

contraction du tissu cicatriciel, dans les autres à une élimination complète des parties osseuses malades.

Je noterai, en terminant, que, dans quelques cas rares, et qui datent de mes premières applications du procédé par le feu, voulant obtenir l'occlusion des voies lacrymales, j'ai donné aux larmes un cours régulier, quoique anormal, à travers l'unguis perforé à la fois par une carie préalable et par le fer rouge. J'ai retrouvé le même fait dans les applications de caustiques employés dans ce but. Trouvant les malades soulagés, quelquefois guéris, je n'ai pas cherché à obtenir l'occlusion qui était ainsi devenue inutile, parce que, sans le vouloir, j'avais obtenu un résultat analogue à celui que l'on désire dans le procédé de Woolhouse. Je ne sais si le résultat sera définitif. La cautérisation, dans ces observations, n'avait pas porté sur la partie supérieure du sac, et l'injection que j'ai toujours soin de pratiquer par les deux conduits avait pénétré dans les fosses nasales au lieu de revenir par le conduit injecté ou par l'autre, bien que, pendant le cours de la suppuration, je me fusse assuré de l'oblitération du canal à sa partie supérieure.

#### b. OCCLUSION PAR LES CAUSTIQUES.

*Procédé. — Premier temps.* — Le malade et le chirurgien sont placés comme dans le procédé de J.-L. Petit. Les paupières sont fermées, et l'aide tire en dehors leur angle externe pour faire saillir le tendon de l'orbiculaire. Ce temps de l'opération est représenté plus haut, page 371, fig. 27; mais on remarquera que la ponction est placée un peu trop bas et qu'elle doit être faite immédiatement au-dessous du tendon de l'orbiculaire.

Après avoir plongé le bistouri dans le sac, on allonge l'incision de haut en bas et on lui donne une étendue de 1 centimètre 1/2. On a soin de sentir toujours pendant l'incision la pointe de l'instrument appuyée contre l'orbite et de la faire sortir dans une direction exactement perpendiculaire à la peau pour éviter d'avoir une plaie plus étroite dans le fond qu'à la surface.

Un stylet est introduit dans les parties, dans le but d'en explorer les conditions et de reconnaître que la plaie du sac a une suffisante étendue.

*Deuxième temps.* — Le sang ayant cessé de couler, on procède aussitôt à l'application du caustique; cependant il vaut mieux la remettre au lendemain et introduire pendant vingt-quatre heures

une boulette de charpie très petite dans la plaie pour la maintenir ouverte; ou, mieux encore, enduire les bords d'un peu de suif ou d'un autre corps gras pour éviter au malade des douleurs inutiles et prévenir en même temps un gonflement assez gênant, que la charpie occasionne presque toujours.

On peut se servir de tous les caustiques. Nous en avons employé plusieurs, tels que la potasse caustique, la pâte de Vienne, l'acide sulfurique; mais sur le conseil que nous en a donné le professeur Juenken, de Berlin, lorsqu'il nous a fait l'honneur de visiter notre clinique, nous avons essayé le chlorure de zinc, qu'il emploie exclusivement depuis dix ans, et nous en avons obtenu les meilleurs résultats.

Pour introduire ce caustique, nous nous servons d'instruments bien simples:

Une plume d'oie ordinaire, coupée en forme de tube et mâchée à celle de ses extrémités qui doit entrer dans la plaie, pour en prendre la forme allongée, reçoit de l'autre côté une boulette de charpie ou de papier, ou mieux encore un petit morceau d'éponge qui, avec une allumette ou un stylet, devra jouer bientôt le rôle du piston d'une seringue.

Cela fait, on dépose, dans la partie allongée du tube, gros comme deux ou trois grains de chènevis de chlorure de zinc, en ayant soin de n'en pas laisser sur les bords. Ensuite on écarte les lèvres de la plaie d'une main, tandis que de l'autre on introduit le tube aussi profondément que possible, et toujours sous le tendon de l'orbiculaire. Pour atteindre sûrement la partie supérieure du sac, on renverse fortement la tête du malade en arrière; il est même prudent de le faire coucher dans la crainte que la partie supérieure du sac ne soit épargnée. On prend alors le stylet, et en poussant le petit morceau d'éponge dans la plaie, on y dépose en même temps le caustique qui s'y trouve renfermé.

