

pour troubler la vue, en changeant les conditions normales de la réfraction. Quand le larmolement est considérable, il en résulte une irritation de la peau des paupières, qui devient rouge et peut s'ulcérer.

Cet épiphora, facile à expliquer quand on constate l'existence d'une oblitération des voies lacrymales, devient moins compréhensible quand on trouve ces voies parfaitement libres. Peut-être tient-il alors à une déviation en dehors des points lacrymaux qui ne peuvent plus plonger dans le lac lacrymal et y absorber les larmes.

Dans un certain nombre de cas, on a noté une sécheresse anormale de la narine correspondante à la tumeur, parfois une altération de l'odorat. A son début, la tumeur est le siège d'un léger prurit; en général cependant la douleur est médiocre et passagère; elle ne devient intense et continue que lorsqu'il survient une inflammation aiguë.

La tumeur lacrymale ne se présente pas toujours avec le même appareil symptomatique, et il en existe plusieurs variétés dont trois au moins méritent d'attirer notre attention.

Quelquefois, la tumeur est formée par une poche accidentelle située sous la peau; le sac, perforé par une inflammation ulcérate, laisse passer le liquide qu'il renferme dans une cavité placée entre les téguments et la tunique fibreuse du sac. Cette fistule lacrymale *borgne interne*, comme on l'appelle, s'observe très-rarement.

Dans d'autres cas, le phénomène principal est un relâchement du sac (*Hernia sacci lacrymalis* de Beer). Les conduits lacrymaux et le canal nasal sont perméables, mais il faut exercer une certaine pression pour chasser le liquide contenu dans le sac, et celui-ci reflue, soit par en haut, soit par en bas du côté des fosses nasales. Généralement ce liquide est transparent, quelquefois jaunâtre. Cette variété de tumeur lacrymale est tout à fait indolente, sans changement de couleur à la peau.

Enfin la tumeur lacrymale *enkystée* ou *mucocèle* est caractérisée par l'oblitération des conduits lacrymaux et du canal nasal; le liquide sécrété dans le sac ne peut plus être évacué au dehors, même par la pression. La tumeur est ordinairement oblongue, souvent bilobée; elle s'accroît lentement, mais peut atteindre jusqu'au volume d'un œuf de pigeon. Le mucus contenu dans le sac est gluant, de consistance gommeuse, le plus souvent; la peau qui recouvre la tumeur, peu à peu distendue, s'amincit et paraît livide. De là le nom de *varix sacci lacrymalis*, donné par Schmidt à cette espèce de tumeur lacrymale. Le mucocèle acquiert fréquemment une consistance assez grande, pour qu'on ait pu le prendre pour une tumeur solide de nature maligne; son volume peut entraver le jeu des paupières.

MARCHE ET TERMINAISONS. — La marche de la tumeur lacrymale est le plus souvent très-lente, et présente des poussées inflammatoires plus ou moins répétées et survenant quelquefois sans causes connues. Ces poussées inflammatoires peuvent donner lieu à une dacryocystite aiguë et à l'ouverture du sac à l'extérieur. La maladie peut alors se terminer par la

guérison; mais le plus souvent, si l'affection n'est pas traitée, il s'établit une *fistule lacrymale*, qui, d'abord simple, ne tarde pas à présenter des sinus, des diverticules, comme cela arrive pour les fistules en général. D'après quelques auteurs, la perforation du sac précédant celle de la peau, il peut y avoir *fistule borgne interne*, suivant l'expression de Desmarres.

Enfin, la dacryocystite chronique peut se terminer par une carie des os voisins: unguis, apophyse montante, ethmoïde, etc.; carie qui peut d'ailleurs être primitive comme nous l'avons dit, et qui en tous cas ne survient que chez les sujets mal traités ou simplement prédisposés par une diathèse (scrofule ou syphilis) aux altérations des os.

Les phénomènes qui précèdent et suivent l'apparition de la tumeur lacrymale ont une évolution telle, que beaucoup d'auteurs (Mackensie, Warlomont etc.) les ont regardés comme se suivant fatalement, aussi divisent-ils les symptômes de la dacryocystite chronique en cinq périodes: *larmolement*, *blennorrhée*, *abcès*, *fistule* et *carie*. C'est là, évidemment, une exagération, car la dacryocystite chronique n'entraîne pas nécessairement la fistule lacrymale et la carie des os voisins; elle peut rester stationnaire et même guérir.

