

dernières années ce procédé ait été mis en pratique par l'auteur.

Procédé de Wathen. — On en attribue la priorité à Dupuytren, et en vérité je le regrette pour ce grand chirurgien ; je ne le rappelle donc que pour mémoire. Il consiste à pratiquer, à l'aide d'un petit foret, dans le cas d'oblitération du canal nasal par une exostose, un canal nouveau à travers les os. L'ouverture est agrandie par un foret plus gros, puis maintenue ouverte au moyen d'une canule à demeure ou d'une tente. Peut-on croire au succès d'un pareil moyen ?

§ III. Occlusion des voies naturelles.

Historique. — Angelo Nannoni, chirurgien en chef de l'hôpital de Florence pendant toute la moitié du dernier siècle, est le créateur de la méthode qui a pour but l'oblitération du sac, et il a fallu, pour l'instituer, une grande hardiesse et une véritable hauteur de vues (1).

L'occlusion du sac a été vivement blâmée du temps même de Nannoni, comme elle l'est encore aujourd'hui par la plupart de ceux qui n'en ont pas vu les heureux effets. Parmi les chirurgiens qui montrèrent le plus d'antipathie pour cette méthode au commencement de ce siècle, nous trouvons au premier rang l'illustre Scarpa. « Ce chirurgien, dit-il (2) en parlant de Nannoni le père, détruisait le sac lacrymal avec les caustiques pour le transformer en un corps solide et calleux, et il agissait avec d'autant plus d'assurance, qu'il était persuadé qu'après cette transformation du sac le larmolement était impossible. Personne assurément ne sera de son avis. » Et plus loin, tout en reconnaissant que cette méthode comptait des succès, il ajoute : « Qu'on peut assurer, d'après les données anatomiques les plus certaines, que dans les cas heureux le caustique n'avait fait que détruire une portion de la surface interne du sac sans effacer sa cavité... ou que son action s'était étendue jusqu'à l'os unguis et la membrane interne du nez, et avait ouvert aux larmes une route artificielle, pour ainsi dire, à la honte de l'opérateur, dont tous les efforts tendaient à laisser au malade un larmolement perpétuel. » Évidemment le chirurgien

(1) *Dissertazioni chirurgiche, civè della fistola lagrimale, delle cateratte...*, etc. Paris, 1748.

(2) Scarpa, traduction française, vol. I, p. 39-40.

de Pavie a mis ici plus de passion que de justice, plus d'idées théoriques que de vues pratiques, et nous espérons que la suite de ce travail démontrera, non certes que l'obstruction des voies lacrymales est une opération sans inconvénients ; mais que dans l'état actuel de la science, si pauvre à l'endroit du traitement des tumeurs et des fistules lacrymales, c'est encore le moyen le plus rapide et le plus sûr de débarrasser les malades d'une affection des plus gênantes et de l'aspect souvent le plus repoussant.

Les anciens et les chirurgiens de toutes les époques ont guéri la fistule lacrymale en détruisant le sac ; mais ils obtenaient ce résultat sans le savoir et sans le chercher, ignorant le trajet des larmes : ils appliquaient à la fistule lacrymale le traitement de tout ulcère fistuleux, excisant le trajet, comme le faisait Archigène, qui pratiquait à l'os plusieurs trous, *cum tenui perforato terebello*, puis cautérisant, soit avec le fer rouge ou tous les escarrotiques possibles, soit même en coulant dans l'ulcère du plomb fondu.

Telle fut, depuis Celse et Galien, la pratique habituelle des opérateurs : transmise des Arabes aux chirurgiens du moyen âge, on la revoit encore au temps d'Ambroise Paré, et il est vraiment bien curieux de retrouver chez les auteurs les plus anciens, malgré leur ignorance du véritable cours des larmes, l'indication du précepte très important, fondé pour nous sur l'anatomie minutieuse des parties et sur des observations pratiques nombreuses, de détruire l'angle *supérieur* de l'ulcère par l'application énergique du cautère, sous peine, dit Aétius, d'après un certain Severus, « de laisser là un trou d'où suinterait un liquide clair qui perpétuerait la maladie. »

Quoi qu'il en soit, et sans nous occuper davantage de l'origine des divers procédés d'occlusion du sac, nous allons décrire ceux que nous mettons en pratique, en indiquant avec tout le soin possible leurs avantages et leurs inconvénients.

