

moyens n'en venaient pas à bout, on n'hésiterait pas à embrasser la région saignante entre les branches d'une forte pince hémostatique de Péan, ou, si l'hémorragie est minime, avec une de nos minuscules serrefines hémostatiques.

La *tuberculose caronculaire* nécessite le même traitement que la tuberculose conjonctivale.

Quant aux *infections caronculeuses* chroniques (trachome), l'*ablation* (si tout autre traitement par scarifications, cautérisations chimiques et pointes de feu a échoué) de la caroncule est indiquée, et n'a pas les dangers (Celse) qu'on lui a si souvent attribués autrefois (épiphora continué).

Le larmolement coexiste plus souvent avec une caroncule malade qu'il n'apparaît après son ablation.

L'ablation est également l'opération la moins mauvaise contre le *trichiasis caronculaire* où les poils, humides, blancs et lanugineux, sont difficiles à saisir par l'électrolyse.

L'*hypertrophie de la caroncule*, dans les larmolements chroniques, où on l'a même accusée de repousser en avant le point lacrymal inférieur, nécessiterait le même traitement après insuccès des interventions moins radicales. Cette thérapeutique chirurgicale doit être naturellement réservée aux cas où la caroncule est en cause et à ceux où les opérations destinées à redresser le point lacrymal inférieur ont échoué.

La caroncule a été quelquefois transportée en avant, quand elle s'était trop retirée à la suite d'une vaste ténotomie (*avancement caronculaire*).

CHAPITRE DEUXIÈME

APPAREIL LACRYMAL

§ 1. — Glandes lacrymales

La chirurgie des glandes lacrymales s'exerce sur les *trois* groupes de glandes qui sont : 1° la glande orbitaire ; 2° la glande lacrymale dite palpébrale, agglomération plus considérable des glandules conjonctivales dans la région externe du cul-de-sac supérieur, et qui n'est autre qu'un *groupe conjonctival externe* ; 3° les glandes conjonctivales de petit volume, invisibles sans des préparations spéciales, et qui siègent dans le reste du cul-de-sac supérieur (groupe conjonctival supéro-interne), dans le tarse (glandules lacrymo-tarsales), et même dans la caroncule (glandules lacrymo-caronculeuses).

En réalité les lésions de ces dernières formations glandulaires sont de très petit volume et, si elles sont quelquefois justiciables d'un traitement chirurgical (curage, cautérisation, extirpation), elles ne peuvent être l'objet d'une intervention régulière et typique, comme la glande orbitaire et le groupe conjonctival externe dit palpébral.

Notre thèse (1892) contient l'analyse et la synthèse de tout le système lacrymal sécréteur, construit sur le même type histologique et anatomique d'une glande acineuse analogue à une glande salivaire et poussant sur divers points de la poche conjonctivale des rameaux de divers

volumes dont certains vont assez-loin pour aller se loger dans l'orbite.

Nous examinerons d'abord les indications opératoires dans les affections de l'appareil lacrymal sécréteur, puis la technique de l'extirpation des glandes. Cette chirurgie rappelle beaucoup celle du rein.

INDICATIONS OPÉRATOIRES.

Inflammations. — Les *dacryoadénites orbitaires* suppurées seront ouvertes par une incision analogue à celle qui constitue le premier temps de l'extirpation des glandes, mais plus courte et aussi déclive que possible. Un drain minuscule sera placé le temps nécessaire. Il ne faut pas toujours chercher à intervenir par la conjonctive dans des cas semblables, sauf si l'abcès pointe nettement sur la conjonctive; des fausses routes, des inoculations orbitaires dangereuses (phlegmon total), la traversée inutile de la glande de Rosenmüller, la section du releveur palpébral (blépharoptose), pourraient en être le résultat. La cicatrice cutanée devient rapidement invisible et la fistule ne s'observerait qu'en cas de tuberculose, de lésion osseuse et cutanée ayant atteint la glande secondairement, ou enfin dans des cas tout à fait exceptionnels.

Pour la *dacryoadénite palpébrale* suppurée, l'incision sera au contraire toujours conjonctivale.

La *dacryoadénite chronique* comporte, après insuccès prolongé du traitement médical général, la cautérisation ignée interstitielle ponctuée avec un très fin cautère, l'électrolyse (Valude) surtout négative, enfin très exceptionnellement *l'extirpation*, si la glande grossit toujours, devient gênante, malgré les opérations partielles, et si l'on si l'on est autorisé à penser à un adénome ou à une tuberculose de la glande.