D'ailleurs il est bon de faire remarquer que la blennorrhée du sac, sans tumeur lacrymale, a été observée nombre de fois; et que, d'un autre côté, la fistule lacrymale peut succéder à un abcès du grand angle de l'œil, à un ulcère de la région du sac, et même à une plaie chirurgicale ou résultant d'un traumatisme accidentel.

Ces réserves faites, nous décrirons ici la *fistule lacrymale* comme l'une des terminaisons les plus fréquentes de la tumeur lacrymale.

L'orifice cutané de la fistule varie beaucoup de largeur. On peut voir des fistules lacrymales véritablement capillaires; dans ce cas, elles gênent fort peu les malades et laissent de temps en temps sortir une gouttelette de mucus ou de muco-pus, mêlé à une plus ou moins grande quantité de larmes. Le plus souvent, l'ouverture extérieure de la fistule est large et située à la partie inférieure du sac au-dessous du tendon de l'orbiculaire.

Le trajet de ces fistules est rarement direct; d'ordinaire, l'ouverture cutanée n'est pas en rapport direct avec l'ouverture muqueuse. Il n'est pas rare non plus d'observer des fistules en arrosoir. La peau qui circonscrit l'orifice fistuleux est souvent détruite, décollée ou amincie, présentant ainsi des culs-de-sac plus ou moins anfractueux.

Il est inutile d'ajouter que toute injection poussée par les points et les conduits lacrymaux revient par la fistule après avoir pénétré dans le sac. Dans certains cas, un stylet introduit dans le trajet fistuleux pénètre dans le sac, et permet d'y constater des fongosités, ou bien une lésion osseuse de l'unguis, etc.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la tumeur lacrymale comprend trois questions, à savoir: s'il existe une tumeur lacrymale, à quelle variété elle

appartient, enfin si elle est simple ou compliquée de fistule, de carie, etc.

En se fondant sur les signes énoncés plus haut, il n'y a pas de grandes difficultés à reconnaître qu'il existe une tumeur lacrymale, mais il est souvent plus difficile de préciser à quelle espèce de tumeur on a affaire. Cependant on arrive à d'assez fortes présomptions sur ce point, lorsqu'on a recours aux injections pratiquées par les points lacrymaux.

Quant aux complications et en particulier à la fistule lacrymale, elles sont des plus faciles à reconnaître au moins dans la plupart des cas. Il est bien entendu que nous ne parlons ici que de la fistule ayant une ouverture cutanée. On a signalé, en effet, l'existence de fistules internes s'ouvrant dans les fosses nasales (Hasner). Dans quelques cas, l'injection de liquides colorés faite par les points lacrymaux et arrivant jusqu'à l'ouverture externe de la fistule pourra servir à assurer ou à vérifier le diagnostic.

Le pronostic de la dacryocystite chronique est toujours sérieux, en ce sens qu'elle nécessite un long traitement et qu'il n'est pas toujours facile de la guérir, quoi qu'en puissent dire les spécialistes. Le pronostic est plus grave lorsqu'il existe une dilatation, une hernie du sac, ou bien encore lorsque la tumeur lacrymale a donné naissance à une fistule ou à des altérations osseuses plus ou moins étendues.

TRAITEMENT. — Le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales a passé par des phases variées, en reproduisant assez bien l'idée qu'on se faisait de la maladie. Ainsi, jusqu'à l'époque où Anel (1713) publia son premier travail sur la fistule lacrymale (1), on pensait que cette affection était due à quelque carie de l'unguis, ou, comme dit A. Paré, à quelque « apostème et ulcère » d'une glande située au grand angle de l'œil, et c'est aux caustiques qu'on avait recours.

La compression eut aussi ses partisans, dans le cas de tumeur lacrymale, et Dionis raconte que ce moyen lui a plusieurs fois réussi surtout chez les enfants. Laurent Verduc a décrit ce petit bandage sous le nom d'*oculiste*.

