

EXTIRPATION DU SAC LACRYMAL ET CAUTÉRISATION IGNÉE

L'extirpation du sac lacrymal comporte la même incision rarement élargie en T ou par une ligne oblique terminale, en ayant soin de la limiter d'abord à la peau, de façon à disséquer et à mettre à nu la paroi antérieure du sac que l'on saisit avec une pince-érigne et que l'on dissèque avec un bistouri, *comme un kyste*. L'aide s'attachera à écarter la peau avec des crochets à strabisme. La paroi postérieure du sac étant absolument adhérente à l'unguis, il n'y a pas à chercher à la disséquer. On détachera aux ciseaux toute la paroi antérieure du sac (Boyer, Velpeau), puis on curettera à fond la loge osseuse. Enfin, pour agir plus complètement encore et supprimer de suite l'hémorragie, une cautérisation ignée de toute la loge qu'occupait le sac, en respectant attentivement la peau, sera exécutée avec le cautère olivaire. Très généralement on évitera la suture et on remplira la cavité avec des mèches de gaze antiseptique.

Les *résultats* de cette opération sont en général heureux, mais il ne faut l'appliquer qu'aux cas désespérés, et caractérisés tantôt par une énorme dilatation du sac, tantôt par une fistule intarissable résultant d'un processus tuberculeux ou scrofuleux. Dans ce dernier cas, il existe des lésions ostéopériostiques qui rendent indispensable l'intervention au niveau de l'os, après échec des moyens modificateurs et du traitement général.

Ces procédés entraînent fréquemment l'*oblitération totale* du sac, en ce sens que tout cathétérisme et toute injection deviennent impossibles. On ne chercherait donc à repasser régulièrement dans les voies lacrymales que s'il était démontré qu'une sonde ou une injection peuvent arriver dans les fosses nasales. Quant à un cathétérisme forcé et brutal, il est d'autant plus à rejeter que le passage pénible de la sonde sera suivi d'une nouvelle et rapide oblitération.

Le *larmoïement* n'est pas toujours très abondant, bien que souvent des plus réels (car les voies lacrymales servent à quelque chose, malgré leur petit volume), à la suite de ces opérations de *nécessité* : on pourra le diminuer, sans obtenir régulièrement sa suppression, en enlevant la glande lacrymale palpébrale.

La persistance ou la *récidive du mal* sont rares après une opération bien faite.

La *cicatrice* devient à peu près invisible et ne prédispose pas à l'ectropion, si on a soin de faire l'incision à peu près *verticale*.

Les *inconvénients* de l'opération destructive sont peu de chose, comparés aux avantages de la suppression totale d'une infirmité constituant un grave danger pour l'œil. Mais on doit se garder de les nier ou de les considérer comme une quantité absolument négligeable. Aussi devra-t-on faire tout le possible pour conserver, sauf à détruire, s'il le faut, et très exceptionnellement. Il y a là une obligation commune à toutes les opérations de chirurgie conservatrice comparées aux opérations de chirurgie destructrice, en particulier à l'énucléation du globe, dont on a si souvent exagéré les avantages et les inconvénients, mais dont néanmoins on est enfin arrivé à restreindre considérablement la fréquence.

Quant aux *dangers opératoires*, ils seront évités par une connaissance exacte de l'anatomie et des points de repère de la région, permettant d'éviter les fausses routes, qui ont entraîné quelquefois des hémorragies abondantes et même le phlegmon de l'orbite.

Suites. — Les *suites opératoires* de ces interventions sont en général peu graves, comparées à leur importance apparente.

Si l'incision est bien placée, la *cicatrice* est sans danger, au point de vue de l'ectropion, et disparaît rapidement, au point de vue de l'esthétique. Ce n'est que s'il y a des foyers rebelles et osseux (tuberculeuse) que la cicatrice reste visible et lorsqu'il y a eu des ulcérations suppurant pendant

de longs mois. Mais ceci n'est pas imputable à l'opération.