Traumatismes. — La *hernie* de la glande par une plaie du sourcil et de l'orbite ne sera *réduite* qu'autant que la glande n'est pas trop écrasée, souillée, remplie de corps étrangers, de terre (infection orbitaire, tétanos), et même desséchée en partie. Sinon, après une désinfection soigneuse (phéniquée), une ablation partielle ou totale de la glande est nécessaire et sans danger, vu la suppléance des divers systèmes glandulaires. Les points de suture comprendront à la fois la peau et les parties profondes pour éviter la blépharoptose due à la section traumatique du releveur et de ses expansions.

Glande lacrymale flottante. — Nous avons appelé ainsi¹ le déplacement de la glande lacrymale orbitaire, dont on a observé actuellement quelques cas.

Après avoir essayé la compression prolongée qui peut donner des succès (Snell), on a agi par l'extirpation (Noyes, Robertson, Golovine), ou la fixation (Golovine), vraie *dacryoadénopexie*.

La fixation de la glande a été exécutée par Golovine de la manière suivante. Après l'incision classique pour la mise à nu de la glande, l'organe fut saisi par une anse de soie par le milieu de son bord inférieur. Les aiguilles qui terminaient les bouts de l'anse furent poussées à travers les tissus et ressortirent en haut vers le tiers externe du sourcil. La ligature fut alors nouée et la glande attirée en haut. Pour la pousser encore plus haut, le fascia tarso-orbitaire distendu fut découpé comme un sac herniaire, et les bords de l'excision réunis par une suture; une excision ovale de peau fut également faite et les sutures cutanées passèrent aussi par le fascia et le bord supérieur du cartilage un peu comme dans l'opération de Hotz pour le trichiasis. Les sutures furent enlevées entre le troisième et le cinquième jour.

1. Cholous. *Thèse* de Paris, 1898.

Il n'y a pas encore assez de faits pour juger, si l'extirpation, qui est d'un manuel opératoire simple et sans danger au point de vue de la sécheresse de l'œil, vu la suppléance glandulaire, doit céder le pas à la fixation, qui laisse le champ libre à la récurrence.

Fistules. — Les fistules de la glande orbitaire, la vraie fistule lacrymale (Mackensie), nécessitent une opération, si la cautérisation, les injections caustiques, l'avivement et la suture n'ont amené rien de bon. Cette opération pourrait être d'emblée l'extirpation, que de Græfe a même pratiquée dans un cas semblable. D'autres opérations, plus compliquées, ont été également mises en œuvre, de même que pour les fistules des canaux salivaires. Bowman, entre autres, a obtenu un succès en opérant ainsi ; avec un fil terminé à chaque bout par une aiguille, il fit passer cette anse de la façon suivante. Une aiguille fut introduite par la fistule externe, puis traversa la paupière et la conjonctive au niveau de laquelle on fit ressortir le fil. Avec l'autre aiguille, on suivit le même chemin de façon à sortir à un demi-centimètre de la première. Les fils ressortaient par la commissure externe et étaient collés à la tempe. Plus tard on excisa la fistule et on sutura la plaie cutanée. L'anse de fil fut enfin retirée et la fistule ne se reproduisit pas. Il est probable qu'un canal conjonctival allant à la glande s'est maintenu.

Kystes. — Les kystes glandulaires seront traités par l'excision, avec incision cutanée, s'il s'agit de la glande orbitaire, avec incision conjonctivale, s'il s'agit de la glande palpébrale, avec incision conjonctivale ou cutanée comme un chalazion, s'il s'agit des glandules conjonctivales acinotarsales ou caronculaires. On aura soin de respecter le plus possible la conjonctive, lorsqu'on sera obligé de passer par cette voie.

Tumeurs solides. — Les tumeurs solides bénignes et malignes de la glande orbitaire ne diffèrent en rien du traitement des tumeurs orbitaires.

Parasites, calculs et corps étrangers. — Les parasites, les calculs et les corps étrangers devront être extirpés après incision par la voie qui permettra d'arriver le plus immédiatement au niveau de la lésion.

Troubles fonctionnels. — On devra se rappeler qu'en cas de larmolement hypersécrétoire, souvent si abondant et après insuccès complet du traitement médical et du traitement local par la dilatation progressive et les diverses interventions sur les voies lacrymales, on est en définitive obligé, pour guérir, de s'attaquer aux organes sécréteurs qui peuvent être malades et dégénérés. On choisira ordinairement l'extirpation de la glande lacrymale palpébrale.

ABLATION DES GLANDES LACRYMALES

ÉVOLUTION HISTORIQUE DES MÉTHODES OPÉRATOIRES

L'extirpation de la glande lacrymale orbitaire a été faite d'abord pour ses tumeurs et un peu dans tous les temps. On a d'ailleurs constaté qu'il n'en résultait pour le patient aucun danger de sécheresse de l'œil.