Les divers travaux qu'Anel a publiés sur la tumeur et la fistule lacrymales, de 1713 à 1717, ont fait entrer la thérapeutique de ces affections dans une voie nouvelle, et, depuis cette époque, les méthodes de traitement se sont multipliées à l'infini. Nous étudierons successivement le *traitement médical* et le *traitement chirurgical* de la tumeur et de la fistule lacrymales.

A. TRAITEMENT MÉDICAL. — Si la tumeur lacrymale est d'origine syphilitique, c'est aux mercuriaux et à l'iodure de potassium qu'il faut avoir recours. Chez les sujets scrofuleux, il importe d'administrer les toniques et les antiscrofuleux, avant tout traitement local.

La médication antiphlogistique a été employée non-seulement contre les symptômes inflammatoires de la tumeur lacrymale, mais comme méthode générale de traitement. Dans ce but, on a conseillé la saignée, les émissions sanguines locales, les lotions froides, les fumigations émol-

(1) *Obs. sing. sur la fistule lacrymale, etc.* Turin, 1713, in-4.

lientes dans les fosses nasales. On a également conseillé les onctions mercurielles ou iodurées, les vésicatoires volants.

Quelques auteurs prescrivent l'usage de collyres astringents, agissant à la fois sur la conjonctive et sur les parois du sac lacrymal; celui-ci devant être vidé préalablement par compression. Quaglino (de Milan) emploie la poudre d'acétate neutre de plomb, qui portée avec un pinceau humide sur le grand angle de l'œil se dissout dans les larmes et forme un véritable collyre; d'autres se servent de la pommade au précipité rouge.

Les divers moyens que nous venons de passer en revue, n'amènent que bien rarement la guérison: toutefois il est bon de les mettre en pratique chez les malades timorés et qui redoutent une intervention chirurgicale quelconque. D'ailleurs, ils produisent très-souvent une réelle amélioration et facilitent le traitement chirurgical.

B. TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Les moyens chirurgicaux employés dans le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales sont très-nombreux. Beaucoup il est vrai sont tombés dans l'oubli; toutefois, il est utile de les connaître tous, et pour les exposer avec méthode, nous les rangerons en plusieurs catégories suivant le but qu'on cherche à atteindre.

Or le chirurgien peut se proposer: 1° De rétablir les voies naturelles d'écoulement des larmes; 2° de créer des voies lacrymales artificielles; 3° d'oblitérer les points lacrymaux ou le sac lacrymal; 4° enfin de supprimer l'organe sécréteur des larmes.

1° RÉTABLISSEMENT DES VOIES NATURELLES. — Il y a plusieurs méthodes dont les principales sont: *a*, les *injections*, *b*, la *dilatation*, *c*, l'*incision*, et *d*, la *cautérisation*.

*a. Injections.* — Les injections, rangées par quelques auteurs parmi les moyens médicaux, peuvent être faites de haut en bas par les points lacrymaux, de bas en haut par le canal nasal (procédé abandonné aujourd'hui), enfin directement dans le sac en le ponctionnant.

Les injections par les points lacrymaux constituent la méthode d'Anel, et se pratiquent avec la seringue qui porte le nom de son inventeur. Pour ces injections, on a employé tour à tour des liquides émollients, toniques, caustiques. Dans ces derniers temps, on a préconisé la teinture d'iode étendue de son poids d'eau (Fano), le sulfite de soude (Monoyer), la potasse caustique (4 à 8 gr. pour 200 grammes d'eau).

On choisit en général le point lacrymal inférieur pour faire l'injection qui se pratique suivant les règles que nous avons données précédemment (p. 535).

Par les injections, Anel croyait chasser le bouchon de mucosités qui, selon lui, obstruait quelques points des voies lacrymales. En fait, il modifiait la muqueuse en agissant sur son état inflammatoire.

