

Cette méthode a été modifiée par quelques ophthalmologistes; c'est ainsi que Sichel fils (1) incise le conduit lacrymal et le ligament palpébral interne avec le couteau de Weber, puis il agit sur le rétrécissement avec celui de Stilling. De plus, il pratique le cathétérisme avec une sonde analogue à celle de Weber et combine cette action dilatatrice avec des injections modificatrices.

Le professeur U. Trélat (2) utilise la méthode d'incision interne en se servant du couteau de Weber et a obtenu de beaux résultats; dans les cas où il s'est servi du couteau de Stilling, il n'a jamais fait qu'une seule incision, suivie du cathétérisme répété tous les jours avec la sonde de Bowman n° 6 (3).

Enfin, Jaesche (de Moscou) (4), après avoir incisé le conduit lacrymal et le ligament palpébral interne, glisse une sonde cannelée jusqu'au rétrécissement, introduit un petit ténotome et l'enfonce aussi loin qu'il est besoin pour pratiquer la section de la coarctation. Une corde à boyau ou un fil de plomb, laissé à demeure tous les jours, pendant quelques heures, empêche la réunion de la plaie; enfin on continue par le cathétérisme et les injections.

d. *Cautérisation.* — Elle est applicable lorsque les rétrécissements se reproduisent avec rapidité. Il faut alors cautériser la coarctation avec le nitrate d'argent solide; pour cela, on prend l'empreinte du rétrécissement à l'aide d'une bougie de lamina,

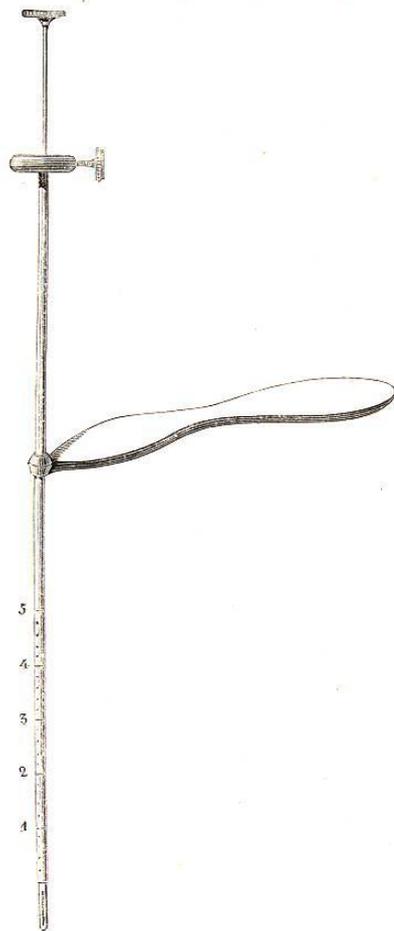


FIG. 122. — Porte-caustique pour la cautérisation du canal nasal.

ria, et l'on en marque le lieu précis sur un porte-caustique construit à cet effet (fig. 122), et qui consiste, comme tous les instruments de cette sorte, en une sonde creuse dans laquelle glisse un stylet terminé par une

(1) *Ann. d'ocul.*, 1870, t. LXIV, p. 73.

(2) *Soc. chirurgie*, 5 juin 1872.

(3) Naudier, Thèse de Paris, 1872, p. 80.

(4) *Ibid.*, p. 81.

cuvette qui reçoit le nitrate d'argent fondu. Lorsque la sonde est parvenue au niveau du rétrécissement, il suffit d'appuyer sur le bouton pour faire saillir la cuvette.

Pour Warlomont, cette cautérisation n'est qu'un auxiliaire du cathétérisme, et, dans tous les cas, l'application du caustique ne doit être faite qu'après plusieurs jours de distance.

2° FORMATION DE VOIES LACRYMALES ARTIFICIELLES. — Archigène, selon Aétius et Paul d'Égine, perforait l'os unguis avec un foret pour faire passer les larmes dans les fosses nasales. Celse parle aussi de l'extirpation du sac et de la cautérisation de l'unguis, comme d'une méthode dont on faisait un fréquent usage. G. de Salicet et Jean de Vigo en ont aussi fait mention.