L'idée d'enlever la glande contre un larmolement incoercible est aussi fort ancienne. Mais elle avait été généralement repoussée jusqu'à notre siècle, pour une foule de raisons combinées. L'absence d'anesthésie, les craintes d'infection opératoire, l'importance et l'incertitude relatives de l'opération, ont longtemps fait reculer les opérateurs. Les chirurgiens étaient même retenus par l'idée, admise par beaucoup, avec Sténon, Janin et d'autres, que la plus grande partie des larmes venait de l'humeur aqueuse et des vaisseaux conjonctivaux ; aussi Pellier nous dit-il avoir déconseillé l'opération dans de tels cas, en se basant sur cette

donnée anatomo-physiologique, reconnue aujourd'hui inexacte.

Toutefois on devait devenir plus actif dans cette voie, surtout quand, *l'œil étant enlevé*, on ne pouvait plus supposer, ni que les larmes venaient de l'humeur aqueuse, ni que l'œil pourrait souffrir de l'opération un dommage quelconque. En 1838, comme nous l'avons remis en lumière dans notre thèse, Nelle, d'après Velpeau, obtint un succès en enlevant une glande orbitaire pour *larmoiement incoercible après une énucléation*.

L'ensemble de ces faits nous semble important pour montrer dans l'ordre des idées et des faits par quel chemin P. Bernard (1843) en est venu à extirper délibérément les deux glandes du même côté pour un larmoiement incoercible. Il pratiquait même conjointement la destruction du sac, formule qui depuis a été périodiquement reprise.

Szokalski proposa la *ligature* seule des canaux excréteurs, dans le but d'atrophier la glande. Les ligatures étaient d'ailleurs fort en honneur à cette époque où la chirurgie à ciel ouvert offrait un imprévu considérable, vu l'infection opératoire et l'absence d'anesthésie. Szokalski était d'ailleurs partisan résolu des ligatures qu'il a aussi appliquées au ptérygion.

Quoi qu'il en soit, c'est plus particulièrement la glande orbitaire qui a été enlevée jusqu'à une période relativement rapprochée de nous (Textor, Lawrence, de Wecker, Abadie, Meyer, et de nombreux opérateurs). Les deux glandes orbitaire et palpébrale ont été quelquefois enlevées (Badal).

L'ablation de la glande palpébrale saillant dans le cul-de-sac conjonctival a été pratiquée à diverses reprises par Fano et Meyer pour l'hypertrophie glandulaire compliquée de larmoiement.

De Wecker a eu le grand mérite de l'appliquer systématiquement à la cure du larmoiement (1888) et d'en régler

les divers détails opératoires de façon à en faire une des opérations fréquentes de la chirurgie oculaire. Il a été suivi dans cette voie par d'autres chirurgiens (Chibret, Terson père, Panas, Truc, A. Terson). Les recherches anatomiques qu'ont entraînées les diverses interventions sur l'appareil glandulaire, ont justifié, dans leur ensemble, les tentatives opératoires que le XIX^e siècle a inaugurées sur ce terrain, comme sur plusieurs autres de la chirurgie oculaire.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — 1^o *Glande orbitaire*. — On se gardera d'intervenir par la conjonctive. Ceux qui ont cru d'ailleurs enlever la glande orbitaire par la conjonctive, ont ou bien commis une erreur anatomique, et pris la palpébrale pour l'orbitaire, ou ont été obligés à des délabrements considérables (sacrifice préalable de la glande palpébrale, section des expansions du releveur, etc.). La crainte d'une cicatrice cutanée est ici tout à fait ridicule, vu que la cicatrice en plein sourcil sera invisible.

L'incision pourra même être faite au niveau du quart externe du sourcil rasé (fig. 49) (Halpin, Lawrence, Abadie). On évitera le procédé de Velpeau qui fendait et relevait ensuite la commissure externe, et le procédé d'Acrel qui incisait à côté du

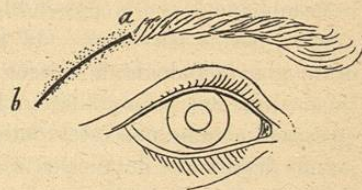


FIG. 49. — a, b, incision pour l'ablation de la glande orbitaire.