L'injection de liquides dans les voies lacrymales peut encore se faire à l'aide de l'appareil de Fano (fig. 417), qui consiste essentiellement en une pompe foulante. La canule capillaire, introduite dans les points

lacrymaux, peut y être maintenue pendant le temps qu'on juge nécessaire, et l'on peut ainsi faire passer dans le sac un courant de liquide continu et destiné, soit à laver la muqueuse, soit à la modifier. On conçoit que tout liquide modificateur un peu actif, comme la teinture d'iode,

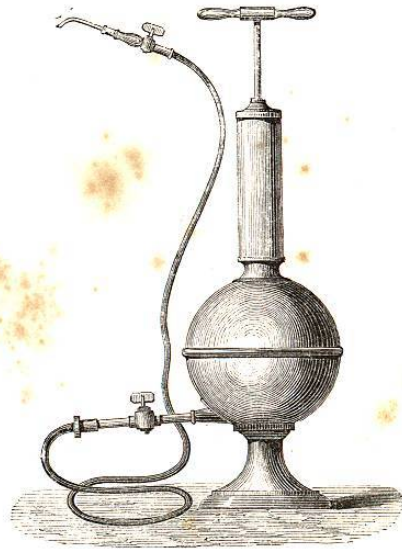


Fig. 117. — Appareil de Fano.

pourrait donner naissance, en refluant à la surface de la conjonctive, à une vive inflammation. Malgré les efforts de Fano, qui a cherché à prévenir les effets de ce reflux à l'aide d'un appareil assez compliqué, sa méthode n'est guère utilisée, et nous verrons un peu plus loin que les injections en général ne fournissent de bons résultats que lorsque l'on combine leur action thérapeutique avec celle qui résulte de la dilatation mécanique des voies lacrymo-nasales.

Plus récemment le professeur Verneuil a essayé de remettre en honneur l'emploi de la teinture d'iode; seulement au lieu de l'injecter par les voies naturelles, c'est-à-dire par les points lacrymaux supérieur ou inférieur, il l'injecte directement dans la cavité du sac. Voici le procédé tel qu'il a été décrit (1). Avec une seringue de Pravaz, armée d'une aiguille creuse et dont le piston est au bas de sa course, le chirurgien ponctionne le sac. Faisant remonter doucement le piston, il attire dans le corps de la seringue l'humeur épaisse contenue dans le sac. On dévisse alors la petite seringue, et, après l'avoir vidée, on la remplit de teinture d'iode, puis on la visse de nouveau sur la canule et l'on injecte quelques gouttes de teinture. Les points sont-ils imperméables, on injecte le liquide sans crainte d'irriter la conjonctive; dans le cas contraire, pour éviter l'issue de la teinture d'iode par les canaux lacrymaux, on pousse l'injection avec beaucoup de lenteur, et dès qu'on voit apparaître la coloration de l'iode au niveau des points lacrymaux, on tourne le piston en sens inverse et le liquide tend à rentrer dans le sac.

Ce traitement, applicable surtout au catarrhe du sac, a donné des succès au professeur Verneuil; dans un cas, cependant, il paraît avoir été suivi d'accidents inflammatoires très-graves du côté de l'orbite.

b. *Dilatation*. — Cette méthode a été appliquée de plusieurs façons différentes; la dilatation se faisait tantôt par les voies naturelles, tantôt par une ouverture pratiquée au sac lacrymal. Enfin la dilatation des voies

(1) Journ. de méd. et de chir. prat., 1872, t. XLIII, p. 299.

lacrymo-nasales peut s'exécuter de haut en bas (méthode d'Anel), ou bien de bas en haut, c'est-à-dire en pénétrant d'abord par le canal nasal (méthode de Laforest).

Les diverses méthodes de la dilatation par les voies naturelles appartiennent à l'histoire de la tumeur lacrymale, et sont totalement abandonnées aujourd'hui; aussi ne les décrirons-nous pas, pour insister plus longuement sur les procédés nouveaux de dilatation adoptés par presque tous les ophthalmologistes modernes. Toutefois il est bon de rappeler que c'est en fait à Anel, chirurgien français, qu'est due l'idée heureuse du cathétérisme des voies lacrymales, cathétérisme qu'il combinait avec l'emploi des injections. Anel se servait de sondes très-fines, de stylets, qui ne lui permettaient guère de dilater d'une façon quelconque le canal lacrymo-nasal, et ce n'est que grâce à l'incision préalable des points et des conduits lacrymaux, qu'on a pu utiliser véritablement la méthode dilatatrice.

Deux procédés surtout doivent nous occuper, ce sont ceux de Bowman et de Weber.

*Procédé de Bowmann*. — Il consiste à inciser les conduits lacrymaux avec le couteau de Weber, puis à pratiquer le cathétérisme des voies lacrymales.