Nous pratiquons l'occlusion du sac par deux procédés différents. Dans l'un, que nous mettons très souvent en pratique, nous employons le cautère actuel. Dans l'autre, auquel nous recourons bien plus rarement maintenant, nous appliquons des caustiques comme le faisait ou à peu près Nannoni.

Nous complétons le résultat, dans quelques cas particuliers, par l'oblitération ou la destruction totale des conduits,

Un mot sur les résultats obtenus par les autres procédés.

En énumérant tous les procédés inventés et mis en pratique pour la guérison de la tumeur et de la fistule lacrymale, on est tout d'abord disposé à croire qu'il y a fort peu de ces maladies qu'on ne puisse guérir radicalement, et qu'il suffit d'opérer convenablement pour obtenir ce résultat.

Et pourtant je ne connais aucun chirurgien qui, s'étant consciencieusement occupé de mettre tous ces moyens en pratique, ne se soit découragé peu à peu et n'ait fini par les abandonner ou par n'avoir confiance dans l'application d'aucun, tout en continuant d'en employer un par une sorte de routine ou de découragement.

Il faut avoir, comme Anel à ses débuts, quelques malades seulement à traiter, obtenir quelques améliorations, quelques guérisons même, pour s'imaginer que tel procédé est préférable à tout autre et qu'il suffit à toutes les exigences; mais comme Anel aussi, à mesure que l'on en généralise l'emploi, on finit par en reconnaître l'insuffisance et l'infidélité.

Parler d'Anel, c'est rechercher la valeur des *injections* et du *cathétérisme*. Il les appliquait l'un et l'autre, fondant sa théorie sur ces deux points: « Ulcérations du sac lacrymal, obstruction du canal nasal; les injections cicatrisaient les premières, le stylet débouchait l'autre. L'obstruction précédait la tumeur et l'ulcération; celle-ci n'arrivait même qu'à la fin et par l'âcreté que contractaient les larmes retenues. Anel parlait ainsi en 1713; il n'avait encore vu que des tumeurs lacrymales purulentes qui cédaient fort bien à ses injections. » (Malgaigne, *loc. cit.*, p. 9.) Mais plus tard il rencontra une autre forme de la maladie, l'hydropisie du sac; les conduits étant fermés, il ne put cette fois faire disparaître la tumeur; il commença dès lors à comprendre l'insuffisance de son procédé, y ajouta la compression, et, malgré cet autre moyen, éprouva dès lors de nombreux insuccès.

En réalité, Anel obtint-il d'abord autant de succès qu'il l'a cru lui-même? Cela est fort douteux. On améliore vite l'état d'un malade atteint de tumeur lacrymale par l'injection et le cathétérisme appliqués chaque jour, parce qu'on enlève à la fois le pus et l'irritation qu'il occasionne à la surface de l'œil; la tumeur, régulièrement vidée, reçoit les larmes, et le larmolement excessif

qui gênait les malades disparaît rapidement. Mais les voies lacrymales sont-elles rétablies en réalité? Non, le plus souvent; oui, dans quelques cas bien rares, et c'est par l'application de ces moyens que le chirurgien doit toujours, en pareils cas, commencer le traitement. On s'étonnerait, en vérité, quand on a étudié pratiquement la question, du bruit que fit la méthode d'Anel, si l'on ne savait qu'il était déjà connu comme un très habile chirurgien, et qu'il traita tout d'abord deux grands personnages. « Il eut un moment de vogue et de prospérité, et, dit J.-L. Petit, longtemps avant sa mort, la fortune et la réputation l'avaient abandonné. » (Voy. Malgaigne, *loc. cit.*, p. 55.) J.-L. Petit ne voulait-il pas dire par là que c'était la fortune et la réputation des injections et du cathétérisme qui avait sombré?

On guérit donc quelques cas de tumeur et même de fistule lacrymale par les *injections* et par le *cathétérisme* seuls ou combinés, mais quand ces moyens ont échoué, que convient-il de faire?