On incise sur le rebord orbitaire si facile à sentir, plan par plan, jusqu'à la loge glandulaire, en évitant le plus possible d'aller vers la ligne médiane, ce qui sectionnerait le tendon releveur si mince et si peu visible et donnerait une blépharoptose. On reconnaît la glande à son aspect gris rougeâtre et bosselé, et, vu son agglomération en chou-fleur dans une loge spéciale, on se propose de l'enlever

tout entière (*énucléation* de la glande orbitaire). On l'attire fortement avec une pince égrigne. On la dégage et on sectionne le pédicule au ras de la glande. On pince avant ou après l'artère et on la tord pour assurer l'hémostase dans la loge qui sans cela se remplit d'un caillot. Des points de suture à la soie fine doivent prendre la peau, mais aussi les parties profondes, de façon à réunir les expansions aponévrotiques divisées. Le drainage (drain, crin de Florence) est généralement inutile. On pourra laisser la partie déclive de la plaie moins exactement suturée, pour assurer l'écoulement des liquides et surveiller leur nature. L'antiseptie la plus rigoureuse (lavage phéniqué) sera combinée à l'asepsie de tout le matériel opératoire.

Suites. — Les suites sont généralement bonnes, sauf le phlegmon de l'orbite en cas d'erreur d'antiseptie, et la blépharoptose, en cas d'opération trop large, qui nécessite des interventions complémentaires.

On reconnaîtra que l'ablation de la glande orbitaire, sauf pour tumeurs, est de moins en moins employée contre le larmolement, vu la possibilité d'insuccès complet dans ce cas, par la persistance de l'hypersécrétion lacrymale de la glande palpébrale laissée en place, pour les autres raisons qui ont toujours fait à bon droit considérer cette opération comme une intervention d'exception, et plus que jamais depuis que de Wecker a conseillé et réglé l'ablation de la glande palpébrale.

2° *Glande palpébrale.* — Quoique l'opération paraisse plus simple que l'extirpation de la glande orbitaire, il est aisé de s'apercevoir que, pour l'exécuter *très complètement* et *sans dégâts* fâcheux, il faut bien connaître le terrain anatomique sur lequel elle s'exerce, et être *parfaitement aidé*. 2 aides sont extrêmement utiles, si l'on veut opérer convenablement, pour fixer exactement le globe, la commissure externe et aussi pour éponger minutieusement.

L'anesthésie chloroformique ne serait indispensable que

pour des sujets pusillanimes, sinon la cocaïnisation par instillations est seule indiquée. On se gardera des injections sous-cutanées et sous-conjonctivales qui masquent absolument le terrain opératoire.

Le but est d'enlever la presque totalité des glandules conjonctivales externes, mais on doit se rappeler qu'étant moins massées que la glande orbitaire, et n'étant pas comprises dans une loge spéciale, c'est par une *dissection* conjonctivale soignée que l'on doit enlever la plus grande partie des glandes accumulées dans la région supéro-externe du cul-de-sac. *Pour être complète*, cette dissection doit descendre jusqu'au niveau de la commissure externe inclusive-ment. *Pour ne pas être dangereuse* (section du *releveur*), la dissection ne doit commencer en dedans que sur le point où, après avoir fait saillir *convenablement* la glande, manœuvre capitale, comme nous le verrons, les nodules glandulaires commencent à se dessiner. En aucun cas, elle ne devra dépasser en dedans le tiers externe du cul-de-sac supérieur.

L'*accessibilité* de la glande palpébrale est *notablement différente* suivant les sujets. Autant elle est facile à mettre en évidence avec les gros yeux saillants et les paupières larges et molles, autant il est difficile de la faire sortir chez les sujets dont les yeux sont enfoncés, les paupières courtes et bridant le globe. De plus cette glande a un volume apparent *très différent* suivant les cas : chez quelques sujets et plus souvent chez les sujets atteints de larmolement très abondant, la glande est énorme, bosselée ; elle fait hernie comme un haricot à la plus légère tentative de projection. Chez d'autres, on n'arrive jamais qu'incomplètement à la faire saillir.

La première chose à faire consiste donc à amener à ciel ouvert et largement le terrain opératoire, comme de Wecker l'a indiqué. Pour cela, la mise en position des aides est indispensable.

Le malade étant couché, un des aides place un petit releveur à manche sous la paupière supérieure et un peu en dedans de façon à relever la partie supéro-interne du bord ciliaire : de l'autre main cet aide épongera le sang. L'autre aide saisira d'une main la pince à fixer et la placera exactement à côté du limbe *en dehors et en haut*, de façon à tirer vers lui l'œil du malade qu'on priera de seconder le mouvement en regardant le bout de son nez. Avec le pouce de l'autre main, l'aide appuiera à côté de la commissure externe et en la tendant contre l'os, on verra la glande, si elle est volumineuse, faire une saillie bosselée semblable à une petite gousse de légumineuse. Dans les cas où la glande est ou paraît petite et où les paupières sont bridées, on peut penser à la *canthotomie*, mais ce ne serait que s'il y a un véritable phimosis palpébral qu'on y aurait recours, car il se produit une hémorragie assez abondante et à laquelle l'hémostase ne remédie que pour l'artériole, sans parler d'une douleur assez vive, si le malade n'est pas chloroformisé. Dans ces conditions, il y a là une complication de début qu'on évitera le plus possible, et qui, en aucun cas, ne saurait faire partie de l'opération régulière et habituelle.