Cette méthode, encore utilisée aujourd'hui, mais on peut dire d'une façon tout à fait exceptionnelle, compte plusieurs procédés, suivant qu'on veut créer le canal artificiel dans la direction du canal normal, ou bien qu'on le dirige dans le méat moyen, ou bien enfin qu'on veut le faire s'ouvrir dans le sinus maxillaire.

Wathen, suivi par Dupuytren, a proposé de pratiquer à l'aide d'un foret un conduit artificiel dans la direction même du canal nasal qui n'existe plus, et de maintenir ce canal ouvert avec une canule à demeure. Dans un cas, Malgaigne agit à peu près de la même manière.

Woolhouse, pour pratiquer son opération, ouvrait largement le sac pour mettre l'unguis à nu; puis il enlevait la muqueuse et remplissait la plaie de charpie. Un ou deux jours après, il enfonçait une tige pointue de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière, jusque dans les fosses nasales, en pénétrant à travers la partie inférieure de l'unguis. Des mèches ou des canules maintenaient béante l'ouverture osseuse; enfin une canule d'or était placée à demeure.

Les procédés employés pour pratiquer la perforation de l'unguis ont beaucoup varié: on s'est servi du cautère actuel (Saint-Yves), d'un emporte-pièce (Monro et Hunter).

Le professeur Laugier proposa d'établir une ouverture de communication entre le sac lacrymal et le sinus maxillaire; pour cela il suffit de diriger la pointe d'un trocart vers la paroi externe du canal nasal. Une canule à double rebord peut être placée dans l'ouverture artificielle.

La plupart de ces procédés, et d'autres encore, tels que ceux de Reybard et de Foltz (de Lyon), sont assez peu employés et sont loin d'être entrés dans la pratique habituelle.

3° OBLITÉRATION DES VOIES NATURELLES. — Quoique les anciens chirurgiens qui faisaient un fréquent usage de la cautérisation du sac lacrymal dans le traitement de la fistule lacrymale aient obtenu souvent l'oblitération de cette cavité, il n'y a pas plus d'un siècle qu'on a proposé de traiter méthodiquement de la sorte la tumeur et la fistule lacrymales. Longtemps laissé en oubli, ce mode de traitement a pris depuis quelques

années une assez grande extension et paraît devoir, au moins dans un certain nombre de cas, se substituer aux autres procédés.

Pour fermer la voie d'écoulement des larmes, on s'est attaqué, soit aux points lacrymaux, soit au sac lui-même. Selon les auteurs du *Compendium*, Quesnel (de Saint-Malo) proposa de cautériser les points lacrymaux et guérit son malade. Busche (de Lyon) et Serres (de Bologne) ont aussi conseillé ce mode de traitement. On se servirait à cet effet, soit d'un crayon effilé de nitrate d'argent, soit d'une aiguille chauffée au rouge blanc. Le cautère électrique peut aussi très-bien convenir. Velpeau a essayé d'oblitérer les points lacrymaux en les excisant, mais il a dû abandonner ce procédé, sur lequel il avait fondé quelques espérances.

La cautérisation du sac, dans le but d'oblitérer complètement cette cavité, a été proposée au milieu du siècle dernier (1748) par Nannoni (de Florence). Il ouvrait le sac et le remplissait d'une boulette de charpie enduite d'une pommade à l'alun et au précipité rouge, en même temps il cautérisait le sac avec le nitrate d'argent.

Les premiers essais de Nannoni ne furent pas accueillis avec faveur par les chirurgiens; cependant Biangini, Delpech, Cafford (de Narbonne) employèrent ce mode de traitement et l'érigèrent en méthode; ils furent suivis par Stœber (de Strasbourg) et quelques ophthalmologistes.

Lorsqu'on parle de guérir la fistule lacrymale par l'oblitération du sac, on peut craindre à priori de voir un larmolement abondant être la conséquence de cet état. Mais l'expérience ne confirme pas tout à fait ces prévisions de la théorie: en effet la sécrétion de la glande lacrymale ne paraît pas être une sécrétion continue, et l'humidité normale de l'œil est surtout entretenue par la sécrétion insensible des glandes sous-conjonctivales. Or, cette petite quantité de liquide ainsi versée à la surface de l'œil disparaît par évaporation. La sécrétion de la glande lacrymale ne semble se faire qu'à certains intervalles, sous l'influence de quelque action réflexe; les larmes coulent alors en abondance, et quelque libres que soient les conduits lacrymaux, ils ne peuvent suffire au passage des larmes, qui s'écoulent sur la joue.