Les *infections orbitaires* ne sont guère à craindre, si l'on s'attache à ne *jamais opérer en haut du tendon*, limite invariable de l'opération.

L'oblitération des voies lacrymales est fréquente, mais, avec une opération identique et aussi complète, on ne peut pas toujours affirmer à l'avance que la suppression du sac sera obtenue.

La *récidive* de l'ulcération, des *abcès* et de la *fistule* peut nécessiter une nouvelle opération ignée ou chimique (petite flèche de Canquoin laissée en place pendant deux heures, grain, de nitrate, beurre d'antimoine, etc.) que nous avons vu guérir plusieurs fois, en dernier lieu.

Les résultats curatifs sont précieux, lorsqu'on obtient un résultat définitif, alors que les malades sont exposés depuis de longues années à la gêne et aux ennuis résultant de phlegmons à répétition, de tumeurs lacrymales, de fistules. Il y a quelquefois des inoculations orbitaires *spontanées* dans le phlegmon du sac et on connaît les graves dangers d'une dacryocystite pour la cornée, lorsqu'elle est l'objet d'un traumatisme, même minuscule (ulcère phagédénique des moissonneurs), ou d'une opération, en particulier l'extraction de la cataracte.

L'opération *radicale*, après insuccès de tous les moyens conservateurs, est alors une ressource *curative* et *préventive* d'une utilité considérable.

§ III. — Indications générales.

Nous reprendrons maintenant dans un tableau d'ensemble la conduite à tenir au point de vue chirurgical dans les maladies si variées de l'appareil lacrymal.

1° *Larmoïement*. — On recherchera d'abord si les points lacrymaux sont parfaitement en place, non éversés, et s'il

n'y a aucune oblitération congénitale ou acquise. On pressera ensuite sur le sac pour voir s'il n'y a aucune sécrétion. La paupière et l'état de l'orbiculaire, la conjonctive, la cornée, la réfraction, les fosses nasales et même la bouche et les dents seront examinés et traités s'il y a une lésion.

Nous avons dans un cas obtenu la cessation complète d'un larmoïement rebelle, par l'ablation d'une canine volumineuse et déviée.

On cherchera aussi dans l'état général s'il n'y a aucune névrose ou maladie nerveuse (hystérie, tabes, goitre exophtalmique, etc.), qui puisse être en cause. Si l'on ne trouve rien, on devra vérifier, s'il ne s'agit pas d'un *rétrécissement* simple, comme cela se voit assez fréquemment.

L'injection, par exemple celle d'une solution de cocaïne à 1 pour 100, a été recommandée, pour voir si le canal est perméable : mais, outre qu'elle expose, dans les cas de rétrécissement très serré, à un épanchement de liquide dans le tissu de la paupière, elle ne donne pas toujours de résultats nets. Nous préférons en général le cathétérisme, pratiqué doucement et avec cocaïnisation, après dilatation du canalicule au stylet conique et sphinctérotomie du point lacrymal, exceptionnellement avec dilatation simple. Le stylet olivaire n° 2 est le meilleur : il expose moins à des fausses routes que le n° 1. Les numéros suivants sont trop volumineux pour commencer.

S'il y a une forte éversion des points lacrymaux, on augmentera l'incision et on agira par les opérations complémentaires que nous avons déjà signalées.

En tout cas, si, au bout de quelques semaines, on n'obtient pas par le passage facile des nos 3 et 4, une amélioration *considérable* ou la guérison, on sera amené à proposer l'extirpation de la glande lacrymale palpébrale.

Les sondes à demeure (forme tubulée à béquille) ne seront usitées que dans des cas fort rares et sont souvent mal tolérées.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. M.

Dans les cas d'imperforation ou d'oblitération des canalicules et du sac, on agira comme il a été dit.