Si l'on suppose que l'affection soit déterminée par un engorgement chronique des parties molles, on peut avoir recours à la cautérisation de bas en haut, comme le fait M. A. de Græfe, avec ses sondes de Gensoul modifiées. (Voy. plus haut, p. 361.) Mais après quelque temps de cette pratique, après avoir eu recours aux antiphlogistiques sous toutes les formes, s'il y a de l'inflammation; à tous les modificateurs généraux, si l'on croit la maladie produite et entretenue par une cause générale, on n'est pas plus avancé qu'au commencement du traitement, et l'on se trouve en face d'une tumeur lacrymale ou d'une fistule déjà traitée pendant un ou plusieurs mois sans aucun résultat.

Il faudra bien alors ouvrir le sac, ce que beaucoup de chirurgiens eussent, à tort, commencé par faire.

On explore les parties avec le stylet; les os ne sont pas malades, il y a un rétrécissement assez considérable, et tout d'abord on songe à le combattre par la dilatation.

Quelle méthode choisira-t-on? la dilatation provisoire ou la dilatation permanente? Par cette dernière, on aura un résultat immédiat, et si elle échoue, on aura agi pendant quelque temps sur le rétrécissement. Je suppose donc que la canule soit appliquée. Est-on sûr ici de ce que l'on va faire? ne sera-t-on pas forcé de l'enlever? ne s'échappera-t-elle pas toute seule? Elle peut rester quinze ans et davantage, rien n'est plus vrai; mais combien de

fois sur cent cela arrive-t-il? Enfin il faut enlever cette canule, ou bien elle s'est échappée, et tout est à recommencer.

On a encore affaire à une tumeur ou à une fistule lacrymale dans les mêmes conditions anatomiques, et cette fois, ce que d'autres ont pu faire immédiatement, on aura recours à la dilatation ordinaire par des cordes, des mèches ou des clous. Plusieurs mois de pansement quotidien se passent; on croit le mal vaincu, car les injections envoyées par les conduits pénétrant bien dans le sac et dans le canal. On enlève les mèches ou le clou, et souvent on s'aperçoit, et ceci s'applique encore aussi bien à la tumeur qu'à la fistule, qu'une récidive sera le prix de toute la peine qu'on se sera donnée. On se hâte de reprendre le traitement avant la cicatrisation de la plaie, et l'on ne sait plus ou l'on ne sait que trop quel pronostic on devra porter. Quelques rares malades guérissent cependant; mais suivez-les tous, et vous reconnaîtrez que chez la plupart, après quelques mois, le larmolement muqueux ou purulent se sera reproduit. Je laisse aux jeunes chirurgiens les guérisons complètes et durables; car personne ne niera que l'insuccès soit la règle. Eh bien, quel parti prendra-t-on?

Que fera-t-on encore dans les rétrécissements organiques du sac, si la canule de Dupuytren a échoué?

Quel moyen prendra-t-on dans ceux où le sac a subi une perte de substance irréparable au-dessous du tendon de l'orbiculaire, par suite de pansements trop prolongés pendant la dilatation, quel qu'ait été le moyen employé?

Que fera-t-on enfin dans les obstructions complètes du canal, dans les caries des os, etc.?

Aura-t-on recours au procédé de Woolhouse (destruction de l'unguis) ou aux procédés analogues? Ils échouent encore à distance de l'opération comme tous les autres, et plus encore que tous les autres procédés.

Pensera-t-on aux procédés qui consistent à trépaner les os pour faire un nouveau canal à la manière de Wathen et de Dupuytren, lorsque le canal sera fermé?

Ouvrira-t-on avec les mêmes conditions le sinus maxillaire, comme l'a fait une fois le professeur Laugier?

Tous ces procédés n'indiquent-ils pas l'insuffisance des autres?

Évidemment des chirurgiens comme ceux que je viens de nommer n'ont imaginé toutes ces déplorables choses qu'en déses-

poir de cause et après avoir compté de bien nombreux insuccès.

C'est dans tous ces cas que l'occlusion est applicable.

Reste maintenant à examiner la question de temps que chaque procédé exige et la somme de sécurité qu'il offre au chirurgien contre les récidives.

