

sauf en ce qui concerne l'extirpation des glandes, qui est la dernière méthode venue.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Nous examinerons maintenant les *indications opératoires* dans les maladies des points et des canalicules.

Éversion du point lacrymal inférieur. — Nous avons vu plusieurs fois des malades atteints de larmolement avec légère éversion du point lacrymal inférieur. Ces malades avaient été soignés ailleurs par la simple dilatation du point lacrymal et les sondages : ils *larmoyaient autant qu'auparavant*, car le point lacrymal béant et dilaté ne baignait pas suffisamment dans le lac lacrymal. Il nous a suffi d'en pratiquer la sphinctérotomie oblique pour qu'en continuant des sondages désormais efficaces, le larmolement fût guéri. On devra donc absolument se garder de l'exclusivisme de la dilatation pure et simple : les sondes les plus grosses peuvent être alors de nul effet. Si donc il est permis en l'absence absolue, en somme rare, d'éversion des points lacrymaux, de se borner à la dilatation, on pratiquera au contraire l'incision d'emblée, à la plus légère éversion, ou après avoir constaté l'insuccès de la dilatation.

On doit se demander dans des cas semblables, si, *concurrentement* avec la dilatation ou la sphinctérotomie, il n'est pas indiqué de pratiquer des opérations destinées à remettre à sa place et même à attirer plus fortement en arrière le point lacrymal inférieur. Plusieurs chirurgiens sont entrés dans cette voie par des opérations *conjunctivales*. Desmarres père rapporte dans son traité qu'il a agi déjà dans ce sens, soit en enlevant des portions de conjonctive, soit en cautérisant simplement la muqueuse. Mais il se déclare peu satisfait des résultats.

Nous avons plusieurs fois aussi pratiqué soit une résec-

tion conjonctivale, soit une cautérisation ignée en arrière du point lacrymal, en trainée *perpendiculaire*. Bien qu'assez justifiées, ces opérations, pratiquées avec prudence, n'ont pas entraîné un redressement très marqué, et, si on avait enlevé ou cautérisé une grande étendue de conjonctive dans l'étroit espace qui sépare le canalicule inférieur du cul-de-sac, il est permis de penser qu'un symblépharon partiel en aurait été la conséquence et que la grosse bride cicatricielle consécutive aurait provoqué des ennuis divers, constitué une lésion nouvelle et peut-être dévié, déformé ou même rétracté par trop le point et le canalicule.

Dans l'ectropion paralytique, c'est plutôt à la tarsorrhaphie *interne* qu'on s'adressera pour remonter le point lacrymal inférieur.

Sans rejeter ici absolument les opérations *conjunctivales* dans l'angle interne quand il n'y a qu'un léger degré d'éversion, nous pensons qu'elles sont insuffisantes dans les inversions marquées, que trop étendues elles pourraient être nuisibles et que, si une incision canaliculaire un peu large par exception, ne suffit pas, il vaut mieux s'adresser à une opération *cutanée* ou la combiner avec le reste.

Ces opérations cutanées, très simples, n'occasionnant après réunion par première intention aucune cicatrice, sont celles que Weber a si justement recommandées pour diminuer la laxité de certaines paupières. On les fera de préférence dans le voisinage de la commissure *externe*. En serrant dans les mors d'une pince la quantité de *peau* et d'*orbiculaire* peaucier à réséquer pour rendre aux paupières flasques leur tension et leur élasticité primitives, on réséquera soit un triangle à base tournée vers la commissure externe et placé en général près du milieu de cette commissure, soit un croissant.

On aura soin de bien mesurer à l'avance la quantité de peau à enlever, au besoin de la dessiner, en cas d'inexpérience, au crayon dermatographique, de façon à ne pas dépasser les dimensions suffisantes, et à ne pas entraîner un écar-

tement disgracieux de l'angle externe des paupières qui resterait un peu éloigné du globe en cas de résection excessive. Cet accident serait aisément réparable par un ou deux points de canthorrhaphie externe, mais il est naturellement préférable de l'éviter.