Si la glande ne sort pas suffisamment, on l'attire vigoureusement avec une petite pince érigne, instrument nécessaire à tous les temps de l'opération.

On a également exécuté ce premier temps en renversant la paupière et en introduisant sous la peau la spatule à paupières pour faire saillir la glande (Panas). Nous employons de préférence l'attraction directe par la pince érigne.

D'autres opérateurs (Chibret) ont encore proposé l'attraction avec un fil ou pensé à introduire par-dessous un crochet mousse, dans le genre de l'aiguille de Deschamps ou un crochet à strabisme. Si l'on emploie ces manœuvres généralement inutiles, on se méfiera de ne pas trop modifier les rapports du groupe glandulaire mobile qu'il reste à disséquer.

Pour cela, une incision au bistouri est faite sur le grand axe jusqu'à la commissure externe (fig. 50), puis à la pince et au bistouri, on dissèque la glande qui est comprise dans un tissu assez dense et assez adhérent à la conjonctive. On la libère peu à peu et on la saisit en plein avec la pince érigne, dès que les nodules ont commencé à émerger

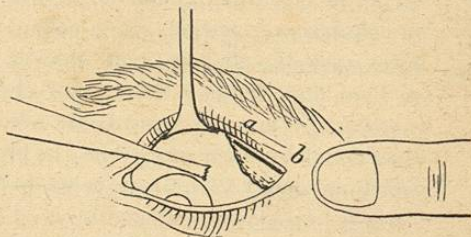


FIG. 50. — a, b, incision (ligne noire) pour l'ablation de la glande palpébrale.

du fond de l'incision. On a soin de n'exciser la glande que lorsqu'elle est bien disséquée. On commence alors à la détacher avec les ciseaux courbes

mousses, sans enlever aucun morceau de conjonctive et en allant jusqu'au-dessous de la commissure externe. On extirpera en débutant, la partie interne, car c'est là le point dangereux, avec section possible du tendon du releveur palpébral. Il y a une règle habituelle, en médecine opératoire, de commencer à charger par le point dangereux pour s'en débarrasser de suite, le mettre hors d'état de nuire et marcher ensuite sans crainte. On charge ainsi dans les paquets vasculo-nerveux l'artère du côté du nerf pour éviter toute erreur finale de ce côté. Il y a une hémorragie artérielle quand on enlève les lobules les plus externes de la glande. Une pince hémostatique la réduira autant que possible. Toutefois il y a presque toujours une ecchymose palpébrale pendant une semaine et il est bon d'en prévenir les malades. On s'abstiendra de suture : la cicatrisation se fait sans encombre, et il n'y a ni infection si on n'a pas opéré au contact d'une dacryocystite et si on a été aussi propre que possible, ni blépharoptose, si l'opération a été conduite sans encombre et régulièrement.

Nous n'avons pas essayé le procédé qui consisterait à combiner la ligature de Szokalski à l'excision. Il serait possible, cependant, d'introduire sous la glande une aiguille de Deschamps armée d'un double fil et de lier ensuite en deux parties la base de la glande complètement pédiculisée. On exciserait ensuite la glande au-devant de la ligature, dont on conserverait les chefs en en collant à la tempe les extrémités avec du collodion, pour enlever facilement les soies au bout d'un temps à déterminer et suivant le degré de réaction. Ce procédé serait facile avec de grosses glandes assez mobiles et bien accessibles. Le procédé que nous avons décrit en détail et qui est celui de Wecker, a le mérite d'enlever la glande palpébrale et d'oblitérer les canaux de la glande orbitaire, qu'on enlève en même temps, car ils traversent la glande, et reste le meilleur à l'heure actuelle.

On a aussi proposé la simple cautérisation superficielle (Bettremieux) pour oblitérer les canaux glandulaires, la cautérisation profonde, interstitielle par le cautère actuel et l'électrolyse, moyen aveugle et qui n'est peut-être pas exempt de dangers (symblépharon) tout en pouvant rester insuffisant. Aussi réservera-t-on surtout ces procédés (de même que les ablations de nouvelles parties de la glande ou d'une bande de conjonctive à ce niveau, si on suppose que l'ablation a été incomplète) pour les cas où le résultat est insuffisant, le larmolement continuant malgré tout.