2° *Dacryocystite chronique*. — Si, au lieu d'une absence totale de sécrétion, la pression sur le sac fait refluer une quantité notable de matière tantôt glaireuse, tantôt mucopurulente, tantôt franchement purulente, c'est cette sécrétion qui sera plus difficile à supprimer. On commencera toujours par plusieurs séances de cathétérisme pour rétablir la *voie aussi large que possible*, bien que le rétrécissement soit souvent moins prononcé qu'on ne le croirait.

Pour lutter contre l'infection, il faut que des liquides antiseptiques et modificateurs arrivent au niveau de la paroi muqueuse enflammée.

Dans certains cas, les *pressions fréquentes* sur le sac faites par le malade et combinées aux *instillations* conjonctivales de nitrate à 1/100 et à 1/200 donnent déjà de grandes améliorations; l'écoulement disparaît, au point qu'on pourrait croire le sujet guéri; mais, outre que cette guérison n'est souvent que momentanée, ce procédé échoue éventuellement: aussi c'est en injections dans le sac (Heister, Richter) que le nitrate à 1/100 devra ordinairement être appliqué. Dans d'autres cas, le sulfate de zinc, le permanganate, secondent l'effet du nitrate, qu'on peut, dans des cas très rebelles, employer aussi en instillations *dans le sac* même et à 1/50.

Lorsque, malgré le rétablissement large du canal par le cathétérisme, avec ou sans incision interne et divulsion, irrigations et instillations, *quelques* cas ne guérissent point, on modifiera directement la muqueuse par le curettage sans incision cutanée, s'il n'y a guère de dilatation du sac, par le curettage avec incision cutanée, avec ou sans légère cautérisation, s'il y a un certain degré de dilatation.

L'extirpation, la cautérisation à *fond* au thermocautère seront réservées aux cas rebelles ou à ceux où la dilatation est énorme.

3° *Dacryocystite infantile*. — Une mention spéciale doit

être faite pour la dacryocystite *congénitale*. Nous l'avons guérie *souvent* par les pressions répétées combinées aux instillations conjonctivales de nitrate. Les nourrices l'auraient guérie quelquefois par la succion du nez.

L'état *fœtal* (Sous) du canal disparaît et la guérison est obtenue. Nous n'avons été obligé de pratiquer que dans un cas le cathétérisme.

Mais, comme d'autre part, nous avons vu, chez des sujets âgés de 7 à 8 ans, plusieurs cas de dacryocystites *datant de la naissance et qui n'avaient pas guéri*, nous pensons que, si la grande majorité des cas guérit par le traitement léger signalé plus haut, il est des cas où, au bout de quelque temps, on *doit* pratiquer le cathétérisme et le traitement *de l'adulte*. Il y a des cas congénitaux, mais pouvant être dus, non plus à l'état fœtal, mais à des *diathèses*, hérédo-syphilitique et scrofuleuse, ou aux autres *causes de l'adulte* (infection nasale, etc.), qui nécessitent un traitement *chirurgical* pour guérir. Il n'y a donc pas, malgré la plus grande fréquence des cas par obstruction fœtale, *une seule variété* de dacryocystite congénitale. Il faut bien se garder de croire que la maladie a une *étiologie unique* et par suite un traitement unique. Quant au cathétérisme rétrograde, *ascendant*, il reste condamné pour une foule de raisons anatomiques et pratiques. Sappey et d'autres ont été obligés dans plusieurs cas d'injecter du liquide par les points lacrymaux afin de découvrir l'orifice inférieur du canal nasal qu'ils avaient sous les yeux, mais que le stylet n'avait pu mettre en évidence. Les plus grandes variations de forme et de siège se rencontrent à ce niveau. *Plus encore chez l'enfant* que chez l'adulte, on sera peu enclin à aborder le canal nasal par cette extrémité. De plus les interventions énergiques sur le canal nasal par en bas sont, croyons-nous, susceptibles d'en amener souvent l'oblitération cicatricielle. Quant aux dacryocystites des enfants plus âgés, elles ne diffé-

rent en rien du traitement de celles de l'adulte, sauf la plus grande fréquence des cas scrofuleux et hérédosyphilitiques.