On combinera ces opérations avec toutes les autres interventions, même la résection conjonctivale rétro-canaliculaire, pour rendre aux paupières leur fonctionnement régulier. C'est en somme un rétrécissement chirurgical de la peau doublée de l'orbiculaire qu'on exécute pour lutter précisément contre la laxité démesurée de certains orbiculaires qui récupèrent ensuite leur action sur l'absorption des larmes et secondent l'effet de la canalisation.

Fistules. — Les fistules des canalicules (Jobert) sont fort rares : on est amené quelquefois à les oblitérer par la cautérisation chimique ou ignée, combinée à la canalisation.

Oblitération. — On éliminera le larmolement résultant d'une oblitération totale du sac, par inflammation, traumatisme ou opération destructive. De même on vérifiera avec soin par le sondage prudent ou à la rigueur l'injection qui est plus difficile à interpréter, le degré de perméabilité des deux canalicules, et on se rappellera que si le canalicule inférieur est totalement et définitivement bouché, il est permis d'intervenir largement sur le canalicule supérieur.

Dans les cas d'atrésie totale des canalicules ou d'imperforation des points, on a pensé à créer une large ouverture (Petit, Léveillé) faisant communiquer la conjonctive et le sac à plein canal, suivant l'incision de Pouteau, mais on a échoué jusqu'ici quand il s'est agi de conserver une communication large et définitive, même avec canule à demeure.

Le cathétérisme rétrograde a été aussi tenté, mais, outre ses difficultés, on ne voit pas comment il pourrait, même avec une sonde ou un fil métallique à demeure, créer un canalicule définitif. C'est la même question que pour le

symblépharon, sur un terrain encore plus mauvais. Si le larmolement est considérable, ce qui n'est pas constant, mais ce qui arrive quelquefois, on n'a à proposer que l'extirpation glandulaire, surtout celle de la glande palpébrale. Mais on n'arrivera pas toujours à un résultat complet, même après extirpation de la glande orbitaire et de la glande palpébrale. La sécrétion des glandes conjonctivales persiste, et nous croyons que l'oblitération totale des voies n'est pas non plus étrangère à la persistance d'un certain degré de larmolement hypoexcrétoire.

Quoi qu'il en soit, comme on n'a pas l'embarras du choix, c'est à l'ablation de la glande qu'on s'adressera pour améliorer, sinon pour guérir.

Tumeurs. — Les tumeurs, polypes, ou les néoformations massives (tuberculose), seront traités par l'extirpation, le raclage et la cautérisation ignée.

Corps étrangers et calculs. — Les corps étrangers (cils, barbes de blé, fragments de canules, de sondes et de couteaux, de projectiles, etc.) et les calculs seront, *lorsque l'extraction sera justifiée et possible*, extraits avec la pince, soit par une incision plus ou moins large au niveau de la saillie qu'ils font, soit, s'ils sont dans le canal, par une incision cutanée, ou enfin refoulés dans les fosses nasales. On pourra aussi penser à l'attraction par un gros aimant pour les corps magnétiques.

La radiographie combinée à l'extraction par les fosses nasales, avec une forte pince, a donné à Mounier un beau succès qui servira de modèle¹. Ce fait nous indique que nous sommes mieux outillés qu'autrefois pour la recherche des corps étrangers des voies lacrymales et là, comme ailleurs, maniée avec prudence, la radiographie rendra service. Autrefois on extrayait les corps étrangers des voies lacrymales surtout quand ils émigraient après avoir produit

1. Monnier. *Soc. franç. de rhinologie*, mai 1898.

des dégâts. Une statistique célèbre et qui, plus que toute autre considération, inspirera d'utiles réflexions sur les résultats des méthodes brutales, est celle de Darcet, citée par Carron du Villards sur les lésions produites par les canules ambulantes qui voyageaient, au prix de perforations osseuses, dans les sinus, les cornets et les autres régions voisines des voies lacrymales.

Kystes. — On observera très exceptionnellement, comme chez une de nos malades, une formation *kystique* dans un des canalicules, formation à ne pas confondre avec un chalazion. Après insuccès du cathétérisme, le curettage ou l'ablation sont indiqués, si la difformité s'accroît, mais il y aura une récédive, si on laisse la plus petite partie du kyste.

Technique opératoire.

INCISION DES POINTS LACRYMAUX.

