

emploiera les autres moyens dont il a été parlé plus haut à propos de l'inflammation du sac, on prévientra des récidives, et, dans tous les cas, on aura mieux fait dans l'intérêt du malade que de le soumettre immédiatement au traitement chirurgical toujours si douteux, si incomplet dans ses résultats. Il est d'ailleurs toujours temps d'y recourir dès que l'on reconnaît que l'ouverture à travers laquelle le pus s'est échappé du sac est devenue fistuleuse.

Quoi qu'il en soit, pour que le traitement local réussisse, ou tout au moins pour que la guérison se maintienne quand on l'a obtenue, il est indispensable, ainsi que je l'ai dit plus haut, de prescrire des moyens généraux appropriés à la constitution du malade, et ici je n'aurais qu'à répéter ce que j'ai dit tant de fois en m'occupant des ophthalmies, dont la guérison est enrayée si souvent par un vice général.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Je le diviserai en trois parties.

Dans la première j'étudierai les moyens dont le but est de rétablir les voies naturelles des larmes ;

Dans la deuxième, ceux qui consistent à en ouvrir d'artificielles ;

Dans la troisième, ceux par lesquels on parvient à fermer les voies naturelles.

§ I. Rétablissement des voies naturelles.

On cherche à l'obtenir par divers moyens, qui sont : les *injections*, le *cathétérisme*, la *dilatation*, la *cautérisation*, la *compression*. Nous indiquerons leurs diverses applications, et, autant que possible, leurs avantages et leurs inconvénients.

Injections.

On pratique l'injection de plusieurs manières et dans des cas morbides différents.

L'instrument nécessaire à cette petite opération, lorsque l'on veut faire pénétrer le liquide de haut en bas, est la seringue d'Anel.

Cette seringue est munie de canules d'or très fines, droites ou courbes, et d'une canule plus forte d'argent ; elle doit être garnie de trois anneaux, un pour le piston et deux autres pour l'index et le médius.

Les canules fines sont destinées à injecter les conduits ; la canule d'argent à faire la même opération à travers la fistule du sac, naturelle ou artificielle.

Une seringue ordinaire beaucoup plus forte que celle d'Anel, à laquelle on ajuste les sondes creuses de Gensoul, dont nous parlerons plus loin (voy. *Cathétérisme*), sert à faire des injections de bas en haut par les fosses nasales.

Injections du sac lacrymal de haut en bas.

Manuel opératoire. — Bien que d'une exécution facile en apparence, ces injections réclament beaucoup de docilité de la part du malade, et de dextérité de celle du chirurgien. Le point lacrymal inférieur est celui qu'on injecte de préférence ; d'ordinaire alors on se sert du siphon recourbé de la seringue d'Anel, et l'on se tient assis en face du malade, dont la tête est maintenue par un aide, ou appuyée contre un plan résistant. Si, pour injecter le même point, on emploie le siphon droit, qui s'engorge moins facilement, et que, pour cette raison, je trouve bien préférable, on se place derrière le malade, dont la tête s'appuie contre la poitrine de l'opérateur. Dans ce cas l'extrémité de la seringue porte sur le sourcil du patient, et y trouve le soutien nécessaire.

Pour bien pratiquer l'injection, il convient de poser l'extrémité de la canule sur le point lacrymal, et de l'y appuyer avec le plus de légèreté possible. Si par cet essai on ne pénètre pas aussitôt dans le conduit, on continue un instant encore à laisser l'instrument sur l'ouverture, et, le plus souvent, le spasme qui fermait l'orifice venant à cesser, la canule entre facilement à la profondeur voulue, c'est-à-dire à 2 millimètres environ.

Cependant, il y a des cas nombreux dans lesquels les mamelons sont si fortement contractés et le passage si étroit, que malgré ces précautions il devient impossible d'introduire la canule. On surmontera cette difficulté en remplaçant pour un moment cette canule par un stylet à olive très petite, qu'on laissera pendant quelques moments introduit dans le conduit. Puis on le retirera vivement et on le remplacera aussitôt par la canule, qui dès lors

n'éprouvera plus de résistance. Il faut pourtant ajouter qu'assez souvent encore le stylet à olive est repoussé comme la canule, et que dans ces cas assez nombreux, il faut couper l'olive d'un coup de ciseaux ou prendre un stylet conique. Dès ce moment on ne rencontrera plus la moindre difficulté; mais il faudra avoir soin d'introduire ce stylet *démoucheté* avec beaucoup de précaution, et tout au plus à 2 millimètres de profondeur, dans la crainte de déchirer la muqueuse.