Le larmolement étant la règle, après l'emploi de tous les procédés, pourquoi dans la plupart des cas ne pas recourir à l'occlusion, quand c'est le seul reproche qu'on lui adresse? Elle n'est ni longue, ni fastidieuse, quoi qu'en dise M. Malgaigne; de plus, elle est certaine: je l'ai le plus souvent appliquée à ma clinique sur des ouvriers, et tous se sont applaudis d'avoir mis très peu de temps pour obtenir un aussi complet résultat. Les uns ont été guéris en quinze à vingt jours, les autres en un mois, cinq semaines, et l'on doit noter encore qu'à partir de l'application du fer rouge *aucun pansement n'est nécessaire*. Il faut en excepter, bien entendu, les cas compliqués d'affection des os; là comme ailleurs, la maladie a une durée toujours illimitée et proportionnée à l'étendue des désordres. C'est évidemment de ces cas que Nannoni fils parlait, quand il disait que la guérison se faisait attendre de quarante jours à six mois; j'ajouterai, de mon côté, que ces cas sont évidemment exceptionnels, et que le chirurgien, après avoir exploré les parties malades, les reconnaît toujours parfaitement bien, et qu'en conséquence il peut dès ce moment établir son pronostic, quant à la durée du traitement. Si les os malades sont à portée du cautère actuel, on détruira le mal avec une grande rapidité relative, et, sans nul doute, c'est encore, quant à présent, le meilleur moyen à employer.

Si l'on détruit le sac lacrymal, que deviennent les larmes?

Telle est la première question que fait naturellement tout médecin à propos de la destruction du sac lacrymal; tel est aussi le principal argument des adversaires de l'occlusion des voies lacrymales.

Il semble, en effet, de prime abord, que si les larmes sont arrêtées dans leur cours, depuis le grand angle jusqu'aux fosses nasales, elles doivent nécessairement couler sur la joue, et que si conséquemment on détruit le sac, on doit établir un larmolement perpétuel au lieu de faire disparaître la maladie qu'on est appelé à guérir. Les plus célèbres praticiens comme les plus obscurs font

cette même erreur : ainsi de Walther dit en parlant de l'extirpation du sac proposée par Platner, que « le moindre inconvénient serait de laisser au malade un larmolement absolument incurable (1). »

Pour résoudre la question, il faut examiner :

- 1° Quelle est la source des larmes.
- 2° Si leur sécrétion a lieu d'une manière continuelle.
- 3° Quel est le rôle du canal lacrymal dans l'excrétion de ce liquide.

Voici la réponse à la première question.

Des travaux importants ont dernièrement encore démenti l'opinion qui regardait la glande lacrymale comme la source unique des larmes. Les expériences de Magendie, celles de Martini sur les animaux, ont démontré qu'après l'extirpation de cette glande, la sécrétion des larmes n'en persistait pas moins. Martini (2) va même plus loin ; il refuse à la glande lacrymale la moindre part dans la sécrétion des larmes, et nie les conduits excréteurs de cette glande, conduits dont l'existence a été tout récemment encore reconnue par les meilleurs micrographes, tels que Gerlach et Kölliker.

L'extirpation de la glande lacrymale sur l'homme a donné les mêmes résultats. Dans toutes les observations, encore assez peu nombreuses il est vrai, on n'a jamais remarqué après l'opération la moindre sécheresse de l'œil, la moindre perturbation de l'acte visuel. Dans quelques cas même, l'œil était encore capable de pleurer ; ainsi dans le fait rapporté par Harpin, « on toucha après l'opération la conjonctive avec le bout d'une sonde moussée trempée dans la teinture d'opium, et immédiatement l'œil se remplit de larmes qui coulèrent sur la joue (3). » Dans celui de Daviel, « cet œil était aussi humide que l'autre et (si l'auteur de cette observation ne se trompe pas) capable de pleurer comme si la glande lacrymale eût existé encore (4). » L'extirpation de la glande pratiquée par O'Beirne et Lawrence (5) a été de la même innocuité

(1) *System der Chirurgie*, Band III, § 739.