On peut donc, sans craindre un larmolement rebelle, oblitérer le sac lacrymal, et les opérés ne pleurent que lorsqu'une émotion, un vent violent, un corps étranger, une inflammation de la conjonctive, provoquent la sécrétion exagérée des larmes.

Pour faire la cautérisation du sac, on utilise la présence d'une fistule préexistante, qu'on élargit, ou bien on ouvre la paroi externe du sac. Un bistouri étroit est introduit au-dessous du ligament palpébral interne, qu'on fait tendre en attirant la commissure externe en dehors et en haut; puis l'instrument est enfoncé perpendiculairement, et quand la pointe a pénétré à 4 millimètres de profondeur, on en redresse le manche jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le sourcil, enfin on le pousse dans la direction du canal nasal, et l'on donne en retirant la lame la largeur

nécessaire à l'incision. Quelques auteurs conseillent de prolonger l'incision dans une direction oblique en dehors et en bas, suivant la direction qu'affectent les plis cutanés de la région; dans ces conditions le dos du bistouri doit toujours regarder le dos du nez.

L'ouverture du sac ainsi faite, Warlomont conseille d'introduire dans sa cavité un morceau d'éponge préparée et de remettre au lendemain la cautérisation de la cavité. D'autres ophthalmologistes terminent tout de suite l'opération, en se servant de crochets, d'érigènes ou de spéculums, pour bien mettre à découvert le fond du sac lacrymal.

Le cautère actuel ou la galvano-caustique doivent être employés de préférence, lorsqu'on veut se borner à obturer l'embouchure des canaux lacrymaux dans le sac.

Un stylet d'Anel, introduit par l'un ou l'autre des conduits et mené jusque dans la cavité du sac lacrymal, indique à l'opérateur le point où il doit porter rapidement un petit cautère rougi à blanc, ayant la forme d'un stylet coudé, et présentant à 3 ou 4 centimètres de son extrémité libre un renflement destiné à conserver du calorique. La galvano-caustique se pratique de la même manière. Il va sans dire que le globe de l'œil doit être protégé par une compresse mouillée, et que les parties qui ne sont pas destinées à être atteintes par le cautère doivent être recouvertes d'une triple couche de collodion pour les mettre à l'abri du rayonnement de la chaleur.

Au lieu d'une simple oblitération du sac on a cherché à produire sa destruction complète. A cet effet, on a jadis utilisé le cautère actuel (Desmarres); mais on lui préfère aujourd'hui les caustiques, tels que la pâte de Canquoïn (Magne), le caustique de Vienne (Rouault), le beurre d'antimoine (Manfredi, Spérino), le nitrate d'argent, la teinture d'iode (Lacaze). Ces caustiques sont introduits à l'aide de spéculums, destinés à abriter les lèvres de la plaie faite à la paroi antérieure du sac, et parmi ces spéculums nous signalerons celui de Magne et celui de Delgado (de Madrid) à valves mobiles, et comprenant à la fois le spéculum et le porte-caustique (fig. 123).

Bien faite, cette opération ne laisserait après elle qu'une petite cicatrice, peu déprimée et à peine visible, telle est du moins l'opinion de Warlomont. De plus, il ne faut pas croire à la destruction complète du sac par cette cautérisation; sa muqueuse est modifiée, sa capacité est moindre, et s'il n'y a pas une oblitération complète de l'orifice des conduits lacrymaux, les larmes finissent par pénétrer dans la cavité du sac qui persiste. Aussi, a-t-on pu dire avec une apparence de raison, qu'après l'élimination complète du sac, il n'y a pas occlusion absolue des voies lacrymales.

Warlomont a proposé une méthode mixte de cautérisation, lorsque le canal nasal n'est pas oblitéré et que la muqueuse du sac a seule besoin d'être modifiée. A cet effet, il a soin de ne pas intéresser avec les caustiques l'ouverture des conduits lacrymaux, puis l'eschare du sac

tombée, il fait passer un stylet de plomb à travers le point lacrymal supérieur, jusque dans le canal nasal, et l'y laisse à demeure. De cette façon, le cours des larmes se rétablit, et la plaie du sac se ferme avec une grande rapidité.

