

sous-conjunctival, puis de plus en plus profondément dans l'orbite, avec envahissement successif des voies lacrymales, du globe oculaire et des ganglions du cou. Le malade guérissait rapidement et jouissait d'une santé parfaite dans l'intervalle des récidives, qui exigeaient chaque fois une opération plus grave, et il finit par succomber.

*Procédé d'Acrot.* Arriver à la tumeur au travers de la paupière correspondante.

On peut prolonger, avec plus de facilité, la commissure externe des paupières, de bas en haut si la tumeur siège supérieurement, de haut en bas si elle est située sur le plancher de l'orbite. On détache ensuite la paupière, qu'un aide maintient élevée ou abaissée; une érigne est implantée dans la tumeur et confiée à un autre aide, qui tire tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, et le chirurgien, avec le bistouri, le manche d'un scalpel ou l'ongle, détache la tumeur et en achève l'ablation.

**Exostoses.** Il est fort difficile, sans extirper l'œil, d'enlever les exostoses profondes qu'un traitement général n'a pu résoudre.

M. Maisonneuve a cependant fait connaître un très-bel exemple d'ablation d'une exostose volumineuse de la paroi interne ou ethmoïdale de l'orbite (os planum), avec conservation parfaite du globe oculaire et de ses fonctions, et c'est un exemple à imiter.

#### APPAREIL LACRYMAL.

*Considérations anatomiques.* L'appareil lacrymal se compose de la glande lacrymale, des conduits excréteurs, des points et conduits lacrymaux, du sac lacrymal et du canal nasal.

**Glande lacrymale.** Cette glande, de la grosseur d'une aveline, est placée au côté antérieur et supérieur de l'orbite et formée de deux lobes continus, logés dans une petite excavation du frontal. Ses conduits excréteurs s'ouvrent librement à la surface supérieure de la conjonctive.

**Points et conduits lacrymaux.** Les *points lacrymaux* sont les orifices externes des conduits du même nom; celui de la paupière inférieure est très-facile à apercevoir quand on la renverse légèrement. Ils sont entourés d'un petit anneau élastique et dense. C'est par eux que se fait l'absorption des larmes à la surface de l'œil par suite du vide produit à chaque inspiration dans le canal nasal, comme nous l'avons expliqué dans un mémoire sur le mus-

cle de Horner (voy. les *Bulletins de la Société anatomique*). Les *conduits lacrymaux* s'enfoncent d'abord perpendiculairement dans l'épaisseur des paupières; après un trajet de quelques millimètres, ils changent de direction et convergent en dedans, recouverts en avant par l'orbitaire des paupières, en arrière par la conjonctive palpébrale. Ils s'ouvrent à la partie antérieure externe du sac lacrymal par deux orifices, toujours très-rapprochés, quelquefois par un seul, un peu au-dessus du tendon direct de l'orbitaire.

Le *sac lacrymal* est logé dans la gouttière lacrymale, dont il présente la hauteur et la courbure. La membrane fibro-muqueuse qui le constitue, et qui se prolonge dans le canal nasal, où elle est beaucoup plus mince, est divisée par le tendon direct de l'orbitaire en deux parties, dont la supérieure, renforcée par le tendon réfléchi, est résistante, tandis que l'inférieure, moins épaisse, est plus dilatable. C'est généralement cette dernière portion du sac qui se relâche, se laisse distendre et s'ulcère.

Le *canal nasal*, entièrement osseux, fait suite à la gouttière lacrymale. La direction en est sensiblement oblique en dehors. La membrane qui le tapisse, et qui généralement se prolonge un peu au-dessous du canal osseux, finit par un orifice tourné obliquement en dedans, et souvent garni d'un repli valvulaire, mince et fortement tendu. La longueur du canal varie de 0<sup>m</sup>,010 à 0<sup>m</sup>,016; on la détermine approximativement en mesurant en droite ligne l'intervalle qui sépare l'orifice supérieur du canal de la dépression supérieure de l'aile du nez.

**Extirpation de la glande lacrymale.** Cette opération s'applique aux tumeurs dégénérées et aux cas où l'on veut faire disparaître un épiphora incurable par tout autre moyen.

*Procédés opératoires.* On peut aller à la recherche de la glande lacrymale au travers de la paupière supérieure, ou, ce qui est préférable, en fendant l'angle externe des paupières dont la supérieure est renversée en haut et en dedans. On incise la muqueuse, l'aponévrose subjacente, le long du rebord frontal orbitaire externe, et l'on aperçoit la glande, que sa consistance, son volume et sa coloration blanchâtre font aisément reconnaître. On l'attire au dehors avec de légères érignes, et on l'enlève soit avec le bistouri, soit avec de petits ciseaux courbés sur le plat. Cette opération est sans danger et a été répétée un assez grand nombre de fois. Nous l'avons pratiquée sur un malade atteint d'un ulcère cancéreux de l'œil, que l'écoulement incessant de larmes âcres et corrosives faisait cruellement souffrir.