4° *Dacryocystite enkystée*. — Lorsque la dacryocystite avec dilatation forme un kyste clos, qui va du volume d'un pois à celui d'un œuf de pigeon, il faut, sans hésiter, procéder à l'*extirpation* du sac combiné à la cautérisation profonde. Nous avons ainsi opéré avec succès des dacryocystites enkystées plus grosses qu'une noisette. Les autres procédés (injections iodées, dilatation du sac à l'éponge préparée, cautérisations chimiques) sont plus lents et plus incertains; on ne les emploierait qu'en cas d'insuccès ou devant l'opposition formelle du malade à la *cure radicale*.

5° *Dacryocystite phlegmoneuse et phlegmon périlacrymal*. — On pratiquera l'incision, sauf avoir au début essayé la résolution que nous avons obtenue plusieurs fois par la chaleur (cataplasmes, compresses chaudes), les sangsues et la levure de bière à haute dose, prise à l'intérieur en cachets.

L'incision devra toujours être faite par la peau, l'incision par le canalicule ou par le cul-de-sac conjonctival exposant à des phlegmons palpébraux et orbitaires.

L'antisepsie par les compresses antiseptiques chaudes (biiodure, sublimé, acide borique) sera continuée plusieurs jours. Puis nous cautérisons au crayon de nitrate introduit profondément. La réaction est assez vive, mais en deux ou trois jours l'abcès est détergé, et on commence, par les points lacrymaux et jamais par la fistule, des cathétérismes réguliers qui amènent vite la guérison des fistules inflammatoires ordinaires.

6° *Fistule*. — La fistule *ancienne* est souvent difficile à guérir. On commencera par essayer l'effet du cathétérisme par les points lacrymaux, combiné aux injections antiseptiques et caustiques par la fistule, qui sera aussi curettée et cautérisée ultérieurement.

Dans les cas rebelles, où il y a une forte dilatation du sac, ou lorsque le canal nasal est entièrement oblitéré, l'incision

et l'excision de la fistule et du sac et la cautérisation ignée seront pratiquées d'abord. Un grain de nitrate ou un vermicelle de pâte de Canquoin seront réservés aux insuccès opératoires ou aux cas où la cure radicale est refusée.

Les mêmes interventions sont indiquées dans les fistules *tuberculeuses* et *lupiques*.

Si le canal nasal est libre malgré la persistance de la fistule, l'excision simple de la fistule et la suture avec incision libératrice et autoplastie (dacryocystoplastie) seront combinées au cathétérisme régulier ou même à demeure comme dans une uréthrotomie externe.

Enfin il y a quelquefois des fistulettes *capillaires* à respecter et qui doivent jouir d'une sorte de *tolérance*.

Les cas de *syphilis acquise* ne sont justiciables, sauf séquestres, que du *traitement médical*, mais les cas de lésions *hérédosyphilitiques* relèvent plutôt du traitement *local* combiné au traitement général.

On pensera aussi à l'*actinomycose*.

Tout larmolement persistant *après guérison* de la lésion originelle sera traité par l'ablation de la glande palpébrale, avec des chances de succès variable.

Le traitement *rhinologique* et le *traitement général des diathèses* sont nécessaires dans le plus grand nombre des cas pour seconder et assurer le succès du traitement chirurgical.

Lésions prélacrymales. — Très *exceptionnellement* on pourra se trouver en présence de lésions *prélacrymales*, de tumeurs *prélacrymales* (Rollet), d'appendices présacculaires. Jocqs avait déjà insisté sur cette question et nous avons vu aussi des cas où la poche a fini par s'isoler du sac, la grosse sonde passant dans le sac et le canal nasal avec une facilité complète, les voies lacrymales étant libres de toute sécrétion et de tout rétrécissement. Il est évident que dans ces cas on devra se borner à une intervention cutanée par incision, grattage ou extirpation respectant plus ou moins complètement le sac lacrymal.