(2) *Von dem Einflusse der secretions Flüssigkeiten auf dem menschlichen Körper, und insbesondere von dem Einflusse der Thraenen auf das menschliche Auge*. Leipzig, 1844.

(3) *Annal. d'oculist.*, t. IX, p. 159.

(4) Mackenzie, *loc. cit.*, p. 76.

(5) *Idem*.

pour l'œil ; il en est de même de celle faite par M. A. de Graefe pour détruire des douleurs insupportables qu'occasionnait une hypertrophie, et par MM. Bernard (1) et Textor (2) pour guérir des larmolements rebelles. M. le docteur Anagnostakis m'a raconté qu'il a vu en 1852, chez le professeur Langenbeck, à Berlin, l'extirpation d'une glande lacrymale hypertrophiée, et que plusieurs jours après l'opération l'œil conservait parfaitement son humidité et la cornée sa transparence normale.

Ces faits mettent en évidence que la glande lacrymale ne joue qu'un rôle secondaire dans la sécrétion des larmes ; cependant ce serait peut-être une grande exagération d'admettre avec M. Rognetta (3) qu'elle n'en fournit que la huitième partie. Recherchons donc d'où elles viennent réellement.

Sans parler de ceux qui regardent les larmes comme une transsudation de l'humeur aqueuse à travers la cornée, opinion que Frerichs (4) a parfaitement réfutée, tout le monde est à présent d'accord avec Haller (5) et Zinn (6) qu'une grande partie des larmes est sécrétée par les vaisseaux de la conjonctive. En effet, si l'on essuie cette muqueuse, on voit bientôt suinter à sa surface des gouttelettes fines d'un liquide aqueux, que l'on reconnaît aisément pour celui des larmes. C'est là, évidemment, leur source principale, et maintenant, si l'on tient compte des expériences que nous avons rappelées, on ne conservera aucun doute en ce qui touche l'origine de cette sécrétion.

Un dernier exemple servira encore à peser l'importance relative de la glande et de la conjonctive dans la production des larmes. Les affections de la glande, encore assez mal connues d'ailleurs, ne donnent jamais lieu au *xerosis*, sécheresse de l'œil si dangereuse pour cet organe, et qui survient au contraire dès que, par suite d'une inflammation continuelle, la muqueuse conjonctivale s'est transformée en tissu cicatriciel, incapable de sécréter.

Ces premières considérations rendent très facile la solution de

(1) *Annal. d'oculist.*, t. X, p. 493.

(2) *Idem*, t. XVIII, p. 258.

(3) Rognetta, *Traité philosoph. et cliniq.*, 1844, p. 706.

(4) *Die Thraenen Secretion*, in R. Wahners *Handwoerterbuch der Physiologie*, Bd. III, Abthl. 1. Braunschwig, 1846.

(5) *Element. physiolog.*, t. V, p. 324.

(6) *De viis lacrym.*, cap. xviii, § 1.

la *seconde question*, celle qui consiste à savoir si la sécrétion des larmes a lieu ou non d'une manière continue.

On comprend, en effet, que la sécrétion conjonctivale, comme toutes celles des membranes sécrétantes, ne peut avoir lieu que d'une manière continue et régulière, sauf les cas d'excitation anormale. La glande lacrymale, au contraire, qui par sa structure se rapproche tout à fait des glandes salivaires (1), ne sécrète comme elles que périodiquement, en vertu de cette loi physiologique que toutes les glandes sécrétantes ne fonctionnent qu'à la suite de l'irritation des surfaces sur lesquelles elles versent leur produit.

Par sa composition chimique, le liquide lacrymal est d'une très grande âcreté. Martini, qui a fait des expériences comparatives sur l'action de cette humeur, l'a prouvé en démontrant qu'elle altère profondément la cornée dépourvue de son épithélium, la membrane de Descemet, la capsule cristalline et le corps vitré. Il suffit, dit-il, d'introduire dans l'humeur vitrée une ou deux gouttes du liquide lacrymal pour déterminer le développement d'un hypopyon qui a bientôt pour résultat la destruction de l'œil. (*Loc. cit.*)

Sans aller aussi loin, on n'a qu'à observer ce qui se passe pendant les pleurs. Les yeux s'injectent, la muqueuse nasale rougit et sécrète plus qu'à l'état normal, la peau elle-même des paupières rougit et s'excorie, et il devient évident qu'un liquide d'une pareille âcreté ne pourrait couler incessamment sur les yeux sans y entretenir une inflammation continue qui finirait par les détruire.