**Maladies des points et des conduits lacrymaux.**  
**Oblitération.** J. L. Petit a parlé longuement de l'oblitération des points et des conduits lacrymaux à la suite de la variole et de toute autre cause d'ulcération. L'on n'observe pas d'épiphora si un des points lacrymaux est seul oblitéré. Si tous les deux sont détruits, l'épiphora en est ordinairement la conséquence. On pourrait essayer d'enlever avec des ciseaux la cicatrice oblitérante, et le cours des larmes, se continuant par le conduit lacrymal, prévendrait l'occlusion de la plaie.

Si l'oblitération siègeait près du sac, J. L. Petit dit l'avoir plusieurs fois traversée avec un stylet; en cas d'insuccès, ce chirurgien ouvrait aux larmes une route artificielle, en incisant le sac lacrymal dans la rainure oculo-palpébrale. Alexandre Monro avait proposé dans le même but l'emploi d'un séton, conduit le plus près possible du point lacrymal oblitéré.

**Dilatation.** Morgagni a vu les points et les conduits lacrymaux dilatés, dans un cas où le sac lacrymal et le canal nasal étaient convertis en cordon fibreux imperméable. J. L. Petit est entré dans beaucoup de détails sur cette dilatation. Boyer n'admet pas qu'elle puisse donner lieu à une véritable tumeur.

**Fistule.** J. L. Petit reconnaît une fistule des conduits lacrymaux et il en cite un exemple. Cette fistule se compliquant de fréquentes inflammations et de larmolement, il opéra selon sa méthode ordinaire, comme s'il existait une fistule lacrymale, et réussit.

**Polypes. Corps étrangers.** On a vu de petits polypes se développer dans les points lacrymaux. On les cautérise et on les excise. Un cil ou tout autre corps étranger serait enlevé.

**Tumeur et fistule lacrymales.** La tumeur et la fistule lacrymales sont deux degrés de la même maladie. Dans la tumeur, le sac lacrymal est distendu; dans la fistule, il est ulcéré et communique au dehors par une ouverture tégumentaire.

L'affection se développe souvent sous l'influence d'un vice général: les scrofules, la syphilis par exemple. Dans la très-grande majorité des cas elle est originairement inflammatoire, et provient soit d'une blépharite ancienne, ce qui est commun, soit d'une inflammation chronique de la membrane muqueuse nasale, soit de l'inflammation idiopathique de la membrane du sac et du canal. Un polype, une exostose peuvent amener l'oblitération de ce dernier, intercepter les larmes et causer une tumeur, puis une fistule lacrymale; mais on cite peu de cas de ce genre.

J. L. Petit a décrit une espèce de tumeur du sac sans inflammation, consistant dans une simple rétention de larmes douces et sans salure. Cette variété suppose le relâchement préalable du sac ou un obstacle au passage des larmes. Nous avons constaté plusieurs fois l'existence d'un simple pertuis fistuleux, sans rougeur et sans trace d'inflammation. Les parties environnantes n'avaient jamais été altérées; la paroi antérieure du sac était simplement percée, et il s'écoulait lentement par ce pertuis des larmes limpides.

**Remarques historiques.** Nous ne prétendons pas faire un historique complet du traitement de la fistule lacrymale; nous voulons seulement montrer combien ce traitement a été lent à se perfectionner.

La thérapeutique de Paré contre la fistule lacrymale n'était pas riche, et consistait dans l'emploi des cathérétiques: « comme poudre de vitriol calciné, ou de mercure, eau-forte, huile de vitriol, ou un petit cautère potentiel. » Si la fistule était étroite, il commençait par la dilater avec de l'éponge préparée. Dans le cas d'insuffisance des cathérétiques, et si l'os était carié, il appliquait le cautère actuel. L'œil sain fermé, une plaque de fer, trouée vis-à-vis de la fistule, était appliquée sur l'œil malade, et le cautère, introduit par le trou, était porté rapidement sur l'os: « et puis bien asseurer, dit Paré, qu'à plusieurs l'ai appliqué avec heureuse issue. »

Dionis, lorsque la fistule ne s'était pas ouverte en dehors, c'est-à-dire quand la maladie consistait en une tumeur lacrymale simple, employait la compression, et il dit que ce moyen lui a plusieurs fois réussi, surtout chez les enfants. Un emplâtre de céruse brûlée était appliqué sur la tumeur; des compresses épaisses étaient superposées à cet emplâtre, et une bande circulaire complétait le pansement. Comme Paré, Dionis employait le cautère actuel dans certains cas de fistule.

Il faut arriver à Dominique Anel, 1716, pour voir commencer le traitement rationnel de la fistule lacrymale.

Les nombreux moyens thérapeutiques employées contre la tumeur et la fistule lacrymales peuvent être ramenés à cinq indications principales:

- A. Combattre la cause de la maladie;
- B. Rétablir les voies naturelles des larmes;
- C. Créer une voie artificielle;
- D. Oblitérer les voies lacrymales;
- E. Enlever la glande lacrymale.