

ne peut rétablir l'état normal, il incisera le canalicule lacrymal, comme nous le dirons plus loin.

Quelques chirurgiens, attribuant à la présence même des larmes dans le sac lacrymal le développement de la tumeur lacrymale, ont tenté de s'opposer à leur passage en détruisant les points lacrymaux par le fer et le feu, l'excision et la cautérisation. Je ne pense pas que la pratique soit venue justifier cette singulière idée.

Les points lacrymaux restent toujours béants, ce qu'ils doivent à l'anneau fibro-cartilagineux qui les entoure.

Canalicules lacrymaux (CC, fig. 85).

Les canalicules lacrymaux succèdent aux points lacrymaux et occupent toute la portion lacrymale du bord libre des paupières. Ils offrent deux parties très distinctes : une première, très courte, mesure 2 millimètres; elle est verticale, de bas en haut pour le canalicule supérieur, de haut en bas pour l'inférieur; une seconde partie, beaucoup plus longue (5 à 6 millimètres), est horizontale pour l'inférieur et légèrement oblique en bas et en dedans pour le supérieur.

C'est cette double direction qu'il importe surtout de connaître pour pratiquer avec succès le cathétérisme ou les injections des voies lacrymales. En effet, pour injecter un liquide par le point lacrymal inférieur avec la seringue d'Anel, je suppose, il faudra se servir d'une canule courbe, attirer légèrement la paupière en avant, de façon à faire saillir le petit cône au sommet duquel se trouve le point lacrymal, et introduire la canule en suivant d'abord une direction verticale : on l'inclinera ensuite horizontalement dans le sens du canalicule. On ne réussira pas sans cette manœuvre à pratiquer le cathétérisme des voies lacrymales, à moins d'exercer une certaine violence : c'est pour cela que l'emploi des instruments droits est si difficile, au moins dans les premières séances, et que Bowman a été obligé de pratiquer l'incision des canalicules lacrymaux pour faire pénétrer ses stylets droits dans le canal nasal : l'incision a aussi pour but, il est vrai, de permettre l'introduction de stylets de plus en plus volumineux. On se sert, pour pratiquer cette opération, du couteau de Giraud-Teulon, et plus souvent de celui de Weber, consistant en un petit stylet boutonné suivi d'une fine lame : l'instrument est introduit par le point lacrymal et poussé directement jusqu'à ce que son extrémité mousse vienne buter contre la paroi interne du sac lacrymal; un mouvement de bascule en haut suffit à compléter l'incision. Il n'en résulte pas de difformité appréciable.

D'après Sappey, les deux canalicules lacrymaux se réuniraient toujours en un canal commun avant de s'ouvrir dans le sac lacrymal.

Creusés dans chaque branche de bifurcation du tendon de l'orbiculaire, les canalicules lacrymaux sont tapissés à leur intérieur par une membrane muqueuse continue à la conjonctive : aussi peuvent-ils être obstrués par des causes diverses : inflammation chronique, granulations, polypes, valvules, etc.; on a signalé l'atrésie, l'oblitération même de leur embouchure commune dans le sac. Un épiphora sera le symptôme propre à ces diverses lésions, auxquelles on opposera, le plus souvent avec succès, l'incision du canalicule par la méthode décrite plus haut.