La sécrétion de la glande lacrymale ne se fait donc que périodiquement et à la suite d'excitations particulières agissant sur la conjonctive ou se propageant sympathiquement à la glande, en prenant leur point d'origine dans d'autres organes qui se trouvent en connexion nerveuse avec elle. Elle constitue dès lors une sorte d'appareil de réserve, destiné à fournir un flot de liquide abondant et se renouvelant toujours toutes les fois que la conjonctive irritée l'appelle à son secours pour expulser le corps étranger qui la gêne.

Dans les cas ordinaires, au contraire, la glande reste inerte, laissant à la conjonctive le soin de fournir par elle-même le liquide

(1) Kölliker, *Handbuch der gewebelehre*. Leipzig, 1852, f. scit. 617.

propre à tenir l'œil humide, ou du moins n'y prenant qu'une part insignifiante.

Lorsqu'il y a longtemps j'ai commencé à professer cette théorie dans mes cours d'ophtalmologie, je ne savais pas que M. Hyrtl, de Vienne, avait émis la même opinion dans son ouvrage d'*Anatomie topographique* (1), et je suis très satisfait, maintenant, de pouvoir apporter en faveur de mon opinion une autorité aussi imposante.

Reste à étudier le rôle que jouent les conduits et le canal lacrymal dans l'excrétion des larmes, après quoi nous aurons à répondre à la *troisième question*.

Il est tout d'abord aisé de comprendre que, dans l'état ordinaire, l'évaporation seule suffit pour faire disparaître la couche mince du liquide qui tapisse la surface oculaire. En effet, dans ces conditions, comme le remarque très bien M. Hyrtl, on trouve les points et les conduits lacrymaux parfaitement vides, et l'on ne peut en exprimer aucun liquide.

Ce n'est donc que dans les cas d'hypersécrétion de larmes, d'épiphora, que ces conduits sont en action, encore sont-ils alors le plus souvent insuffisants pour livrer issue à tout le liquide sécrété qui déborde et s'échappe de la fente palpébrale pour s'écouler sur la joue en constituant les pleurs.

Les faits pathologiques journaliers prouvent la vérité de cette proposition. Quand les voies lacrymales sont fermées, s'il n'y a en même temps aucun état d'irritation, on ne voit pas le moindre larmolement, ou, s'il existe, il est fort léger; au contraire, il suffit d'une ophthalmie ou d'un catarrhe nasal pour donner lieu à un écoulement considérable de larmes, malgré la perméabilité parfaite des voies lacrymales.

L'obstruction des points lacrymaux, sans état inflammatoire des parties, la destruction du sac qui, comme nous l'avons déjà vu, constitue le plus souvent, malgré les opérateurs, la guérison de la fistule lacrymale traitée par les méthodes ordinaires, ne donnent jamais lieu à un larmolement véritablement incommode, tandis que les larmes s'écoulent abondamment lorsqu'il y a une tumeur lacrymale enflammée, et cela malgré l'ouverture du sac et la voie anormale que l'on a établie artificiellement.

Il suffit dans tous ces cas de guérir l'inflammation de l'œil, du

(1) Hyrtl, *Topographische Anatomie*, Band I, S. 428.

canal ou de la pituitaire, pour voir disparaître l'écoulement des larmes.

La sécheresse du nez, que l'on voit dans quelques cas de maladies de l'appareil lacrymal, ne saurait être attribuée à l'appareil lui-même, car on l'observe même dans l'état normal de ces voies, chez quelques individus. Elle ne tient sans doute qu'à l'inflammation de la pituitaire, qui complique le plus souvent ces affections, et qui même est fréquemment leur point de départ.