L'incision des points lacrymaux se fera après avoir bien tendu le canalicule avec l'index ou le pouce de la main gauche. Il est auparavant utile de dilater au stylet conique *le point*, même paraissant large, et *le canalicule*. On l'emploiera presque toujours, l'enfonçant et le roulant dans les doigts, presque dans le sac, pour préparer à l'incision et au sondage immédiats. A plus forte raison est-il indispensable lorsque le point est éversé, réduit et atrophié.

On incise ensuite avec le couteau boutonné, préférable aux ciseaux à branche boutonnée qui ont été employés quelquefois. On veillera, comme de Wecker l'a recommandé, à faire le plus souvent une petite incision (sphinctérotomie) *oblique* vers le cul-de-sac conjonctival, au lieu d'une large et *machinale* incision de tout le canalicule jusqu'à la caroncule, comme on le fait encore trop souvent. Ce n'est que pour le point supérieur qu'on se permettra de longues

incisions. Landolt propose même dans certains cas d'infection d'inciser largement les canalicules inférieur et supérieur et de sectionner d'un coup de ciseaux le pont qui sépare les deux incisions, de façon à ouvrir le sac le plus largement possible. Mais, si larges et utiles que soient quelquefois les incisions de ce genre, on ne saurait abandonner complètement et définitivement les incisions par la paroi antérieure, cutanée, du sac dans le *phlegmon*, où un débridement externe n'expose pas aux fausses routes, au phlegmon de l'orbite et évacue le pus sur la joue au lieu de le ramener sur l'œil.

Dans quelques cas rebelles on a pratiqué sur le canalicule inférieur des opérations un peu différentes de celles qu'on emploie ordinairement. Critchett, après d'autres, enlevait la paroi postérieure du canalicule de façon à donner une vraie gouttière; c'est la *sphinctérectomie* par rapport à la *sphinctérotomie* simple.

Ces procédés ne doivent donner guère d'autres résultats que ceux de l'incision totale du canalicule, incision dont on connaît les fréquents insuccès. La résection de la caroncule que l'on accusait d'éverser le point lacrymal agit peut-être par rétraction cicatricielle.

Ces diverses interventions sont destinées à passer d'énormes sondes. Nous croyons que si on se décide à de très grandes incisions, il vaut mieux les réserver pour le canalicule *supérieur*, où la grande incision n'a pas les mêmes inconvénients, et où l'entrée *large*, en *ligne directe*, dans le sac lacrymal, offre des avantages pour l'introduction de grosses sondes métalliques ou médicamenteuses (sondes au protargol d'Antonelli, etc.) et de certains instruments (curettage sans incision cutanée). Le canalicule lacrymal *inférieur* au contraire devra être soumis seulement à des incisions petites ou moyennes (fig. 51) et l'introduction de volumineuses

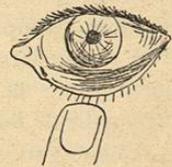


FIG. 51. — Sphinctérotomie du canalicule lacrymal.

sondes a *facilement* pour résultats, en violentant le canalicule inférieur qui *se coude à angle droit* avec la direction du sac, des atrésies, des hémorragies et quelquefois l'*oblitération totale*. Aussi toutes les interventions larges et la

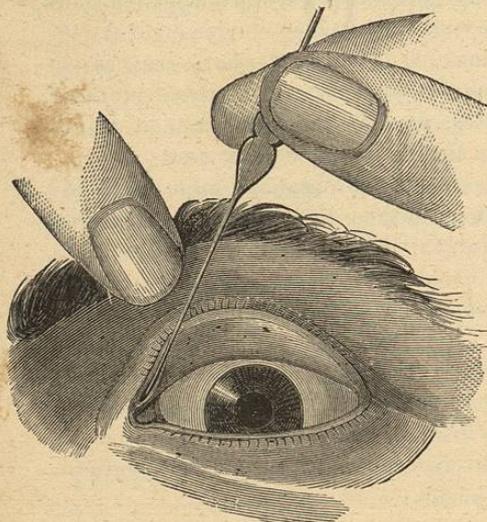


FIG. 52. — Cathétérisme du canalicule lacrymal supérieur.

stricturotomie seront de préférence pratiquées par le canalicule supérieur, après une large incision du canalicule (fig. 52).