Enfin, dès que l'on sera parvenu à introduire la canule, on laissera la paupière reprendre exactement sa place, toute pression, même la plus légère, la courbant sur elle-même et devant nécessairement fermer ainsi les conduits. On pourra dès lors faire l'injection de la manière suivante :

On pousse une petite quantité de liquide, et l'on observe s'il en pénètre dans la gorge et les narines; dans le cas où tout revient par le point supérieur, on retire la canule, et après avoir pressé doucement sur le grand angle, afin de faire sortir les mucosités contenues dans le sac, on recommence l'injection, pour la continuer de manière à lancer dans les conduits tout le liquide contenu dans la seringue.

Il est nécessaire, dans la plupart des rétrécissements des voies lacrymales, de pousser le piston avec un peu de force, sans cela tout le liquide reviendrait par le point supérieur; il n'en pénétrerait pas dans les narines.

Mais si la voie inférieure est fermée, on devra s'attendre, qu'il y ait ou non une tumeur lacrymale, à voir le sac se distendre, et le malade se plaindre d'une douleur insupportable. On aura soin alors de soutenir la partie antérieure du sac avec le doigt, autrement les injections finiraient, si l'on devait les répéter souvent, par distendre les parties et augmenter le volume de la tumeur lacrymale. C'est une remarque que j'avais faite depuis longtemps lorsque le hasard m'a appris que Saint-Yves l'avait déjà indiquée avant moi.

D'autres fois, si l'on tient mal l'instrument, l'extrémité de la canule s'appuyant contre l'une des parois du conduit, la seringue se trouve ainsi complètement bouchée, il n'en sort pas de liquide, et, si elle est de cristal et que la pression soit forte, il n'est pas rare de la briser fort près de l'œil, qu'on peut blesser.

La mauvaise direction de la canule peut encore produire un accident au moins aussi sérieux, c'est la déchirure du conduit lacry-

mal. Alors l'injection passe tout entière dans le tissu cellulaire de la joue, et il peut en résulter un phlegmon; c'est un accident que j'ai constaté deux fois.

Applications. — Lorsqu'un malade se plaint de larmoiement et que l'état des paupières, celui du grand angle de l'œil, la position des points lacrymaux, etc., n'en indiquent pas immédiatement la cause, le chirurgien aura recours aussitôt, et au point de vue du diagnostic, à l'injection des conduits lacrymaux.

L'injection, lorsqu'on la pratique dans le but de s'éclairer sur la cause du larmoiement, doit être faite successivement par le conduit supérieur et par l'inférieur, parce qu'il suffit quelquefois qu'un seul conduit, l'inférieur surtout, soit fermé pour que la maladie existe.

Lorsque l'on injecte un conduit, par exemple l'inférieur, et que le liquide revient par ce même conduit, on doit aussitôt injecter celui de l'autre paupière. Il peut alors arriver, ou que le liquide pénètre dans la narine, et l'on est dès lors assuré que le larmoiement vient de l'obstruction du conduit inférieur, ou qu'il reflue aussi par le conduit injecté, et l'on a ainsi la preuve que les conduits ne communiquent plus avec le sac. On complète dès lors le diagnostic par le cathétérisme avec un stylet fin; mais on n'en est pas plus avancé pour le traitement, du moins j'ai dans ces cas constamment échoué. Aussi, après les essais malheureux que j'ai faits sur le rétablissement des conduits, j'avoue que j'ai peine à croire aux succès de G. Pellier, qui, à l'exemple de J.-L. Petit, parvint à guérir des larmoiements en pratiquant des conduits au moyen d'une aiguille particulière, laissée en place pendant quelque temps, et en faisant des injections deux fois par jour pendant trois semaines. S'il a réussi en effet, il faut croire qu'il avait affaire dans ces cas, non à la disparition des conduits, mais à la simple oblitération du mamelon par des écailles épidermiques.

Si le liquide reflue en entier par le point que l'on n'injecte pas, ou qu'une partie arrive dans la narine après quelque temps ou avec un certain effort, on est assuré qu'il y a un obstacle complet ou incomplet au cours des larmes. Mais cet obstacle, quel est-il? où siège-t-il? L'injection ne peut l'indiquer. Il faut dès lors avoir recours à d'autres moyens d'exploration, tels que le cathétérisme par en haut et par en bas, l'examen des fosses nasales et des parties voisines, etc., etc.