Nous n'avons pas à décrire ici la manière d'inciser les points et les conduits lacrymaux, puisque nous l'avons indiquée à propos des maladies de ces conduits. Mais on a discuté sur la question de savoir quel était le conduit lacrymal qu'il valait mieux inciser. En Angleterre, on choisit souvent le conduit lacrymal inférieur; en France et en Allemagne, on incise de préférence le supérieur. L'importance fonctionnelle du point lacrymal inférieur, sa direction qui n'est nullement celle du canal nasal, enfin la difficulté du cathétérisme par cette voie, difficulté qui nous paraît cependant exagérée, ont fait adopter par beaucoup de chirurgiens le débridement du canal lacrymal supérieur dont la direction se rapproche beaucoup plus de celle du canal nasal.

Les sondes dont on se sert pour la dilatation, dites *sondes de Bowman*, sont d'argent malléable et se prêtent aux différentes courbures qu'on veut leur donner. Elles sont cylindriques, et offrent des diamètres variables, gradués en six numéros depuis le volume d'un gros crin jusqu'au diamètre de 4 millimètre environ. En général, il n'est pas prudent de se servir des numéros 1 et 2 parce qu'ils peuvent décoller la muqueuse et faire de véritables fausses routes.

*Procédé opératoire*. — Le conduit, préalablement incisé, est mis à décou-



Fig. 118. — Sondes de Bowman.

vert en relevant la paupière supérieure; la sonde huilée est engagée dans le sillon qui a succédé à l'incision et est poussée doucement jusque dans le sac en suivant la gouttière du canalicule. On doit ainsi arriver jusqu'à ce qu'on sente la paroi osseuse du sac avec l'extrémité du cathéter. A ce moment on relève la sonde en tenant toujours son extrémité engagée dans le sac, on l'adosse contre la région sourcilière et on lui donne ainsi la direction d'une ligne qui, passant par le milieu du ligament palpébral interne et par l'intervalle compris entre la deuxième incisive supérieure et la canine, irait rejoindre l'arcade sourcilière vers la tête du sourcil. Quelques auteurs veulent qu'on se guide en suivant la direction du sillon naso-labial. La sonde doit entrer assez facilement, sans effort, et si l'obstacle paraît infranchissable, il faut s'arrêter et remettre la séance plutôt que de s'exposer à déchirer la muqueuse, ce qui peut amener des accidents sérieux.

Lorsque la sonde est introduite par le canal lacrymal inférieur, elle doit être dirigée un peu de bas en haut pour arriver dans le sac, et souvent elle rencontre un certain obstacle, qui correspond au point où le canal lacrymal supérieur se joint à l'inférieur. « La sonde doit y être soutenue, dit Warlomont, appuyée avec douceur, tandis que la main qui ne la tient pas attire le canal sur la sonde. Quelquefois le repli de la muqueuse qu'a rencontré le bec de la sonde cède au point de faire croire que celle-ci est dans le sac; mais on reconnaît qu'il n'en est rien à ce que la moindre pression entraîne toute la paupière avec elle. » C'est là un signe caractéristique, et l'indication est de ne pas forcer et de recommencer le cathétérisme avec une sonde plus fine.

La sonde introduite doit être laissée en place pendant vingt ou trente minutes, selon qu'elle est plus ou moins bien tolérée par les malades. De plus le cathétérisme ne doit pas être trop souvent répété, surtout s'il donne lieu à quelques phénomènes inflammatoires du côté du canal lacrymo-nasal. Dans ces cas, les antiphlogistiques sont indiqués, jusqu'à ce que l'irritation soit tombée. C'est surtout au début du traitement qu'il faut n'introduire les sondes que tous les deux ou trois jours, et surveiller l'inflammation de la muqueuse du canal.

En même temps que l'on cherche à dilater le rétrécissement, il faut combattre les lésions inflammatoires du canal lacrymo-nasal par des injections modificatrices, comme nous l'avons déjà dit.

*Procédé de Weber.* — Aux sondes métalliques, Weber a substitué des bougies élastiques ou des bougies de cire coniques, de 1 millimètre et demi à leur petite extrémité. S'il ne peut pénétrer dans le canal rétréci, à l'aide de ces bougies munies de mandrins, il cherche à forcer les rétrécissements avec une sonde métallique biconique, dont l'une des moitiés correspond par sa petite extrémité au n° 1 de Bowman et atteint au bout de 30 à 35 millimètres, de 1 millimètre à 1 millimètre et demi et 2 millimètres de diamètre; l'autre moitié de la sonde offre aux mêmes distances de son extrémité libre une épaisseur de 2 à 3 millimètres et demi (fig. 119).