Galezowski a recommandé de respecter le point lacrymal et de faire à une petite distance l'incision du canalicule. Que dans ces conditions l'incision puisse donner quelques résultats, combinée à

la canalisation, rien que de naturel. Mais que le point lacrymal serve alors encore à quelque chose, voilà ce qu'on ne saurait comprendre, pas plus que l'aspiration par le bout d'un cigare largement crevé sur un point. Il nous semble donc inutile de compliquer et de déplacer ainsi l'incision du canalicule lacrymal inférieur, sauf si le point est atrésié.

D'autre part, si, pour le larmolement seul, on n'est pas résolu à inciser les deux canalicules, il est plus utile d'inciser le canalicule inférieur que le supérieur. En plus des résultats de l'expérience, il suffit de voir la perturbation et le larmolement résultant de l'éversion du point inférieur, le

point supérieur restant absolument en place, pour comprendre que le point inférieur est celui auquel il faut surtout s'adresser pour lutter contre le larmolement. Son incision, tour à tour trop vantée et trop décriée, est une bonne opération qui, avec le cathétérisme, permet de guérir complètement nombre de malades, à condition de la combiner aux autres moyens et procédés logiques, de l'appliquer aux cas qui en sont justiciables et de la pratiquer convenablement.

CATHÉTÉRISME

Le cathétérisme sera, lorsqu'on l'exécutera pour la première fois, précédé de la dilatation du point lacrymal au moyen du petit stylet à pointe mousse. Il faut de plus *dilater le canalicule* qui lui fait suite, en faisant rouler le stylet entre les doigts jusqu'au niveau du sac. Il arrive sans cela quelquefois que le cathétérisme échoue, se bute contre un obstacle paraissant insurmontable et qui n'est autre qu'un rétrécissement du canalicule près de sa jonction avec le sac. Il y a donc tout intérêt à dilater systématiquement le canalicule. Le stylet conique est préférable à tous les autres dilateurs, par sa simplicité et son mode d'action lente et progressive. La sphinctérotomie au couteau boutonné est faite ensuite.

Le cathétérisme comprend ensuite trois temps : d'abord *attraction de la paupière* avec le doigt de façon à *tendre* le canalicule. Une fois le point chargé, on pousse la sonde presque horizontalement dans le sac, surtout pour le canalicule inférieur, jusqu'à ce qu'on sente la paroi osseuse.

En un *second temps*, on relève la sonde verticalement, *sans que son extrémité quitte le contact ostéo-muqueux*, et en relâchant faiblement, sans la lâcher complètement, la paupière correspondant au canalicule sondé (fig. 53).

Enfin, en un *troisième temps*, on pousse la sonde *verticalement* en bas et un peu en arrière. La direction oblique en dehors, recommandée par beaucoup d'auteurs, peut faire défaut et prédispose aux fausses routes sur le plancher orbitaire. En poussant verticalement, la sonde suit la



FIG. 53. — Deuxième temps du cathétérisme par le canalicule lacrymal inférieur.

direction du canal et prend, s'il y a lieu, tout naturellement, l'obliquité correspondante et variable. On enfoncera la sonde dès qu'on aura pu réussir à pénétrer dans le haut du canal nasal. Mais, si on n'est pas assuré d'être dans le sac, on se gardera de forcer pour éviter une fausse route, et, au lieu de tout faire à la fois dans ces conditions difficiles et sur un malade qui souffre déjà de l'incision, on remettra la tentative à une autre fois.

Certains malades arrivent à se sonder

eux-mêmes devant une glace grossissante.

On évitera toute autre sonde que les sondes à bout olivaire et surtout les sondes à dilatation variable et dangereuse (laminaire), fragiles ou impossibles à flamber (celluloïd).

Même pour le côté droit nous croyons qu'il vaut mieux pour le point inférieur que l'opérateur reste placé en face du malade.

Le cathétérisme échoue, par rétrécissement *infranchissable* et cicatriciel des canalicules, du sac ou du canal nasal. Il y a des cas où on ne passe pas. On a quelquefois proposé (Jäsche, Weber, de Wecker), de passer avec le couteau de Weber, ou avec un petit bistouri mousse (couteau de Stilling) de façon à créer une voie. Mais ce procédé n'est qu'exceptionnellement utile, et quelquefois suivi de cicatrices rendant le rétrécissement aussi étroit qu'auparavant. On pourra y avoir recours, lorsque le rétrécissement est presque infranchissable. Ce procédé, analogue à *l'aréthrotomie interne*, sera suivi du cathétérisme immédiat avec une grosse sonde, telle que la sonde biconique de Weber, ou de l'application d'une sonde à demeure. Mais ces dernières sont souvent irritantes et ne donnent guère de résultats plus *définitifs* que les cathétérismes espacés.