On laisse l'éponge dans la plaie jusqu'au lendemain, et l'on recommande au malade d'appliquer sur le grand angle de l'œil un sachet rempli de glace, ou au moins un cataplasme de riz froid souvent renouvelé.

#### Remarques sur les accidents qui surviennent après l'opération.

*OEdème des paupières, conjonctivite. — Accidents généraux.* — Le lendemain de l'opération, on doit s'attendre à beau-



coup de gonflement, et, en effet, on trouve de la rougeur, de la tuméfaction et de la douleur des bords de la plaie, en même temps qu'une infiltration œdémateuse qui s'étend aux paupières, à la conjonctive, et quelquefois même à toute la joue.

Presque tous les malades accusent, quelques minutes après l'application du caustique, une douleur vive qui ne les abandonne, les uns qu'après deux ou trois heures, les autres qu'après la nuit. La plupart ont un peu de fièvre et la langue blanchâtre le lendemain; tous perdent l'appétit pendant deux ou trois jours, quelques uns même pendant une ou deux semaines, surtout s'ils sont très nerveux et que la quantité du caustique ait été assez grande. Mais tout rentre peu à peu dans l'ordre sous l'influence d'un traitement bien dirigé. Ainsi l'eau froide, les cataplasmes froids, diminuent en même temps la douleur et la réaction sur l'économie; quelques gouttes de laudanum, un bain tiède pris le soir, calment le malade pendant la nuit. Les jours suivants on continue encore les cataplasmes émollients, et l'on fait bassiner l'œil avec des collyres légèrement astringents; rarement il faut recourir aux sangsues pour combattre la conjonctivite et la blépharite qui viennent compliquer le mal.

A partir du douzième jour environ, l'escarre commence à se détacher et à tomber d'un seul morceau ou par petites parties, suivant que l'on a employé beaucoup ou peu de caustique. Dans ce dernier cas, on conçoit que la réaction puisse manquer complètement, et que l'escarre, très superficielle, demeure en quelque sorte limitée au sac et s'échappe pour ainsi dire sans être aperçue. Enfin, le fond de la plaie se remplit, puis s'élève au niveau de la peau, et la cicatrice se complète. Le larmolement existe encore pendant quelque temps, mais il finit par diminuer au point de ne plus gêner le malade.

Il est bon alors de s'assurer du résultat par une injection avec la seringue d'Anel: si l'obstruction est complète, le liquide reflue d'un conduit par l'autre sans entraîner de mucosités, et la guérison est certaine; dans le cas contraire, il y aura récurrence, et l'on devra recommencer l'opération.

*Érysipèle.* — Cette complication est assez fréquente, je l'ai du moins observée assez souvent dans ma pratique.

Chez une jeune dame que j'avais opérée d'une tumeur lacrymale assez volumineuse, l'inflammation érysipélateuse s'empara rapi-

dement de la moitié de la face du côté opéré et envahit peu à peu le cuir chevelu. La fièvre s'alluma, et j'eus pendant quelques jours beaucoup de craintes, car les accidents généraux devenaient très menaçants.