Suites. — On a quelquefois observé après l'opération un catarrhe conjonctival chronique qui d'ailleurs a guéri peu à peu. Il n'est pas démontré que la sécheresse post-opératoire fût en cause ou fût la cause unique; il peut y avoir eu des infections surajoutées: nous nous sommes demandé aussi si la section du nerf lacrymal et de ses filets n'avait pas eu une influence dystrophique ou mettant la conjonctive en état de moindre résistance aux infections.

Pour de plus grands détails dans ces interventions sur

la glande palpébrale, nous renvoyons à notre thèse et à un travail consécutif¹. Rappelons aussi qu'on ne fera jamais l'extirpation de la glande dans le but d'agir sur le sac lacrymal suppurant ou sécrétant des mucosités.

Histologiquement, les glandes enlevées et qui sont d'habitude augmentées de volume ne présentent pas toujours de lésions caractéristiques. Toutefois il était permis de penser, comme nous l'avions dit, que, dans certains cas, on pourrait retrouver des lésions analogues à celles que Klippel et Lefas ont rencontrées dans les glandes salivaires des tabétiques atteints de sialorrhée.

Stanculeanu et Lefas ont retrouvé récemment dans diverses glandes enlevées des lésions de dégénérescence analogue et il y a là un fait de plus pour penser que dans beaucoup de cas de larmolement la glande lacrymale n'est pas saine et que la dégénérescence de son tissu, secondaire ou non à une lésion vasculaire (artério-scléreuse) ou nerveuse, est une des causes de l'épiphora, quelquefois si abondant que le rétrécissement ou même l'obstruction des voies lacrymales, s'ils existent, n'en sont pas la cause principale. A plus forte raison, lorsqu'avec un canal lacrymal libre au point d'admettre facilement la sonde n° 5 et un orbiculaire fonctionnant bien, il y a toutefois un larmolement incoercible justiciable de l'extirpation de la glande palpébrale.

Résultats. — Les résultats sont favorables, quand il n'y a aucune suppuration des voies lacrymales. Dans quelques cas, le larmolement disparaît *totalemment*. Chez une malade atteinte d'un épiphora extrême, alors que les voies lacrymales étaient *très larges*, l'extirpation de la glande lacrymale palpébrale nous a donné un succès absolument complet, persistant, identique depuis plusieurs années. Quelle que soit l'excitation extérieure (courant d'air en voiture découverte et à bicyclette), il n'y a jamais nécessité

1. A. Terson. *Archives d'ophtalmologie*, 1897.

d'essuyer les yeux et, chose tout à fait remarquable, à la suite d'un chagrin, la malade verse quelques larmes. Ceci est important à noter, car on a affirmé, aussi bien après l'ablation de la glande orbitaire que de la glande palpébrale, que les sujets ne pouvaient plus pleurer de chagrin. Dans notre thèse, nous basant sur l'anatomie, la physiologie et les résultats opératoires, nous avons pensé au contraire qu'il n'y a aucune différence de *nature* entre la sécrétion des trois grands systèmes glandulaires, orbitaire, palpébral, conjonctival. Il ne s'agit que d'une question de *quantité* en rapport avec la grosseur de la glande. En réalité, qu'il s'agisse d'une excitation physique ou psychique, on pleure avec toutes ses glandes lacrymales.

On s'abstiendra d'enlever la glande lacrymale, tant qu'il y aura la moindre sécrétion purulente ou muqueuse qui suffit à exciter la sécrétion de la conjonctive et de ses glandes qu'on ne peut enlever.

Enfin nous avons soutenu, nous basant sur *plusieurs* faits d'extirpation de la glande orbitaire et palpébrale *du même côté*, dus à Panas, Wagenmann et de Spéville, ou sur nos extirpations de la palpébrale seule (qui agit aussi en atrésiant les canaux de l'orbitaire) que lorsqu'il y avait *occlusion totale* du canal lacrymal, du sac ou des points et canalicules lacrymaux, l'extirpation glandulaire, même paraissant très complète, améliorait les malades, mais ne donnait pas sur le larmolement des résultats aussi complets que lorsque les voies lacrymales sont perméables et même largement perméables, quoiqu'un larmolement violent ait continué et ait donné l'idée d'une ablation glandulaire. D'après l'examen de nombreux malades, nous croyons en effet qu'il existe deux grandes variétés de larmolement, *hypersécrétoire* et *hypoexcrétoire*, mais avec des cas *mixtes* où il y a simultanément lésion glandulaire et rétrécissement du canal ou lésion de l'orbiculaire.