Cette manière de procéder nécessite une large ouverture du sac lacrymal, aussi ne se contente-t-on plus de l'incision des conduits lacrymaux et faut-il y ajouter avec Weber le débridement sous-cutané du ligament palpébral interne. Voici comment on fait cette opération: après l'incision du conduit lacrymal supérieur, on glisse la pointe mousse du couteau de Weber le long de la paroi postérieure du sac, en arrière du ligament palpébral et dans la direction du canal nasal. Le couteau engagé des deux tiers de sa longueur, le tranchant tourné en avant, la commissure externe est attirée vers la tempe, et l'on fait basculer en avant le manche du couteau. Le ligament est ainsi sectionné, et les doigts de l'opérateur perçoivent une sensation de craquement caractéristique.

Vivement attaquée par quelques ophthalmologistes, la méthode de Weber a donné de bons résultats; Warlomont se sert d'un cathéter gradué construit sur les mêmes principes.

A ces deux méthodes de cathétérisme se rattachent un certain nombre d'autres procédés que nous allons rapidement passer en revue.

Ainsi Critchett a conseillé des sondes de *Laminaria* analogues à celles de Bowman. On sait que la laminaire se gonfle rapidement sous l'influence de l'humidité, si bien qu'après dix minutes environ d'introduction dans le canal nasal, la sonde se moule sur ses parois et indique très-nettement sa forme et son calibre. Mais cette dilatation rapide s'effectuant surtout au-dessous et au-dessus des points coarctés, il en résulte parfois de grandes difficultés d'extraction de la sonde et la déchirure de la muqueuse.

Pour éviter ce grave inconvénient, on détermine d'abord le lieu où siège le rétrécissement en laissant la bougie de laminaire très-peu de temps en place; puis on la remplace par une autre vernie au copal, c'est-à-dire rendue imperméable, excepté aux points qui doivent être en rapport avec le rétrécissement.

Ajoutons que la méthode de Critchett semble avoir été abandonnée par l'auteur lui-même; toutefois, elle nous paraît excellente comme moyen adjuvant de dilatation, et elle pourrait rendre des services.

Williams (de Cincinnati), après avoir suivi la méthode de Bowman, voulut augmenter le degré de dilatation et fit fabriquer des sondes plus grosses que celles qu'on employait jusqu'alors. Il pénètre de force avec une de ces sondes dans le canal nasal et la laisse en place pendant quelques minutes. Puis plus tard il place à demeure un stylet conique, offrant une longueur telle que reposant sur le plancher des fosses nasales par une de ses extrémités, l'autre extrémité recourbée en crochet se loge dans l'angle interne des paupières et y est en quelque sorte fixée.



FIG. 119 — Sonde de Weber.

L'auteur combine les injections modificatrices avec cette méthode de cathétérisme à demeure; d'ailleurs la pratique de Williams paraît avoir changé depuis ces dernières années, et aujourd'hui, il se sert d'une sonde conique, analogue à celle de Weber, lorsqu'il se trouve en présence d'une coarctation assez accusée (1).

Les ophthalmologistes américains semblent très-partisans de cette méthode, et tout récemment Seely (2) proposait l'usage des sondes de Bowman en les laissant à demeure.

Le cathétérisme des voies lacrymales donne d'excellents résultats lorsqu'il est associé aux injections modificatrices dans le canal lacrymo-

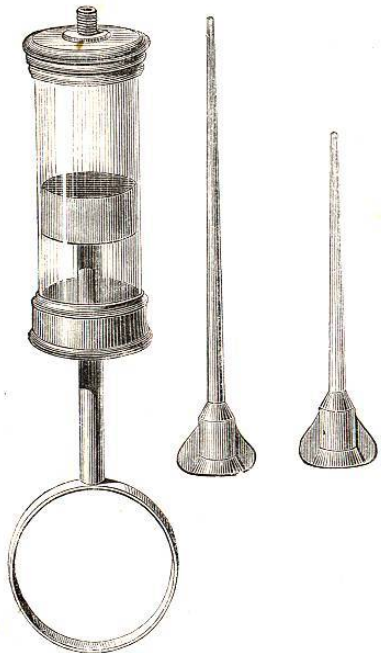


FIG. 120. — Seringue de Warlomont pour combiner la dilatation avec les injections.