L'injection des conduits lacrymaux, aidée du cathétérisme, à la

manière de Dominique Anel, trouve quelquefois une application heureuse dans certains cas d'obstruction légère du sac lacrymal. On fait passer une sonde fine des conduits jusque dans la narine, puis, si l'on ne rencontre pas d'obstacle, on pratique l'injection avec divers liquides, suivant les lésions auxquelles on croit avoir affaire. Mais il faut bien l'avouer, il y a une grande difficulté dans le diagnostic, et les moyens certains d'exploration sont encore à trouver, du moins pour beaucoup de cas. Il en résulte qu'en entreprenant le traitement d'un larmolement par obstruction, même incomplète, des voies lacrymales, on n'a aucune certitude sur le résultat.

L'injection pratiquée seule réussit quelquefois d'une manière surprenante. Une dame de province qui m'avait été adressée par un confrère pour un larmolement déjà ancien fut guérie par une seule injection d'eau ordinaire. Je ne vis rien s'échapper des fosses nasales pendant cette petite opération, et depuis plus de deux ans la guérison s'est soutenue.

L'injection du sac trouve une application heureuse dans les tumeurs lacrymales déjà d'un certain volume. Les parois du sac, convenablement nettoyées tous les jours par le liquide, sécrètent fort peu, et les malades peuvent attendre facilement jusqu'au lendemain sans ressentir la moindre gêne dans l'œil. Ainsi répétée tous les jours, l'injection ne fait certainement pas disparaître la tumeur, mais elle la rend supportable et à coup sûr l'empêche de s'enflammer et de se terminer par la fistule. Je connais plusieurs personnes qui ont recours à ce moyen et qui pratiquent elles-mêmes l'injection devant une glace avec la plus grande facilité. Parmi elles se trouve la mère d'un grand fonctionnaire public, madame H..., que j'ai soignée avec mon regrettable ami Pasquier, ancien premier chirurgien du roi Louis-Philippe. Depuis plus de quinze ans cette dame injecte ses conduits lacrymaux tous les jours; ses paupières sont parfaitement saines et garnies de cils très forts, ce que l'on ne voit pas chez les personnes atteintes depuis longtemps de tumeur lacrymale.

L'injection des voies lacrymales trouve encore une utile application dans les cas où le chirurgien a cru devoir recourir à l'un des procédés connus de dilatation. On la pratique tantôt par les conduits avec les petites canules d'or, tantôt par l'ouverture artificielle avec la canule d'argent, et, en même temps que l'on enlève ainsi le pus ou les mucosités contenues dans les parties, on s'as-

sure que les conduits communiquent encore avec le sac, et celui-ci avec les fosses nasales.

J'insiste tout particulièrement sur ce point parce qu'il m'est arrivé, à moi comme à bien d'autres, d'ouvrir une tumeur lacrymale, de la panser par le clou de Scarpa ou par le séton, et, après un ou deux mois et davantage, au moment de fermer la fistule, de reconnaître que la partie supérieure du sac s'était enflammée et par suite complètement fermée. J'avais dilaté le sac de l'ouverture artificielle jusqu'en bas; mais le clou ou les mèches l'avaient enflammé en haut et séparé pour toujours en deux parties distinctes.

Injections du sac lacrymal de bas en haut.

On introduit la sonde de Gensoul comme dans le cathétérisme (voy. plus loin). Il faut avant tout reconnaître que la même sonde ne peut servir dans tous les cas immédiatement, et que la courbure de l'instrument doit être plus ou moins grande. M. A. de Graefe, de Berlin, qui a été frappé de ce fait, et qui a eu l'obligance de me faire connaître ses recherches (22 août 1852), a fait construire six modèles de grandeurs diverses, avec lesquels, bien que ce nombre lui paraisse insuffisant, on peut franchir la valvule inférieure du canal. Ce jeune chirurgien des plus distingués pratique l'injection de cette manière dans les engorgements chroniques du sac sans rétrécissement, et se sert d'une solution d'azotate d'argent au cinquantième. Il a obtenu ainsi des résultats très favorables, et préfère de beaucoup cette injection à celle que l'on pratique par les points lacrymaux et à l'introduction du stylet à demeure, dont nous parlerons plus loin.

J'ai pratiqué bien des fois ces injections avec la sonde ordinaire de Gensoul et bien des années avant la communication de M. A. de Graefe; mais j'ai souvent été obligé de les abandonner à cause de la douleur que l'introduction de l'instrument occasionnait aux malades. J'essaierai, à la première occasion, les nouvelles sondes de M. de Graefe, et je ne doute pas, après son affirmation, d'obtenir de bons résultats. Je rappellerai encore que M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, pratique aussi des injections de bas en haut avec la sonde de Gensoul, et que, pour lancer le liquide avec plus de force, il a fenêtré l'instrument à l'extrémité nasale et ajusté à l'autre bout une pompe atmosphérique. C'est une modification nouvelle, encore insuffisamment étudiée au-

jourd'hui (15 octobre 1853, *Bulletin général de thérapeutique*.)