On a souvent dit qu'après l'occlusion complète du sac,

les malades ne larmoient plus. Par l'observation attentive de malades atteints, surtout par traumatismes (*fracture des os du nez*, section traumatique des canalicules, destruction du sac, oblitération par diverses opérations, telles que le sondage maladroit ou excessif des canalicules) *d'occlusion totale* des voies lacrymales, nous avons remarqué que, s'ils pleurent quelquefois peu, en tous cas moins qu'avant que l'occlusion du sac ou des points les ait débarrassés du reflux purulent du sac sur la conjonctive, beaucoup restent néanmoins fort gênés par le larmolement et *viennent consulter pour en être débarrassés*. La glande palpébrale paraît souvent peu volumineuse chez ces sujets et n'a pas le volume considérable (haricot) qu'elle présente chez les hypersécrétoires. Enfin l'ablation de la glande palpébrale ne nous a pas paru les guérir complètement, preuve que les voies lacrymales servent à quelque chose, que leur suppression aboutit à un larmolement plus ou moins prononcé, mais réel, et que l'ablation de la palpébrale le diminue sans le supprimer tout à fait.

La question est de savoir si, lorsque l'ablation de la glande palpébrale a échoué, on doit intervenir sur la glande orbitaire. On a eu des succès dans cette voie (Truec), mais on a eu aussi des insuccès, comme plusieurs observations le prouvent, et l'extirpation des deux glandes ne suffit pas toujours à guérir, pas plus que celle d'emblée de la glande orbitaire. On commencera donc *toujours* par extirper la glande palpébrale. L'opération suffira souvent et a de plus une action sur la glande orbitaire. Si on échoue partiellement, cela peut tenir sans doute à une hypersécrétion de la glande orbitaire, qu'on est toujours autorisé à enlever comme dernière ressource, mais aussi à un rétrécissement accentué des voies lacrymales, à leur obstruction totale, ou enfin à des éversions des points et à un défaut de fonctionnement de l'orbiculaire. Peut-être même un développement excessif et une hypersécrétion des glandes *conjuncti-*

vales du cul-de-sac supérieur sont-elles en cause, sans parler des cas où l'extirpation de la glande a pu être incomplète.

Les opérations sur la glande lacrymale palpébrale sont donc justifiées, que l'organe soit sain en apparence, mais qu'il donne trop de larmes, ou qu'il soit hypertrophié et malade, comme l'examen histologique a paru le démontrer quelquefois.

Ces opérations constituent le meilleur moyen pour *diminuer* ou *supprimer* l'épiphora. Elles n'entraînent aucune perturbation profonde dans le fonctionnement de l'appareil lacrymal, car les recherches anatomiques nous ont enseigné que les trois grands systèmes de glandes lacrymales ne diffèrent pas comme qualité de sécrétion, et qu'un seul, le conjonctival, suffit à la lubrification de l'œil.

Si elles sont convenablement pratiquées, ces opérations n'entraîneront ni cicatrice, ni blépharoptose, ni suppuration, si on évite de les pratiquer chez des suppurants du sac. Elles permettent de *guérir* le *larmolement hypersécrétoire* que l'on considérait auparavant comme *incurable* (Galezowski) : elles *améliorent* les autres larmoyants et n'échouent que lorsque la glande n'est pas en cause. D'où la règle de ne jamais s'en tenir à ce moyen, dans le larmolement, et de commencer toujours par faire tout le possible pour le traitement local d'une affection *diagnostiquée, du sac, des points lacrymaux, de la conjonctive, de l'orbiculaire* et quelquefois même d'une *névrose* ou d'une affection nerveuse organique (tabes).

Dans ces conditions et seulement alors, l'opération constitue un progrès réel dû à de Wecker.

§ II. — Voies lacrymales.

Beaucoup des procédés appliqués à la cure des affections lacrymales chroniques sont absolument inefficaces et un

grand nombre aggrave considérablement la situation. Il suit de là qu'en raison de la difficulté du terrain et de l'époque généralement très *tardive* où les malades viennent consulter, les procédés utiles sont peu nombreux et ont reparu périodiquement sous diverses formes dans la cure des affections lacrymales.

Une étude historique des grandes lignes thérapeutiques montrera ce qui revient aux anciens et aux modernes sur ce sujet qui serait beaucoup moins touffu qu'il ne l'est dans les livres, si on se préoccupait de grouper les méthodes et l'évolution des idées au lieu de se borner à indiquer les innombrables détails de procédés qui se sont si souvent copiés mutuellement.