Les considérations qui précèdent nous paraissent avoir démontré jusqu'à l'évidence :

Que le canal lacrymal n'est pas d'une assez haute importance en ce qui touche l'excrétion des larmes pour qu'il soit absolument nécessaire de le respecter; qu'il existe sous ce point de vue peu d'analogie entre lui et l'urètre, avec lequel quelques chirurgiens se complaisent encore à le comparer aujourd'hui pour faire ressortir les inconvénients de sa destruction;

Que la destruction du sac ne laisse après elle qu'un larmolement à peu près nul, et qu'elle constitue peut-être le meilleur moyen de guérir la tumeur et la fistule, parce qu'elle enlève définitivement l'état inflammatoire qui provoque l'hypersécrétion des larmes et entretient l'écoulement du pus.

Des faits nombreux viennent à l'appui de notre assertion. Depuis bien des années nous pratiquons la destruction du sac sur une très grande échelle. Eh bien, après la cicatrisation définitive de la plaie, nous avons souvent observé la disparition du larmolement, et, dans tous les cas, toujours transformé l'hypersécrétion des larmes et l'état purulent en un larmolement éventuel très supportable qui survient lorsque les malades sont exposés à l'impression de causes irritantes, comme l'action brusque d'un vent froid, la poussière, un catarrhe, cas dans lesquels cet inconvénient se présenterait même dans l'état normal du canal.

D'un autre côté, la cicatrice n'est pas apparente, et rien ne pourrait faire soupçonner qu'une opération aussi sérieuse a été pratiquée (1).

(1) Tous ces faits démontrent à quoi il faut s'en tenir sur la proposition de M. Bernard, d'extirper la glande lacrymale après la destruction du sac, pour prévenir le larmolement perpétuel, qui en serait la conséquence. Pour justifier une pareille proposition, il faudrait des faits nombreux et concluants, que M. Bernard ne nous a pas donnés.

L'inflammation spontanée du sac guérit la tumeur et la fistule lacrymales.

Une remarque fort importante à faire sur la valeur de l'occlusion des voies lacrymales, c'est ce qui se passe avec le temps chez les individus atteints de tumeur ou de fistule.

Au début de leur maladie, ils ont commencé par souffrir d'un larmolement incommode et plus tard d'un larmolement purulent. Une tumeur lacrymale s'est formée, on l'a vidée par la pression pendant des années sans qu'il en résultât le moindre inconvénient. Mais tout à coup le sac s'enflamme à l'état aigu, la peau du grand angle suppure, et pendant quelque temps le malade est soulagé. On fait la remarque qu'à partir de ce moment la tumeur est moins volumineuse et que le pus est moins abondant. Un temps plus ou moins long se passe encore, et la même inflammation se répète jusqu'à ce que les voies lacrymales se soient complètement oblitérées par le fait de la destruction inflammatoire du sac.

Chez d'autres, et c'est le cas le plus ordinaire, la tumeur lacrymale se transforme en fistule dès la première dacrykystite; la suppuration, au début, est très abondante et très incommode, elle augmente ou diminue de temps en temps, suivant l'état inflammatoire des parties, puis finit, à la longue, par disparaître complètement. Que l'on examine alors le grand angle, et l'on reconnaît que l'amélioration de l'état des malades coïncide tantôt avec une occlusion complète des voies lacrymales, tantôt avec une fistule capillaire et un amincissement considérable de la peau, devenue assez semblable à du parchemin. Le sac a été peu à peu détruit dans ce dernier cas et s'est transformé en une sorte de petit cloaque dans lequel, après avoir séjourné quelque temps, les larmes s'échappent sur la joue. Cautérisez ce cloaque qui entretient l'irritation de l'œil, et quelque temps après il n'y aura plus de larmolement. Je dis "quelque temps après" parce que le larmolement est provoqué après l'occlusion par l'irritation traumatique des parties cautérisées, et surtout parce qu'il faut un certain temps pour que la glande lacrymale, habituée pour ainsi dire à donner une très grande quantité de larmes, reprenne peu à peu sous ce rapport ses conditions physiologiques.

On voit qu'abandonnée à elle-même pendant longues années, la fistule lacrymale se guérit par l'occlusion des voies lacrymales,

occlusion qui survient par la destruction lente des parties qui fournissent la suppuration.