La *divulsion* avec la sonde biconique nous paraît quelquefois préférable à la section du rétrécissement avec l'instrument tranchant. Ces opérations se feront le plus souvent par le canalicule lacrymal *supérieur*, incisé aussi largement que possible et pour éviter l'atrésie qui pourrait suivre le passage de grosses sondes ou d'instruments tranchants à travers la partie juxta-sacculaire du canalicule inférieur.

Ces divers cathétérismes, tranchants ou non tranchants, sont destinés à établir la dilatation progressive, sans arriver à dépasser en général le n° 4 de la filière olivaire. (Les filières varient beaucoup avec le fabricant, même si elles portent le même nom d'auteur. Chaque opérateur devra choisir avec le plus grand soin une filière pas trop flexible dont il prenne l'habitude et qui lui serve de base.)

La sonde sera laissée généralement un quart d'heure en place et appliquée tous les deux jours pendant le temps nécessaire.

On se rappellera que des phlegmons des *paupières*, des *phlegmons de l'orbite*, des *atrophies névritiques* du nerf

optique, des phlébites orbitaires et des sinus de la dure-mère avec mort, ont été plusieurs fois observés après le cathétérisme, soit seul, soit suivi d'injection.

Injections. — On évitera, tout en procédant en général avec prudence dans le cathétérisme dont bien des praticiens peu expérimentés devraient savoir s'abstenir, toute injection après un cathétérisme ayant entraîné une hémorragie, et dans les cas où le cathétérisme a été simplement difficile. L'injection sera faite avec la sonde creuse de Wecker et la seringue. Ce n'est que dans les cas où le canal, bien qu'infecté, n'a plus de rétrécissement, que l'injection sera faite uniquement avec la seringue et sans forte pression; ordinairement *avant* le cathétérisme dont elle nettoye le terrain d'action. On usera rarement des injections abondantes au siphon ou à la pompe (Fano).

Résultats. — Les résultats du cathétérisme dans le larmolement sont assez variables, mais s'expliquent en grande partie parce que l'opération est d'abord quelquefois hors de propos. On devra bien savoir que lorsque le 3 ou le 4 passent *facilement*, et que le larmolement ne diminue pas, on a affaire à un larmolement dû à une hypersécrétion de la glande et que l'extirpation de la glande palpébrale est alors indiquée.

C'est dans ces cas autrefois considérés comme incurables, que l'on obtient des guérisons quelquefois absolues (voyez page 128).

A côté des cas rebelles au cathétérisme seul et plus ou moins curables par l'ablation de la glande lacrymale palpébrale, on voit toutefois guérir *complètement* des larmolements abondants, par le cathétérisme et la dilatation progressive moyenne. Chez ces malades, on trouve généralement au début un rétrécissement simple, portant sur le canal lacrymo-nasal, ou *sur le canalicule* inférieur seul, après qu'on a constaté que le point lacrymal était en bon état et en bonne situation. Ces cas, franchement

hypoexcrétoires, sont alors souvent bien guéris par un cathétérisme régulier. On se bornera à *surveiller* ensuite ces malades, en les cathétérisant à de longs intervalles.

Technique des incisions et opérations sur le sac lacrymal. — Pour aborder le sac lacrymal autrement que par les voies naturelles ou par le cul-de-sac conjonctival, on est obligé de faire une incision à sa paroi cutanée antérieure. Cette incision a besoin d'être précisée, d'abord afin de tomber exactement sur le sac lacrymal, ensuite pour ne pas léser les vaisseaux ou d'autres organes voisins, enfin et surtout pour ne pas déterminer une complication tardive regrettable, l'ectropion de la partie interne de la paupière inférieure attirée par la cicatrice.