INCISION DU SAC

ÉVOLUTION HISTORIQUE DES MÉTHODES OPÉRATOIRES

Les chirurgiens grecs et romains ignoraient l'anatomie des voies lacrymales, tandis qu'ils connaissaient les glandes, aussi ne se sont-ils pas préoccupés du sondage. Ils se bornaient à traiter les abcès, les fistules et les tumeurs du sac, comme des abcès, des fistules ou des kystes vulgaires. Mais ils avaient trouvé l'os malade dans certains cas et vu la nécessité de l'atteindre par la cautérisation. Aussi les livres de Celse, de Galien, d'Aétius et de Paul d'Égine donnent-ils des descriptions de l'incision, du raclage, de la cautérisation ignée et chimique, enfin de l'extirpation du sac lacrymal. Aétius indique même de cautériser l'embouchure des canalicules dans le sac, quand on fait la cautérisation ignée. Les livres des Arabes, les livres des chirurgiens du moyen âge (Guy de Chauliac), et du xvi^e siècle (A. Paré, Guillemeau) ne contiennent absolument rien de nouveau. La cautérisation ignée, avec l'antique cautère à boule, reste

le moyen curatif le plus fréquent. Toutefois Fabrice d'Acquapendente insiste beaucoup sur le *raclage du sac* et donne la description de plusieurs « ratissoirs » pour cet usage.

Ces moyens furent repris par Nannoni, Desmarres et bien d'autres chirurgiens (Chalot, Fonseca, Panas) : mais il n'y a aucune différence essentielle avec la pratique des anciens, sauf le bénéfice réel provenant des conquêtes de l'anesthésie, de l'électricité et des autres moyens accessoires.

Certains, avec Bosche, trouvent plus simple d'oblitérer la communication avec le sac en fermant les points lacrymaux, soit par excision, soit avec des aiguilles rougies par le feu ou l'électricité. De nos jours, ce procédé a reparu et on a même lié les canalicules (Eversbuch).

Les anciens, avec Archigène, recommandaient aussi de créer dans certains cas de *nouvelles voies osseuses*, et c'est pour cela qu'ils perforaient souvent l'unguis. Tous ces procédés insuffisants ont été repris dans tous les temps, et on a été jusqu'à tâcher de diriger les larmes dans le sinus maxillaire.

D'innombrables cautérisations chimiques renouvelées des anciens ont été pratiquées : plus près de nous, le crayon de nitrate d'argent (Heister), le chlorure de zinc en flèche, le beurre d'antimoine ont été surtout employés.

Toutes ces cautérisations se faisaient par une incision *cutanée* du sac.

C'est à Pouteau que reviennent l'idée et la pratique d'ouvrir le sac lacrymal, non par la peau, mais par le *cul-de-sac conjonctival*.

La découverte des voies lacrymales (Vésale, Fallope) a inauguré une ère nouvelle. On chercha à sonder les voies lacrymales et on y réussit. Anel (1713) employa ce nouveau procédé, quoiqu'il semble avoir été précédé dans cette voie par diverses tentatives peu connues. C'est à lui qu'on doit le sondage par les canalicules, surtout le supé-

rieur, et les injections à la seringue, surtout par le canalicule inférieur. Plus près de nous, Bowman, en fendant le point lacrymal, a amélioré la méthode d'Anel, surtout en introduisant par les points lacrymaux incisés des bougies dilatatrices de volume progressif que certains chirurgiens sont arrivés à faire énormes.

Foubert et J.-L. Petit reprenant des idées antérieures, combinèrent la méthode des anciens avec celles des modernes en incisant le sac par la peau et en introduisant des canules dans le canal lacrymal. Tous ces procédés avec diverses canules, jusqu'à la *canule-monstre* d'A. Bérard, ont eu une vogue incroyable et charlatanesque dans les mains des plus grands chirurgiens : mais tous ces procédés à corps étrangers sont délaissés aujourd'hui, on sait ce qu'il faut penser du sort de ces opérés que l'on proclamait guéris dès que la canule venait d'être mise plus ou moins en place, de gré ou de force.

Enfin on songea à sonder le canal par en bas de même qu'on l'avait fait par en haut. Laforest, puis Gensoul sont deux noms à retenir à ce sujet, bien que quelques tentatives aient été faites avant Laforest ; mais des difficultés anatomiques ont, plus encore que pour les autres procédés, empêché la généralisation de ce procédé si peu pratique et dont rien ne prouve la supériorité, quoique reparaissant périodiquement.

Ces manœuvres furent suivies de l'introduction et de l'acheminement à travers le canal d'objets de diverse nature (fils, corde à violon, mèches, flocons de soie, etc.).

Mentionnons aussi l'*électrolyse* (Gorecki) et le curettage repris par Mandelstamm, Despagnet et Terson père sous diverses formes.

C'est au XIX^e siècle qu'on s'est adressé à l'ablation des glandes lacrymales.

En somme des différences minimales et accessoires séparent la pratique de nos jours de celle des siècles précédents,