Dans d'autres cas, l'érysipèle demeura limité à la face et disparut sous l'influence des moyens les plus simples, tels que l'application de l'amidon et des purgatifs répétés. L'érysipèle étant, je le répète, une complication assez fréquente, il ne faut pas négliger de préparer le malade à l'opération par quelques jours de régime, des boissons émollientes et des bains tièdes. L'eau froide et la glace appliquées méthodiquement, suivant les conseils que donnait il y a plus de vingt ans à Lyon M. le professeur Gensoul, pour les plaies en général et un grand nombre d'opérations, seront rangés au premier rang des moyens locaux pour empêcher l'apparition de l'érysipèle; aussi devra-t-on y recourir immédiatement après l'application du caustique. On commencera donc par appliquer pendant deux ou trois heures sur la plaie des compresses d'eau à la température ordinaire, puis cette température sera peu à peu abaissée jusqu'à zéro, et, au moyen de sachets de baudruche, on appliquera pendant deux ou trois jours la glace sur les parties malades. Passé ce temps, la température du sachet sera progressivement élevée, et, en quelques heures, ramenée à celle de l'eau conservée dans l'appartement.

*Suppuration étendue.* — L'application des caustiques dans le sac lacrymal détermine souvent une suppuration très inquiétante. Le fait suivant, rapporté déjà dans la première édition de cet ouvrage, mérite de l'intérêt: Une dame de Reims portait depuis bien des années une fistule lacrymale gauche et avait déjà été opérée plusieurs fois sans succès. Je l'opérai aussi en 1846, et fis le pansement par le clou de Scarpa; mais je n'obtins rien de plus que ceux qui m'avaient précédé. Éclairé par des faits antérieurs sur la difficulté de fermer les voies lacrymales en y introduisant un morceau de nitrate d'argent, je me proposai de les détruire ici par le caustique de Vienne, et, en présence du confrère qui m'avait présenté la malade, j'en déposai une certaine quantité dans la partie supérieure du sac où je le laissai quelques instants. La cauterisation fut profonde, étendue, et suivie d'une suppuration si abondante, que pendant quelques jours je craignais qu'il n'en résultât quelque difformité vers le grand angle; mais au contraire,



la plaie se cicatrisa parfaitement et la malade guérit. Aujourd'hui cette dame est débarrassée de sa fistule ainsi que de son larmolement, qui a complètement disparu. Bien des fois depuis j'ai employé la cautérisation du sac lacrymal avec le caustique de Vienne, mais avec plus de précaution, et je n'ai eu qu'à me louer de ses résultats.

Le chlorure de zinc, que j'ai substitué, comme je l'ai dit, sur le conseil du professeur Juenken, de Berlin, à la pâte de Vienne, produit aussi, dans quelques cas, une suppuration considérable, et bien que l'on n'en ait introduit qu'une très faible quantité dans le sac. Chez plusieurs personnes, j'ai vu une escarre, large comme celle d'un cautère ordinaire, détruire la peau et les parties sous-jacentes dans le grand angle de l'œil; cependant la plupart ont guéri sans accidents sérieux. J'ai noté chez quelques unes les accidents suivants :

*Destruction de l'angle interne des paupières.* — Lorsque la suppuration est très étendue, il arrive que la peau des paupières qui entoure la caroncule se trouve peu à peu détruite par la suppuration. C'est là un accident que l'on pourrait tout d'abord craindre, et cependant, lorsqu'il arrive, tout se passe ordinairement sans résultat fâcheux. L'élimination des parties atteintes par le caustique est suivie peu à peu du rapprochement des paupières, le plus souvent sans laisser de traces visibles dans le grand angle. Cependant il n'est pas rare alors, et après avoir vu à nu le tendon de l'orbiculaire, de constater les deux accidents suivants.

*Ectropion inférieur.* — La perte de substance subie par la peau dans l'angle interne, après la cautérisation du sac lacrymal, entraîne quelquefois à sa suite un certain degré de renversement de la paupière inférieure, particulièrement à son extrémité interne. Cet ectropion, la plupart du temps fort léger, n'occasionne, dans les premiers mois qui suivent l'opération, aucune gêne ni aucune difformité; mais plus tard ces inconvénients ne manquent pas de survenir. La conjonctive palpébrale rougit, puis se tuméfie dans les environs du point lacrymal et présente quelquefois un état sarcomateux marqué. Les astringents légers que l'on emploie, la cautérisation avec le sulfate de cuivre, quelquefois même celle avec le nitrate d'argent, n'améliorent que bien faiblement l'état de cette membrane, et peu à peu l'ectropion s'étend vers le côté externe et devient alors complet. Je vois en ce moment même, à mon dis-