On peut rapprocher de la cautérisation



FIG. 123. — Spéculum de Delgado.

l'extirpation du sac lacrymal proposée par le docteur Berlin (de Berlin). C'est une opération difficile, de l'aveu même de l'auteur, et qui jusqu'ici paraît avoir été pratiquée d'une façon tout à fait exceptionnelle (1).

4° SUPPRESSION DE L'ORGANE SÉCRÉTEUR DES LARMES. — Les nombreux succès des diverses méthodes anciennes ont conduit à proposer la suppression de la glande lacrymale. Paul Bernard (1843) pratiqua cette opération sur un malade affecté depuis dix ans d'un larmolement opiniâtre qu'on attribuait à une tumeur lacrymale. Ce chirurgien enleva, dit-il, la glande lacrymale palpébrale hypertrophiée, et le larmolement diminua. On a

quelque peine à comprendre comment on a pu enlever cette glande lacrymale palpébrale, sans intéresser profondément la paupière supérieure. Quoi qu'il en soit, P. Bernard dut compléter son opération en enlevant un mois après la glande lacrymale orbitaire. Textor (1846), Mackensie, O'Beirne, Dixon, imitèrent la conduite de P. Bernard, et tous remarquèrent que, malgré l'ablation de la glande orbitaire, l'œil restait humide et était lubrifié par une quantité suffisante de larmes.

Enfin, plus récemment, Laurence (de Londres) (2) préconisa comme moyen de guérison radicale des affections des voies lacrymales l'extirpation de la glande lacrymale. Voici comment il pratique cette opération.

La peau est sectionnée immédiatement au-dessous du tiers supérieur externe du bord de l'orbite. On coupe ensuite le fascia qui s'étend du périoste orbitaire au bord supérieur du cartilage tarse, et l'on pénètre peu à peu dans l'orbite, en cherchant aussitôt que possible à déter-

(1) *Ann. d'oculistique*, janvier et février 1869, t. LXI, p. 63. (C. R. des séances de la Soc. ophth. d'Heidelberg.)

(2) *Ophthalm. Review*, n° 10, et *Congrès ophth. de Paris*, 1867 (1<sup>re</sup> séance, 12 août).

miner la position de la glande avec l'extrémité du doigt introduit dans la plaie. On la reconnaît assez facilement, dit Laurence, « comme un corps un peu dur, poli et arrondi ».

Si l'on éprouvait quelque difficulté à trouver la glande, il faudrait diviser la commissure palpébrale externe par une incision horizontale dirigée en dehors vers la première incision faite au voisinage du rebord orbitaire. On obtient ainsi un lambeau à sommet externe, qu'on renverse en dedans, de façon à découvrir largement l'angle supéro-externe de la base de l'orbite, et, par conséquent la glande lacrymale orbitaire. Saisissant celle-ci avec des crochets ou des pinces spéciales, on la dissèque avec soin, et l'extirpation faite, une section longitudinale permet de s'assurer que c'est bien la glande qu'on a enlevée (Laurence). Le sang est facile à arrêter avec un peu d'eau froide, des sutures d'argent peuvent réunir les lèvres de la plaie, surtout lorsqu'on a fait un lambeau, et la guérison a lieu en quelques semaines. Une légère conjonctivite suit cette opération, mais l'accident le plus à craindre serait le ptosis persistant de la paupière supérieure, ptosis résultant d'une division partielle de l'élevateur palpébral.

Cette opération, on le conçoit, constitue une dernière ressource pour les cas où tous les autres moyens thérapeutiques ont échoué.

TRAITEMENT DE QUELQUES VARIÉTÉS DE TUMEURS ET FISTULES LACRYMALES. — Certaines formes de tumeurs et de fistules lacrymales nécessitant une thérapeutique toute particulière, nous avons cru devoir leur consacrer quelques lignes.

Dans le relâchement du sac lacrymal, on a surtout préconisé les applications froides ou astringentes et la compression. Cette dernière doit être faite non pas avec des appareils spéciaux, qui la plupart du temps se déplacent et ne compriment rien, mais bien avec un simple bandage formé de compresses graduées, surmontées d'un petit coussin de cuir et soutenues par une bande. On pourrait se servir avec avantage d'une boulette de papier mâché, imprégnée d'une solution de tannin, qu'on applique sur le sac et qu'on y maintient à l'aide d'une bande et de compresses graduées.