Les incisions sur le sac lacrymal distendu, abcédé ou fistuleux ont été faites dans tous les temps, sans grande précision anatomique. Il faut reconnaître d'ailleurs que dans les cas où le sac est énormément dilaté, l'incision ne présente pas une régularité comparable à celle où on incise un sac peu distendu et dont les rapports anatomiques et les dimensions ne diffèrent guère de la normale. Quand le sac est très dilaté ou que les tissus qui l'entourent sont œdématisés par l'inflammation, c'est au point culminant de la tumeur qu'on incisera. Même alors, nous recommandons formellement de faire une incision *presque complètement verticale*, dût-on pour la faire assez grande sectionner le tendon de l'orbiculaire; de cette façon, la traction se répartit sur la paupière supérieure et sur la paupière inférieure, et, s'il y a tendance à l'attraction palpébrale, elle ne pourra se faire directement en bas et n'aura pas de tendance à provoquer l'ectropion.

Les incisions préconisées par J.-L. Petit et beaucoup de chirurgiens à sa suite, sont très obliques et prédisposent à l'ectropion, surtout quand la brèche reste longtemps béante, laisse passer une suppuration abondante, reçoit des cautérisations répétées, des mèches, etc.

Dans les cas où le sac peu ou pas distendu est le siège de lésions assez graves pour nécessiter une intervention externe, il est bon d'avoir un point de repère qui permette d'arriver sur ce sac qui révèle mal sa présence à l'extérieur.

La manière de préparer les tissus à l'incision a été jusqu'ici la suivante :

On tend vigoureusement la *commissure externe*, de façon à brider les paupières et à tendre aussi le *tendon direct* de l'orbiculaire, qui, on le sait, passe au-devant du sac. Puis on recommande d'inciser au-dessous de ce tendon, après avoir reconnu avec le doigt le bord tranchant du *pourtour orbitaire interne* qui passe au-devant de la loge osseuse du sac formée par l'unguis, et d'inciser en dedans du pourtour ainsi reconnu.

Ces diverses manœuvres peuvent servir utilement, surtout sur des sujets maigres : mais il est hors de doute que, si l'attraction exercée sur le tendon de l'orbiculaire est utile dans les cas non enflammés (dans les cas enflammés, elle ne sert à rien et ne parvient pas à faire saillir le tendon), la recherche du pourtour orbitaire interne et le point précis où il faut inciser au-dessous de la barre horizontale formée par le tendon, sont vagues dans la majorité des cas. Il suffit d'avoir fait opérer un grand nombre de débutants sur le cadavre, et de se rappeler ce qu'en disent certains auteurs (Lisfranc), pour s'apercevoir que ces points de repère n'ont pas assez de précision et que si on s'en tenait à eux, on ne trouverait pas toujours et on inciserait souvent à côté du sac. Ce qui expose, dans un sens, à la blessure de l'artère faciale, et de toutes façons à un insuccès opératoire, l'opérateur incisant de tous côtés, rencontrant l'os, ne trouvant pas le sac et le canal qui lui fait suite, et se contentant quelquefois d'une intervention manquée, après avoir erré autour du sac.

Point de repère. — Aussi avons-nous fait de nombreuses recherches sur le cadavre pour arriver à déterminer un

troisième point de repère¹. En nous servant d'un compas dont une des branches était plantée sur l'extrémité de la commissure interne, point bien facile à déterminer, nous avons remarqué que l'autre branche du compas pénétrait dans le sac et le canal nasal à une distance de 3 *millimètres et demi* à partir de la commissure interne. Bien que nous ayons opéré sur une série de sujets, la distance en question nous a toujours paru, jamais supérieure à 4 *millimètres*, jamais inférieure à 3 *millimètres*. Il suffira donc d'inciser *au moins* à 3 *millimètres* de la commissure interne et il vaudra mieux une distance générale de 3 *millimètres et demi* surtout chez les sujets dont le sac peut être un peu distendu ; de cette façon, nous avons *toujours* pénétré *directement et immédiatement* dans les voies lacrymales sur le cadavre et depuis sur le vivant. Si l'on ne veut pas se servir d'un compas, une petite règle métallique aseptisable suffira : puis, avec de l'habitude, on se rappelle suffisamment cette distance de 3 *millimètres et demi* pour n'avoir pas un besoin absolu de la mensuration.