pensaire, une femme qui a été cautérisée en ville pour une fistule lacrymale, qui est atteinte d'un ectropion inférieur considérable et chez laquelle on remarque en outre un écartement très difforme des paupières à leur angle interne et une cicatrice fort large, s'étendant à 3 ou 4 centimètres au-dessous du tendon de l'orbiculaire, et parcourue de brides épaisses. Cette cicatrice est si étendue, que je ne sais trop si je pourrai relever convenablement la paupière inférieure. Évidemment, le chirurgien qui a fait l'application du caustique ne s'est pas occupé de ménager la peau et s'est conduit comme s'il se fût agi d'appliquer un large cautère près du grand angle de l'œil.

Rien n'est plus simple cependant que d'éviter ces accidents.

D'abord on doit faire la ponction le plus loin possible de la paupière, dût-on, s'il y a fistule, laisser l'ouverture en dehors de la ponction.

Ensuite, outre la précaution de porter avec un tube de plume jusque dans le sac le caustique qui doit le détruire, on peut, au préalable, enduire de suif les lèvres de la plaie, et dès que celle-ci se remplit du caustique liquéfié et de larmes, y lancer un jet d'eau au moyen d'une seringue assez forte et jusqu'à ce que tout soit entraîné. On n'a ainsi qu'une escarre convenable, et les bords de la plaie sont préservés autant que possible de l'action du caustique.

*Infundibulum au-dessous du tendon.* — Cet accident est encore la conséquence d'une suppuration étendue du grand angle de l'œil. Il consiste en un enfoncement de la peau au-dessous du tendon de l'orbiculaire, exactement semblable à celui que l'on voit quelquefois à la suite du pansement trop prolongé avec le clou de Scarpa. Le sac est détruit complètement dans ce cas, et la peau devenue adhérente aux os sous-jacents.

Faire disparaître cette difformité est chose facile : on ouvre la peau au moyen de deux petites incisions allongées et au centre desquelles se trouve le sommet de l'infundibulum. La portion adhérente de la peau, singulièrement amincie, est disséquée et enlevée complètement, puis on rapproche l'une de l'autre les lèvres de la plaie, et l'infundibulum disparaît aussitôt. C'est une opération très simple, d'une exécution très rapide et dont le résultat est très satisfaisant. J'oubliais de dire que les deux petites incisions doivent être, autant que possible, parallèles, et surtout pratiquées



à la base de l'*infundibulum* et dans un endroit où la peau n'ait pas été amincie par la suppuration.

J'ai vu tout récemment encore (juillet 1853) l'*infundibulum* à la suite d'une application de chlorure de zinc sur une dame atteinte d'une tumeur lacrymale et qu'avait bien voulu me confier M. le docteur Vernois, médecin des hôpitaux de Paris. La peau n'avait pas été sérieusement touchée par le caustique, mais elle était considérablement amincie par le fait même de la tumeur lacrymale et de la distension qui en était depuis très longtemps la conséquence. Je regrette bien que jusqu'ici (octobre) cette dame ne m'ait pas permis, par pusillanimité, de remédier à cette difformité, que je considère comme fort désagréable.

*Récidives.* — On pourrait croire à la guérison certaine de la fistule par la destruction du sac, et cependant la récidive, dans quelques cas, est positivement à craindre, et je ne l'ai observée que trop souvent. Par récidive j'entends :

Qu'après avoir opéré une tumeur lacrymale j'ai eu comme résultat, ou une tumeur lacrymale moins volumineuse, il est vrai, ou une fistule ;

Ou qu'après avoir opéré une fistule la maladie ne s'est pas guérie ou s'est convertie en une tumeur.

J'ai observé la récidive dans les cas de tumeur ou de fistule compliquée d'affection des os, je l'ai vue aussi dans ceux de tumeur ou de fistule simple, c'est-à-dire dépendant seulement d'une affection des parties molles.

