas lieu à une réaction excessive que l'on pourrait toujours prévenir d'ailleurs, en appliquant des compresses froides et un bandage compressif.

Lorsqu'on veut se servir, pour la destruction du sac, des caustiques solides, on peut employer avec avantage le porte-caustique de *Delgado* (fig. 261)¹. Les valves mobiles de cet instrument fournissent un écartement considérable des lèvres de l'ouverture, et permettent de porter directement le caustique sur l'embouchure des conduits. Au bout de 48 heures il faut enlever l'escarre épaisse qui recouvre la muqueuse, et appliquer un bandage assez serré pour rapprocher les surfaces du sac.

L'insuccès de la cautérisation dépend quelquefois de l'altération de la muqueuse épaissie sur laquelle le caustique agit

1. Voy. *Annales d'oculistique*, t. LV, p. 236.

difficilement. Il peut devenir nécessaire alors de faire précéder la cautérisation de l'excision de la membrane qui tapisse le sac.

M. *Berlin*, de Stuttgart, a publié un certain nombre de cas dans lesquels il avait obtenu l'oblitération du sac par l'excision

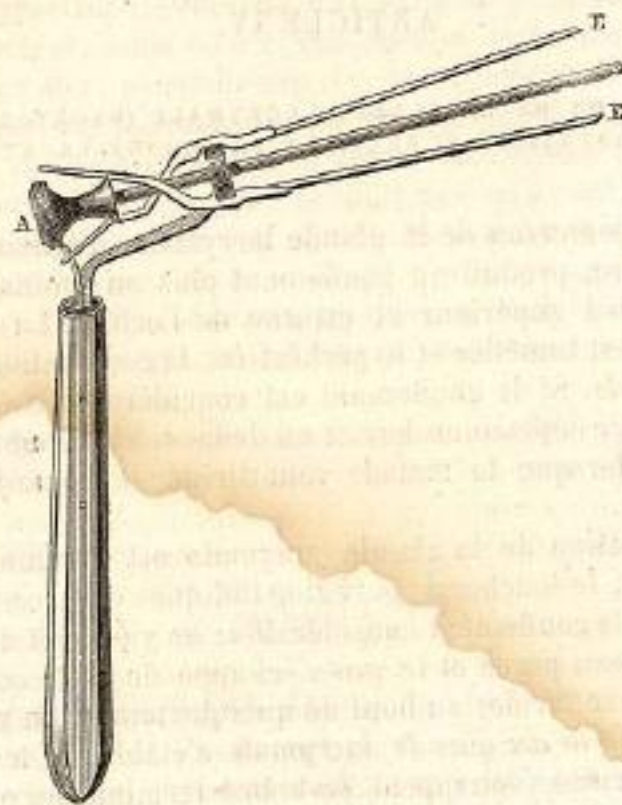


Fig. 261.

de la muqueuse seule, qu'il a enlevée tantôt dans sa totalité, tantôt par petits lambeaux et en plusieurs séances¹.

Quant aux méthodes instituées pour établir artificiellement un canal de communication entre le sac lacrymal et les fosses nasales, par la perforation de l'os unguis, méthodes qui ont été reprises par MM. *Feltz et Giraud-Teulon*, leur efficacité n'a jamais été démontrée, et il ne paraît pas utile d'insister lon-

1. Voy. *Compte rendu des séances de la Société ophthalmologique de Heidelberg* (session de 1868), dans les *Annales d'oculistique* de janvier-février 1869, p. 63.

guement sur ces essais qui, d'après nos connaissances actuelles de l'anatomie histologique et pathologique des os, ne promettent pas de résultats satisfaisants.

ARTICLE IV.

INFLAMMATION DE LA GLANDE LACRYMALE (DACRYOADÉNITE).
HYPERTROPHIE ET TUMEURS DE LA GLANDE LACRYMALE.

1° L'inflammation de la glande lacrymale, d'ailleurs excessivement rare, produit un gonflement plus ou moins considérable au bord supérieur et externe de l'orbite. La paupière supérieure est tuméfiée et hyperhémisée, la conjonctive injectée avec chémosis. Si le gonflement est considérable, le globe de l'œil peut être déplacé en bas et en dedans, et ses mouvements sont gênés lorsque le malade veut diriger le regard en haut et en dehors.

L'inflammation de la glande lacrymale est rarement aiguë. Dans ces cas, le toucher de la région indiquée est excessivement douloureux, le gonflement considérable; on y perçoit de la fluctuation; la peau perce et le pus s'échappe de cette ouverture. Celle-ci peut se fermer au bout de quelque temps, ou persister, et une fistule de la glande lacrymale s'établit, à travers laquelle des larmes s'échappent. La même terminaison peut aussi survenir dans l'inflammation chronique de la glande lacrymale.

La dacryocystite aiguë que l'on a vue plusieurs fois survenir des deux côtés en même temps, est due surtout à des traumatismes ou à des refroidissements. A l'état chronique, elle a été observée sur des sujets qui avaient longtemps souffert de conjonctivites et de kératites accompagnées d'un larmolement considérable.

Le traitement de l'inflammation aiguë réclame une antiphlogose énergique sous formes de sangsues, puis des cataplasmes chauds; lorsque la suppuration menace, il faut pratiquer une large incision de l'abcès. Dans l'inflammation chronique, on emploie des pommades iodurées et mercurielles.