nasal. A cet égard, le meilleur procédé est l'emploi d'une petite seringue analogue à celle d'Anel, et dont la canule n'est autre qu'une sonde qu'on peut introduire dans le canal nasal. Cette sonde est ouverte à son extrémité seulement (Warlomont) ou bien percée de trous multiples sur son parcours (Galezowski). Introduite dans le canal nasal, la canule est armée de la seringue et l'injection est poussée peu à peu en retirant lentement le cathéter creux.

Lorsqu'il existe une fistule lacrymale, on peut aussi employer comme moyen thérapeutique actif le cathétérisme et les injections. Beaucoup d'ophthalmologistes, se préoccupant peu de la fistule, rétablissent le calibre des voies lacrymales à l'aide des procédés de Bowman ou de Weber; d'autres, au contraire, font le cathétérisme par la fistule elle-même, toujours en le combinant aux injections modificatrices et par-

fois caustiques; puis une amélioration notable survenue, ils introduiront les sondes par l'un ou l'autre des canaux lacrymaux préalablement incisé.

En général, la fistule se ferme d'elle-même dès que le calibre des voies lacrymo-nasales est rétabli, quelquefois des cautérisations au nitrate d'argent, des injections escharotiques dans le sac sont nécessaires pour amener une cicatrisation plus rapide.

(1) *Ann. d'oculistique*, 1867, p. 86, et 1871, vol. II, p. 162.

(2) *Ann. d'ocul.*, 1871, vol. II, p. 135.

Il ne doit plus être question aujourd'hui du cathétérisme fait par une ouverture artificielle du sac, ouverture pratiquée par le chirurgien. C'était par là que Dupuytren et Scarpa introduisaient dans le canal nasal, l'un sa canule, l'autre son clou de plomb. Malgré les tentatives récentes du professeur Richet (1) et celles de de Neffe (2) ces méthodes sont restées dans l'oubli.

c. *Incision interne.* — L'idée de cette opération, qui fut pratiquée par Gerdy, semble appartenir à Malgaigne (3); mais c'est surtout à Stilling (de Cassel) qu'on doit cette nouvelle méthode.

D'après cet ophthalmologiste, le canal nasal présenterait sous sa couche muqueuse une couche dite caverneuse, contenant des vaisseaux et des fibres musculaires. Ce tissu spécial, abondant au niveau des replis valvulaires du canal lacrymo-nasal, jouerait un rôle important dans la genèse des coarctations des voies lacrymales, aussi est-ce sur lui qu'il faut agir de préférence pour détruire ces lésions.

Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, la méthode de Stilling paraît avoir donné d'excellents résultats dans un certain nombre de cas.

Le couteau de Stilling est triangulaire, long de 13 millimètres, large de 3 millimètres à sa base et de trois quarts de millimètre à sa pointe qui est tranchante mais arrondie.

Voici le manuel opératoire préconisé par Stilling: après avoir reconnu avec une sonde de Bowman n° 1 le siège du rétrécissement, le canal lacrymal est incisé en poussant le couteau dans son intérieur, le tranchant dirigé en avant. Lorsqu'on est parvenu dans le sac, le manche de l'instrument est relevé jusqu'à la position verticale, le tranchant toujours dirigé en avant, puis on glisse le couteau jusqu'au rétrécissement, et l'on pénètre dans le canal nasal en le plongeant jusqu'à la garde. Enfin, on retire un peu l'instrument pour l'enfoncer dans une autre direction; cette manœuvre répétée trois, quatre, et même cinq fois, permet à la lame du couteau de tourner librement dans le canal.

Quant au traitement consécutif, il est nul pour Stilling, d'abord il pratiquait le cathétérisme après la section du rétrécissement; aujourd'hui il l'a abandonné.

(1) Galezowski, *Traité des mal. des yeux*, 1870, t. I, p. 146.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1869.

(3) Thèse de concours, 1835.



FIG. 121. — Couteau de Stilling.