Ainsi donc, on *tendra le tendon* orbiculaire en bridant la commissure externe et on *incisera à 3 millimètres et demi de la commissure sur une ligne horizontale* qui part directement de cette commissure.

Nous avons retrouvé depuis nos recherches que La Faye incisait à 3 lignes de la commissure interne (additions au cours de Dionis), A. Græfe et Schreiber à 4 *millimètres*, ce qui serait généralement trop éloigné.

La question est de savoir s'il faut inciser *au-dessous* du tendon, comme le voulait J.-L. Petit, ou s'il faut le sacrifier comme beaucoup d'auteurs avant et après lui et l'ont recommandé avec Monro pour traiter à ciel ouvert le cul-de-sac qui se trouve derrière ce tendon. En réalité la section du tendon n'a nullement l'importance qu'on

1. A. Terson. *La Clinique ophthalmologique*, 1900.

pourrait lui attribuer. La cicatrice ressoude suffisamment le tendon sectionné. Aussi dans tous les cas où la lésion sera assez grave pour mériter une opération très complète et large, on pourra inciser *sur* le tendon de l'orbiculaire, en se servant du point de repère indiqué plus haut, ou bien on prolongera sur le tendon l'incision, commencée au-dessous de lui, en retournant en haut la lame du bistouri. On prendra alors un bistouri de Stilling mousse si on craint de piquer dans l'orbite.

Si on ne veut pas couper le tendon, on incisera exactement au-dessous de lui.

On n'incisera *jamaïs au-dessus* du tendon, ce qui expose à faire des fausses routes et à ouvrir l'orbite.

Ce que nous venons d'exposer est la *clef* de toutes les opérations sur le sac par la voie cutanée. De même que dans l'extraction d'une cataracte, une incision convenable et de siège exact est le *point principal et celui d'où découle* l'exécution de tous les temps opératoires, une fois la bonne incision faite, le reste de l'intervention est beaucoup plus facile à exécuter et n'a qu'une importance moindre.

Cette incision *générale* (fig. 54), dont la *longueur verticale* pourra avoir d'abord un *centimètre* à partir de ce point de repère indiqué plus haut, mais qu'on fera ensuite plus grande s'il y a lieu, *sans jamais la prolonger notablement au-dessus du tendon orbiculaire*, tandis qu'on a plus de latitude au-dessous servira seule ou élargie

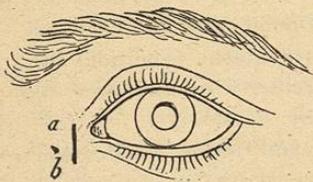


FIG. 54. — a, b, incision du sac lacrymal.

en T ou en angle, après écartement de ses bords avec de petits releveurs ou de simples crochets à strabisme, si on est bien aidé (sans qu'il soit besoin de recourir à un écarteur à ressort dont il existe quelques modèles) :

1° Au *curettage du sac par la voie cutanée* ;

2° A la *cautérisation ignée*, qui pourra être faite soit seule, soit après curettage, selon le procédé ancien. On la fera toujours précéder de l'incision, au lieu de porter le cautère directement sur la peau qu'il faut absolument ménager.

La cautérisation ou le curettage doivent être faits largement dans tous les sens avec les instruments appropriés, et être suivis de l'introduction de mèches antiseptiques pendant plusieurs semaines. Quant à l'introduction, par cette voie, de clous et de canules dans le canal nasal, elle est de plus en plus abandonnée :

3° A l'*extirpation du sac lacrymal* que l'on dissèque après l'avoir solidement accroché avec une pince-érigne.

Ces diverses opérations entraînent assez fréquemment l'oblitération totale des voies lacrymales : aussi ne doivent-elles être faites *lorsqu'on ne peut pas faire autrement*, après insuccès répété des moyens conservateurs. Elles laissent persister un certain degré de larmolement, *très variable* suivant les sujets, très peu accentué chez certains, absolument intolérable chez d'autres et nécessitant alors une intervention sur la glande lacrymale, généralement la glande palpébrale. On a vu des cas où l'extraction des deux glandes n'a pas entraîné de résultat suffisant. Toutefois, si l'on a exagéré en niant, comme l'ont fait plusieurs des partisans de la destruction fréquente du sac, l'existence de ce larmolement, il est souvent peu marqué, moindre que celui qu'entraînait l'infection du sac, infection que l'intervention radicale a détruit, et en somme la situation est plus satisfaisante dans la majorité des cas, après qu'avant l'intervention. Aussi ne doit-on se ranger ni dans les conservateurs ni dans les destructeurs à outrance ; on devra, sans faiblir, appliquer à chaque cas le traitement conservateur ou destructeur qui lui convient, mais il est juste de n'en venir aux moyens destructeurs par ablation ou cautérisation, qu'après insuccès des moyens conservateurs.