2° L'hypertrophie de la glande lacrymale produit, avec un

développement très lent et sans la moindre douleur, une tumeur circonscrite, lobulée, quelquefois assez dure, qui atteint des dimensions considérables. Elle devient alors une cause de gêne pour les mouvements du globe de l'œil et de la paupière supérieure.

Cette hypertrophie survient à la suite de poussées inflammatoires répétées; mais on l'a vue surtout chez des enfants et même chez des nouveau-nés. On peut tenter un traitement résolutif par des frictions avec des pommades iodurées et mercurielles; mais l'excision de la tumeur deviendra toujours nécessaire lorsque son volume produit une gêne notable pour le malade.

3° On a observé, dans la glande lacrymale, des tumeurs fibreuses et des sarcomes, des kystes hydatiques, et, très rarement, des cancers.

Le *dacryops* a été décrit parmi les tumeurs des paupières (p. 676).

ARTICLE V.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LA GLANDE LACRYMALE.

L'opération de la fistule de la glande lacrymale ne présente pas d'autres difficultés que celle d'obtenir d'une manière définitive l'oblitération du trajet fistuleux. On s'est servi, dans ce but, de sondes munies de nitrate d'argent fondu et d'aiguilles chauffées à blanc, introduites dans la fistule.

On a tenté également la méthode galvanocaustique, des injections corrosives dans le trajet, et la réunion de l'ouverture fistuleuse par des sutures, après l'avivement ou l'excision des bords. M. Bowman¹ a obtenu un succès complet, en établissant une ouverture artificielle à la surface conjonctivale de la paupière supérieure.

Il procéda de la façon suivante: un fil de soie simple fut armé d'une aiguille à chacune de ses extrémités; l'une de ces

1. Voy. *London Ophthalmic hospital Reports*, I, p. 288.

aiguilles fut introduite par l'orifice fistuleux de la face externe de la paupière et dirigée un peu en haut, puis on lui fit traverser la paupière et la conjonctive, de manière à la faire ressortir, en entraînant une extrémité du fil, à la face interne de la paupière. La même manœuvre fut exécutée avec l'autre aiguille en traversant la conjonctive, à la distance d'un demi-centimètre à peu près de la première, et un peu plus près du bord adhérent de la paupière. Les extrémités du fil furent ramenées en dehors sur la commissure externe, et fixées à la tempe.

Dix jours après, introduction d'un fil plus gros qui amena un peu plus d'irritation que le premier. Enfin, on ferma l'ouverture extérieure de la fistule, en excisant la petite portion de peau qu'elle traversait, et l'on rapprocha la plaie au moyen de deux serres-fines. Quatre jours après, le fil fut retiré et la plaie était cicatrisée.

L'extirpation de la glande lacrymale est nécessitée par le développement des tumeurs dans la glande elle-même ou dans son voisinage, et par l'hypertrophie et l'induration de cette glande. Elle a été conseillée et pratiquée pour obvier à un larmolement rebelle à tout autre traitement (Z. Laurence)¹.

Lorsqu'il existe une hypertrophie ou une tumeur, l'opération commence par une incision de la peau pratiquée au-dessus de la tumeur, parallèlement au bord de l'orbite, et assez longue pour mettre à nu la partie antérieure de la tumeur que forme la glande altérée. On peut aussi, avant l'incision, attirer la paupière fortement en bas, et porter le couteau dans la peau du sourcil soigneusement rasé. Si la grandeur de la tumeur l'exige, on peut fendre, d'après le conseil de Velpeau, la commissure externe jusque vers la tempe, en mettant ainsi à découvert les deux tiers externes de la circonférence orbitaire.

La glande, ainsi mise à nu, doit être saisie avec un crochet ou une pince à griffe, attirée en avant et séparée de ses adhérences avec le bistouri ou des ciseaux. En cas d'induration de la glande, il est préférable de la dégager à l'aide des doigts et du manche du scalpel. Après avoir enlevé la tumeur, il faut soigneusement explorer avec le doigt la cavité où elle

1. Voy. *Compte rendu du congrès ophthalmologique de Paris de 1867*, p. 35.

était contenue, afin de s'assurer s'il ne reste aucune induration. Lorsque le sang a cessé de couler, on nettoie la plaie de tous les caillots, et l'on en rapproche les bords par des sutures. Un bandeau compressif ramène le globe à sa position normale, et rapproche les parois de la cavité qui contenait la tumeur.

Le procédé de Laurence, pour l'extirpation de la glande lacrymale saine, est le suivant : Après avoir complètement anesthésié le malade, on divise la peau avec un scalpel étroit et long, immédiatement au-dessous du bord orbitaire, dans son tiers externe. On incise ensuite le fascia, et l'on pénètre dans l'orbite à l'endroit de la glande lacrymale. Cette dernière peut être sentie facilement, sous forme d'un corps lisse arrondi et consistant, lorsqu'on glisse le petit doigt le long du plancher de l'orbite.

Si l'on éprouve quelques difficultés à sentir la glande, Laurence conseille de diviser la commissure externe par une incision horizontale qui se réunirait à la première; on forme ainsi un lambeau cutané triangulaire dont le sommet est tourné en dehors, et l'on découvre bien plus facilement la glande. Celle-ci doit être saisie alors avec un crochet double, attirée en avant et détachée avec l'extrémité du scalpel. L'hémorragie qui suit cette opération doit être arrêtée par une irrigation d'eau fraîche, et ce n'est que lorsque le sang a cessé de couler que l'on doit réunir les lèvres de la plaie par quelques sutures.