Si ces moyens échouent, ce qui doit arriver le plus souvent, les auteurs du *Compendium* pensent qu'à l'exemple de Boyer et de Velpeau, on pourrait mettre le sac à découvert pour exciser une partie de sa paroi antérieure. Cette manière de faire, suivie par von Ammon (1) et Bowman (2), vient d'être tout récemment conseillée, et l'on peut dire complétée par Monoyer (de Strasbourg) (3). Ce dernier chirurgien n'applique l'excision de la paroi ou d'une partie de la paroi antérieure du sac qu'aux relâchements du sac avec ou sans épaissement de la muqueuse, mais avec possibilité de rétablir le cours des larmes.

(1) *Annales d'oculistique* (traduction), 1852, t. XXVII, p. 26.

(2) *Ibid.*, 1861, t. LI, p. 214.

(3) *Arch. gén. de méd.*, 1873, vol. I, p. 20.

Grâce à cette excision, le volume et les dimensions du sac sont notablement diminués; puis il faut rétablir les voies naturelles par le cathétérisme répété, suivant la méthode de Bowman et combiner ce cathétérisme avec l'emploi des injections modificatrices. A cet égard Monoyer préconise surtout les injections faites avec le sulfite de soude au deux-centièmes.

Dans le *mucocèle du sac lacrymal*, les anciens chirurgiens conseillaient d'ouvrir le sac et de le cautériser de façon à en obtenir l'oblitération complète. Aujourd'hui l'indication thérapeutique primitive est de chercher avant tout à rétablir les voies lacrymales, c'est-à-dire qu'il faut pratiquer le cathétérisme du canal nasal par le canal lacrymal supérieur préalablement incisé. Toutefois il peut être utile d'ouvrir le sac pour agir sur sa muqueuse, et dans ces cas, si celui-ci est trop distendu par l'accumulation du mucus lacrymal, il serait parfaitement indiqué d'en exciser une partie avec des ciseaux, comme le préconise Monoyer pour le traitement du relâchement du sac. Bien entendu il ne faut pas négliger les injections détersives et modificatrices ainsi que le cathétérisme.

Dans certaines *fistules lacrymales* compliquées de décollement cutané, de trajets multiples, entretenues par des altérations osseuses ou enfin par un orifice tellement large que son occlusion spontanée est presque impossible, il y a pour le chirurgien des indications spéciales que nous allons rapidement passer en revue.

Si l'on supposait que la non-cicatrisation de la fistule fut due à un décollement cutané, à un amincissement excessif des téguments, il faudrait les exciser, quitte à avoir recours ensuite à une opération autoplastique. Lors de trajets multiples, de fistules borgnes, il faut autant que possible, les mettre à découvert par des incisions et tâcher de réunir ces divers conduits anormaux en un seul.

A-t-on affaire à une lésion des os avoisinant le sac? Il faut instituer un traitement général, si l'altération du squelette paraît être de nature syphilitique ou strumeuse. D'un autre côté, tout en rétablissant les voies lacrymales, on peut modifier l'altération des os par des injections excitantes ou caustiques, et attendre l'élimination des séquestres lors de nécrose. C'est dans ces cas, qu'il peut être indiqué de tenter ultérieurement l'oblitération du sac lacrymal.

Enfin si l'obstacle à la guérison réside dans une trop grande perte de substance, c'est à l'autoplastie qu'il faut avoir recours.

Trois procédés ont été mis en usage dans ces cas : 1° L'excision en forme de feuille de myrte de la portion des téguments siège de la fistule, la dissection de la peau voisine et la réunion immédiate à l'aide de la suture; ce procédé est abandonné depuis longtemps; 2° le procédé de Dieffenbach; 3° celui de Chassaignac.

A l'excision en forme de feuille de myrte et à la dissection des téguments voisins, Dieffenbach proposa d'ajouter des débridements latéraux qui permettent de rapprocher avec aisance les deux lambeaux cutanés.