CURETTAGE DU SAC LACRYMAL

Le curettage du sac lacrymal s'effectue de deux manières : 1° par la peau ; 2° par les voies naturelles.

1° *Par la peau.* — L'incision du sac se fera suivant les règles exposées plus haut et qui comportent la recherche des trois points de repère : tendon direct de l'orbiculaire, pourtour osseux inféro-interne de l'orbite, mensuration de la distance qui sépare le sac de l'angle interne de la commissure palpébrale.

A 3 millimètres et demi de cet angle, on tombera directement dans le sac lacrymal.

L'incision une fois faite, on écartera les parois de l'incision cutanée et de l'incision du sac, de façon à mettre à nu sa cavité.

Il est généralement inutile (et quelquefois impossible, vu l'oblitération des canalicules lacrymaux dans certains cas de mucocèle) d'introduire par les points lacrymaux une sonde dans le sac et le canal nasal, de façon à se guider sur elle et à la voir paraître dans le sac lorsque l'incision de la poche est terminée. Toutefois cette manœuvre préliminaire peut être facilement exécutée, sans beaucoup compliquer l'opération.

On retire la sonde, si on l'a placée préalablement, et on curette dans tous les sens la surface intérieure du sac lacrymal. Sauf dans des cas légers, il y aura intérêt à toucher au nitrate ou au fer rouge la partie curettée comme le faisaient les anciens et comme Fabrice d'Acquapendente et Chalot l'ont systématiquement ajouté au curettage. Cette pratique offre plus de sécurité pour tarir la sécrétion purulente.

Il vaudra mieux s'abstenir de suture si on a cautérisé, et bourrer l'intérieur de la cavité avec des mèches antiseptiques, de façon à empêcher une réocclusion trop prompte pouvant conduire à la récurrence.

2° *Par les voies naturelles.* — Le curettage par les voies naturelles s'exécutera par le procédé suivant (Terson père). On incise largement le conduit lacrymal supérieur avec le couteau boutonné. Ceci peut avoir été fait depuis quelques jours. On arrive à passer dans le canal nasal la sonde de Bowman n° 4. Puis une petite curette fenêtrée courbe est introduite par le canalicule supérieur, promené dans tout le trajet du canal et du sac, comme un écouvillon, enfin retirée en évitant de curetter le canalicule.

Il n'est pas inutile, quelques jours après, de pratiquer quelques cathétérismes pour vérifier et maintenir la perméabilité du canal.

Résultats. — Les résultats de ces opérations sont généralement assez favorables. Elles pourraient être insuffisantes, si on les applique à des cas trop avancés et trop développés, où l'extirpation et la destruction totale du sac sont indiquées. Plus conservatrices, elles aideront souvent le traitement par les sondages et les injections caustiques et antiseptiques, lorsque la maladie résiste à ces moyens prolongés assez longtemps. Le curettage par incision cutanée s'applique aux cas où il y a une dilatation manifeste, quoique *moyenne*, du sac. Celui sans incision cutanée sera plus particulièrement pratiqué dans les cas où des sacs peu ou pas distendus à l'extérieur, sont cependant le siège d'une dacryocystite *purulente* tenace et surtout de la variété *glairreuse* où un mucus gélatineux sort en abondance, strié ou non de quelques filaments purulents. C'est à cette variété que le curettage sans incision cutanée pourra fréquemment s'appliquer, car on sait combien elle est plus rebelle aux injections et aux cathétérismes que la variété purulente elle-même.

On évitera de curetter trop énergiquement le canal nasal et on supprimera tout curettage dans les canalicules, pour éviter l'atrésie qui suivrait ces manœuvres.

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MED. U.A.M.