

près circulaire ; mais il convient de dire que pendant la vie le tendon de l'orbiculaire s'oppose à cette distension uniforme.

Les dimensions du sac sont loin d'être les mêmes chez tous les sujets. Il mesure en hauteur de 10 à 15 millimètres. Il en présente 12 sur la figure 88, et 15 sur la figure 87 ; sa largeur est de 6 à 7 millimètres. Ces dimensions sont, d'ailleurs, en rapport avec celles de la face, qui varient elles-mêmes avec chaque individu.

Les rapports du sac lacrymal ne manquent pas d'une certaine complication. Ils doivent être considérés en avant et en arrière. En avant, le sac lacrymal est recouvert par la peau, le tissu cellulaire assez dense de la commissure et le tendon direct de l'orbiculaire. Ce tendon croise transversalement le sac de façon à le diviser en deux parties inégales : la supérieure, qui est la plus petite, représente généralement le tiers de la hauteur totale. Sur le sujet représenté figure 88, le sac, dont j'ai rigoureusement pris les dimensions, ne déborde en haut le tendon que de 2 millimètres sur une hauteur totale de 12 millimètres. Il en résulte que dans la tumeur lacrymale la saillie sera située principalement au-dessous du tendon, et que c'est également toujours au-dessous de ce tendon qu'il faudra pratiquer la ponction du sac, soit pour donner issue au pus, soit pour y introduire des instruments.

Dans quelques cas exceptionnels, le tendon de l'orbiculaire divise le sac en deux parties à peu près égales, ce qui explique certaines formes de tumeur lacrymale dites *en bissac*.

Je crois bon de rappeler ici combien le rapport du tendon de l'orbiculaire avec le sac est précieux pour la médecine opératoire. En exerçant une légère traction sur la commissure externe, le tendon fait une saillie toujours appréciable, même lorsque le sac est distendu ; il se dessine sous la forme d'une bride transversale ; c'est toujours au-dessous, immédiatement au-dessous de cette bride, qu'on fera pénétrer l'instrument tranchant pour la ponction du sac ; la lame du bistouri devra être droite et étroite ; on l'inclinera obliquement en arrière, de façon à faire avec l'horizon un angle de 45° ouvert en avant ; le dos de l'instrument sera tourné vers le nez.

Si la lame est trop inclinée en arrière, elle sera arrêtée par la rencontre de la paroi inférieure de l'orbite, qui résistera, à moins de violence, et le chirurgien sera ainsi averti qu'il fait fausse route ; si, au contraire, elle n'est pas suffisamment inclinée en arrière, elle passera en avant du rebord de l'orbite, s'enfoncera dans les parties molles de la joue, et l'opérateur, ne rencontrant pas de résistance, croira être dans le sac, tandis que celui-ci ne sera pas ouvert. On conçoit qu'un caustique appliqué alors dans la plaie ne produira pas le résultat désiré.

Ces fausses routes qui, d'après ce que j'ai vu, ne seraient pas très rares, seront évitées à peu près certainement, si l'on tient compte du rapport suivant. La gouttière lacrymale, ai-je dit, est limitée par deux crêtes dont une, antérieure, est formée par la branche montante du maxillaire supérieur : or, cette crête, qui se continue avec le bord inférieur de l'orbite, est très saillante et toujours accessible au doigt. Ce sera donc un point de repère précieux, puisque le sac est placé immédiatement en arrière d'elle. Par conséquent, pour ponctionner avec succès le sac lacrymal, le chirurgien se basera sur les trois données suivantes : le relief du tendon de l'orbiculaire, la crête antérieure de la gouttière lacrymale, l'obliquité du canal. Il fera saillir le tendon par un aide, portera l'indicateur