Je terminerai en rappelant que les injections en général doivent être faites avec des liquides tièdes quand on injecte de haut en bas, et que ces liquides sont tantôt des astringents légers, minéraux ou végétaux, tantôt des caustiques plus ou moins forts, selon la nature de la lésion et les diverses indications à remplir. Je me bornerai à rappeler que l'on a beaucoup trop vanté, pour la guérison des tumeurs lacrymales récentes, les injections par les conduits avec une solution de nitrate d'argent concentrée; j'ai fait de nombreux essais de ce remède, mais j'ai été beaucoup moins heureux que M. Jobert, de Lamballe, qui en a souvent prescrit l'emploi.

Si l'on se sert de ce même sel en solution très faible, on se gardera d'en continuer longtemps les injections, autrement une coloration brune de la conjonctive, que les malades conserveraient toute la vie, en serait le résultat. C'est un inconvénient que j'ai déjà eu l'occasion de signaler (1).

Cathétérisme.

Cathétérisme par les points.

Procédé d'Anel. — Ce chirurgien ne s'en tenait pas toujours à faire des injections dans les conduits lacrymaux avec la seringue qui porte son nom; il essayait de les désobstruer en introduisant par les points un stylet fin, qui devait arriver jusque dans les narines.

Cette petite opération s'exécute plus difficilement par le conduit inférieur que par le supérieur. Le malade est assis devant une fenêtre; sa tête est appuyée contre le mur ou contre la poitrine d'un aide, qui la fixe d'une manière convenable.

Le chirurgien est assis devant le patient; s'il opère sur l'œil gauche et qu'il veuille pénétrer par le point supérieur, il relève avec le pouce de la main gauche la paupière, de manière à placer le cartilage tarse dans une position presque horizontale, pour que le point lacrymal se trouve dirigé de façon à recevoir l'extrémité du stylet.

L'instrument est enfoncé doucement dans le conduit, jusqu'à en-

(1) *Mémoire sur l'emploi du nitrate d'argent dans quelques ophthalmies.* Paris, 1842.

viron 4 millimètres, puis relevé peu à peu en dehors, par son extrémité libre, qui est ramenée vers la tête du sourcil. A ce moment, la paupière supérieure est abandonnée, et si l'on exerce sur le stylet qui a pris la direction du sac lacrymal une pression ménagée et aidée de petits mouvements de rotation, il traverse le sac et arrive dans les narines.

La manœuvre est un peu différente quand on opère sur l'œil droit. On peut, à la rigueur, s'exercer à faire pénétrer le stylet de la main gauche, mais j'y ai trouvé toujours plus de difficulté, très probablement parce que je n'en ai pas pris assez tôt l'habitude. Le chirurgien se place derrière le patient, dont il appuie la tête contre sa poitrine; de la main gauche il relève la paupière supérieure et introduit le stylet de la main droite.

Le cathétérisme d'Anel s'applique, concurremment avec les injections, aux larmolements par obstruction simple, par exemple lorsque le canal est obstrué par des mucosités desséchées, ou quand il s'y est introduit un corps étranger.

Cathétérisme à demeure.

Le stylet d'Anel est trop mince, trop flexible, et ne pénètre en général qu'avec une extrême difficulté. C'est pour obvier aux inconvénients qu'il offre que j'ai d'abord fait construire des stylets beaucoup plus forts et d'argent, imitant en cela le conseil de Mayor pour l'urètre. Mais ayant reconnu qu'ils étaient encore trop faibles et pliaient au moment de passer au-dessus du tendon de l'orbiculaire, j'en ai fait faire d'autres d'acier et capables de résister. Là encore une autre difficulté s'est rencontrée: suivant que l'ouverture du canal est placée très antérieurement ou non, le stylet doit être droit ou présenter une courbure plus ou moins grande. J'ai donc fait construire des stylets droits et des stylets de courbure différente, et, depuis ce moment, je n'éprouve plus de sérieuse difficulté pour les faire pénétrer jusque dans la narine. Cette modification du stylet d'Anel me paraît de jour en jour plus indispensable. Elle ressemble, sous plus d'un rapport, à la modification des sondes de Gensoul, que M. A. de Graefe a jugée avec raison utile pour pénétrer aisément dans le sac par les fosses nasales. (Voy. plus haut, p. 361, et plus bas, p. 366.)

Je fais pénétrer ces stylets ainsi modifiés par le conduit supérieur, et je les pousse jusque dans les fosses nasales. Lorsque je