On circonscrit la perforation à l'aide de deux longues incisions elliptiques qui descendent dans la direction du nez, puis on emporte le lambeau qui en résulte. On dissèque ensuite les bords dans une étendue convenable; puis on fait sur la paroi latérale du nez, et à peu de distance de la plaie, une incision semilunaire longue d'un demi-pouce. On détache la portion de peau ainsi circonscrite et on la laisse adhérente en haut et en bas. Si ce pont cutané cède facilement à la traction nécessaire pour recouvrir la perte de substance, on le réunit à la plaie externe par de fines épingles à insectes qu'on assujettit par des fils très-fins; mais si l'on constatait une certaine tension du côté du nez, il faudrait faire à la peau une seconde incision sur le côté externe, à une égale distance des points de suture; on disséquerait ce deuxième pont cutané comme le premier.

Pour éviter le soulèvement des lambeaux par une accumulation de larmes, on peut introduire sous le lambeau une petite mèche de charpie et favoriser provisoirement l'écoulement des larmes par cette ouverture; on panse après cette opération avec quelques topiques froids, et au bout de deux ou trois jours, on retire doucement les petites épingles. Quelques pansements simples et des cautérisations légères suffisent à mener à bien cette opération à laquelle Dieffenbach a donné le nom prétentieux de *dacryo-cysto-syringo-katàkleisis*.

Chassaignac (1) a pratiqué l'opération suivante pour un cas de fistule lacrymale très-compiquée, qui datait de la naissance, et qui avait été opérée huit ans auparavant par H. Bérard. Ce chirurgien avait pratiqué une voie nouvelle aux dépens de l'unguis, voie dans laquelle il introduisit une canule. A la suite de cette opération, le cours des larmes s'effectua, du moins dans sa plus grande partie, à travers la canule placée dans le conduit nouveau, mais il resta une fistule que Bérard ne put jamais oblitérer, quoiqu'il eût eu recours à une foule de moyens et même à l'application du fer rouge. Chassaignac fit d'abord l'extraction de la canule, puis introduisit dans la narine des bougies de plus en plus volumineuses, et lorsqu'il fut ainsi assuré d'une dilatation suffisante il procéda à la réparation: il commença par tailler à l'angle interne de l'œil un lambeau triangulaire dont la base, tournée en dehors, embrassait l'extrémité interne des paupières, tandis que le sommet venait finir vers le nez. Ce lambeau comprenait dans son centre l'orifice fistuleux qu'on décolla de l'orifice du canal osseux auquel il adhérait entièrement. Après avoir excisé complètement le lambeau en forme de V, comme les deux lèvres de ce V ne pouvaient être affrontées, le chirurgien détacha deux lambeaux, l'un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure, et pour en rendre la dissection plus facile, il fit à l'extrémité nasale du V, une incision verticale dont la moitié supérieure à la pointe du V facilitait la dissection du lambeau supérieur, tandis que l'autre moitié faisait le même office pour le lambeau inférieur; puis faisant glisser les deux lambeaux à

(1) *Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. III, p. 20.

la rencontre l'un de l'autre, le chirurgien ferma la plaie par la suture entrecoupée; au bout du deuxième jour, on enleva les points de suture, l'adhérence était solide. Six semaines après, les larmes coulaient si peu en dehors que le malade pouvait rester des intervalles de six heures sans éprouver le besoin de s'essuyer l'œil.

Les opérations de Dieffenbach et de Chassaignac offrent au chirurgien de précieuses ressources dans ces cas rebelles de fistules lacrymales.

APPRÉCIATION DES DIVERSES MÉTHODES DE TRAITEMENT. — Que peut-on conclure de ce long exposé thérapeutique? La multiplicité des procédés anciens pour traiter la fistule et la tumeur lacrymales indiquait facilement leur peu de valeur et l'embarras constant des chirurgiens en face de ces lésions rebelles. Aujourd'hui, les moyens thérapeutiques se sont beaucoup simplifiés, précisément parce qu'ils donnent des résultats sinon parfaits, au moins favorables, surtout si l'on vient à les comparer avec ceux qu'on obtenait jadis.

Dans la plupart des cas, sauf peut-être lorsqu'il existe de graves lésions osseuses du conduit lacrymo-nasal, le chirurgien doit chercher à rétablir les voies naturelles d'excrétion des larmes. Pour cela, il devra utiliser les méthodes de Bowman et de Weber, et si la dilatation se fait difficilement, il est tout à fait indiqué de se servir du procédé de Stilling avec ou sans cathétérisme consécutif, ou bien encore de la cautérisation du point coarcté, comme l'indique Warlomont. Il est bien entendu que ces méthodes de dilatation doivent toujours être combinées avec l'emploi d'injections détersives et modificatrices dans le canal lacrymo-nasal.