Autre fait très fréquent, pris dans l'observation pratique : le sac s'enflamme à l'état suraigu, ainsi que les parties voisines, une suppuration abondante s'établit, et, après douze ou quinze jours, la plaie s'est fermée. On injecte les conduits, il y a occlusion du sac, la suppuration l'a détruit. A plusieurs mois de là on revient à l'injection et l'on trouve le même résultat, le liquide ne pénètre pas et le malade est guéri; très rarement il larmoie un peu, encore n'est-ce qu'accidentellement, et se trouve heureux d'un pareil résultat.

L'occlusion chirurgicale imite donc parfaitement ce que fait la nature dans les cas les plus favorables.

Remarquons enfin que la plupart des guérisons que l'on croit avoir obtenues par la dilatation ne sont, en définitive, que le résultat d'une occlusion amenée peu à peu par la suppuration des parties si longtemps en contact avec les mèches, les cordes ou les clous de Scarpa, qui jouent le rôle de corps étrangers.

a. OCCLUSION PAR LE FER ROUGE.

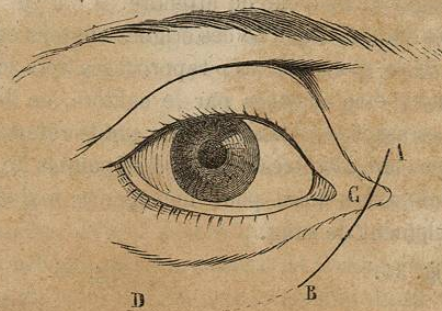
Premier temps. — Le malade et le chirurgien se placent comme dans le procédé de J.-L. Petit. L'aide soutient la tête contre sa poitrine, et en supposant que l'on opère l'œil gauche, tend la commissure externe de sa main gauche, et de sa main droite relève le plus possible la tête du sourcil.

Après avoir recherché le tendon de l'orbiculaire, devenu saillant sous la tension de la peau, ainsi que le contour osseux de l'orbite, le chirurgien, armé d'un bistouri à lame assez forte et un peu effilée à la pointe, pratique l'incision de la peau. Il tient l'instrument en première position, c'est-à-dire dans la main, l'index allongé sur le dos de la lame très près de la pointe, le porte à un centimètre au-dessus du tendon et l'enfonce avec force jusqu'à ce qu'il sente la résistance formée par les os; puis, sans s'arrêter, il continue l'incision de la peau en suivant exactement le contour de l'orbite, jusqu'à ce qu'elle ait assez exactement 3 centimètres d'étendue d'un angle à l'autre.

La figure 33 donnera une idée exacte de la longueur de cette

incision. A, B, extrémité de l'incision; D, points indiquant le contour de l'orbite.

Fig. 33.



Si l'incision a exactement cette longueur et que le bistouri ait tout divisé sur son passage, la plaie sera suffisamment large et le premier temps de l'opération sera terminé; mais si le contraire est arrivé, on portera le bistouri plus profondément, surtout vers les angles de la plaie, et jusqu'à ce que l'on soit bien certain d'avoir mis tout à nu devant soi.

L'incision ainsi faite est courbe et présente sa concavité en dehors. Elle comprend à la fois la peau, le sac et le tendon de l'orbiculaire, qui doit être toujours divisé en travers.

Si, comme on le voit après une inflammation aiguë du sac plusieurs fois répétée, ou après un ou plusieurs traitements malheureux par les procédés de dilatation, la peau est devenue adhérente dans une assez grande étendue, on aura soin de la disséquer largement et de manière à obtenir un écartement suffisant.

D'un autre côté, si une fistule existe depuis longtemps, on ne devra pas se préoccuper de la diviser en deux par l'incision, comme on le recommande généralement, mais au contraire pratiquer celle-ci le plus loin possible de la paupière inférieure; autrement, s'il survenait de la suppuration, l'ectropion pourrait résulter du raccourcissement de la peau.

Deuxième temps. — On applique le cautère actuel séance tenante, après avoir épongé convenablement la plaie et lorsque le sang a cessé de couler. Cependant il est préférable d'attendre au lendemain, parce qu'on voit beaucoup mieux ainsi le fond de la plaie et des divers tissus que l'on doit détruire.