Lorsque le sac est très-altéré, qu'il existe une fistule lacrymale plus ou moins large, on peut, comme le conseille Warlomont, ouvrir le sac ou agrandir la fistule, et promener dans son intérieur un caustique (azotate d'argent, beurre d'antimoine, teint. d'iode) en ayant soin de respecter autant que possible l'orifice des canaux lacrymaux. L'eschare éliminée, on introduit un stylet de plomb par le point lacrymal supérieur et on le laisse à demeure dans le canal lacrymo-nasal jusqu'à parfaite cicatrisation.

Dans des circonstances plus rares, si le canal nasal est oblitéré, s'il y a une altération profonde des os voisins, on peut tenter avec juste raison l'occlusion des points et conduits lacrymaux et celle du sac lui-même.

Quant à l'ouverture d'une voie artificielle du côté du nez ou du sinus maxillaire et à l'extirpation de la glande lacrymale, ce sont là des méthodes tout à fait exceptionnelles et qu'il ne faut mettre en usage qu'en désespoir de cause, alors que tous les moyens indiqués plus haut ont échoué.

#### 2° Polypes du sac lacrymal.

Il n'y a dans la science qu'un petit nombre d'observations de polypes du sac lacrymal. Desmarres dit en avoir observé une dizaine d'exemples dans sa pratique; mais il eût mieux valu, à la place de cette assertion,

qu'il nous eût donné la relation bien détaillée d'un fait de ce genre. Il a presque toujours vu, dit-il, ces polypes sur des personnes opérées de tumeurs ou de fistules lacrymales par le procédé de Dupuytren. Dans ce cas, les fongosités polypiformes du sac lacrymal oblitéraient peu à peu la canule.

Les polypes développés spontanément dans le sac semblent plus rares. Janin en cite un cas (1), Walther (2) et Desmarres mentionnent aussi deux faits de ce genre. La malade de Walther, après plusieurs accidents de dacryocystite, fut atteinte d'une tumeur lacrymale assez dure qui, lorsqu'on la comprimait, laissait échapper un mucus puriforme par les narines et les points lacrymaux. La malade souffrit pendant trois ans de rechutes de sa dacryocystite, mais le sac ne suppura point. Six mois avant qu'elle se confiât aux soins du professeur Walther, on ne pouvait plus, comme auparavant, vider le sac par la pression, et la malade sentait maintenant avec le doigt une tumeur ronde, dure, distincte du reste du gonflement. Au moment où le chirurgien vit la malade, la tumeur égalait le volume d'une petite noisette. Elle était ronde, mobile, dure et la pression ne lui imprimait aucun changement. Walther soupçonna que c'était un polype. En ouvrant le sac, il s'écoula une assez grande quantité de mucus puriforme et de larmes. Le polype se trouva mis à nu; on le saisit avec des pinces, on l'attira au dehors et l'on divisa son pédicule avec des ciseaux. Le canal nasal était oblitéré et, pour rétablir son calibre, on le dilata avec une mèche. Au bout de trois mois, la malade était guérie.

Enfin, de Græfe (3) a observé un polype du volume d'une noisette, ayant un pédicule de 3 millimètres d'épaisseur.

En résumé, ces productions s'accompagnent d'un catarrhe du sac, et c'est probablement cette dernière lésion qui leur a donné naissance.

Sous l'influence d'une pression exercée au niveau du sac, la tumeur ne disparaît pas, et donne au doigt la sensation d'une résistance élastique, comme celle d'un lipome; si bien qu'on peut les confondre avec le mucocèle ou bien avec de petits kystes qui se développent parfois en avant du sac.

Dans le doute, l'incision du sac permet seule le diagnostic, et, après l'extirpation du polype, on peut chercher à rétablir les voies lacrymales par les moyens usuels, cathétérismes et injections, ou bien détruire le sac par la cautérisation.

(1) *Loc. cit.*, p. 277.

(2) *Rædus, Scriptores ophthalmologici minores*, vol. II, p. 137.

(3) *Arch. f. Ophth.*, I, I, 283.