Lorsque les os sont malades, il faut s'attendre à cet échec et prévenir les malades de la durée de leur affection, de la nécessité où l'on sera de revenir à d'autres applications du caustique, et n'employer celui-ci qu'avec les plus grandes précautions pour éviter la suppuration de la peau. Par des applications répétées et prudentes, quelquefois aussi en fermant les conduits lacrymaux, suivant le procédé qui sera décrit plus loin, on finira toujours par détruire les parties d'os malades et obtenir une guérison ; mais celle-ci se fera bien longtemps attendre. Dans ces cas, l'application du fer rouge serait de beaucoup préférable ; mais si l'on ne croit pas devoir y recourir, on observe avec attention la fistule ; on constate, à l'aide du stylet, l'état des choses, c'est-à-dire que les os ne sont pas guéris, et l'on introduit un petit morceau de chlorure de zinc avant que la plaie se soit trop rétrécie. On

pourra se trouver ainsi dans la nécessité de revenir plusieurs fois à la cautérisation et attendre l'oblitération quelquefois pendant toute une année et même davantage, suivant que l'élimination des os malades sera ou non rapide.

Mais si l'on n'a affaire qu'à une tumeur ou à une fistule lacrymale symptomatique d'une affection des parties molles, le résultat sera plus aisément obtenu. Dès que l'on reconnaîtra que le fond de la plaie ne s'élève pas et ne tend pas à se rapprocher de la surface, que des larmes claires ou mêlées de rares mucosités continuent de s'en échapper, on sera certain de n'avoir pas suffisamment atteint la muqueuse, et l'on introduira de nouveau une certaine quantité de chlorure de zinc. Mais cette fois on aura soin de faire étendre horizontalement le malade et de renverser sa tête autant que possible en arrière et en bas, afin que le caustique agisse sur la partie la plus élevée du sac. Après l'élimination de l'escarre, le fond de la plaie se rapprochera de la surface, les larmes n'y pénétreront plus, et l'obstruction du sac sera obtenue.

#### C. OCCLUSION DES CONDUITS.

Je n'ai recours à ce moyen que dans quelques cas exceptionnels, alors seulement qu'après l'application du fer rouge ou des caustiques les conduits dilatés rejettent une larme par la pression.

Cependant l'occlusion des conduits lacrymaux a été proposée par Bosche, de Lyon, en 1783, pour guérir les fistules compliquées de carie et d'oblitération complète du canal nasal.

J'ai essayé pratiquement ce moyen dans ces cas, et j'ai reconnu que Pellier n'avait traité cette méthode qu'avec justice, en disant qu'elle était absurde. En effet, l'oblitération des points dans le cas de tumeur lacrymale a toujours été suivie entre mes mains d'accidents divers : ou la tumeur augmentait de volume, ou une inflammation aiguë du sac déterminait bientôt une ouverture fistuleuse de la peau. Dans les cas de fistule, l'état des choses ne m'a pas paru changer de nature, et j'ai toujours été forcé d'en finir en détruisant le sac par le feu. M. Velpeau, qui a essayé aussi la méthode de Bosche, n'en a pas été, si je suis bien informé, plus satisfait que moi, et il a dû y renoncer. J'ai vu plusieurs des malades qu'il avait opérés et qui, n'étant pas guéris, s'étaient adressés à moi ; l'un d'eux, comme ceux que j'avais traités moi-même, portait une tumeur volumineuse qui ne se vidait pas par la pres-



sion, et qui avait tous les caractères de la variété que l'on désigne sous le nom de tumeur enkystée. Chez cet homme, le sac ayant été ouvert et largement cautérisé avec le fer rouge, la guérison fut complète en douze ou quinze jours.

Ainsi l'oblitération des conduits, comme méthode de traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales, est mauvaise, bien que l'on ait observé des faits dans lesquels les points étant oblitérés accidentellement, l'œil était demeuré sec et nullement atteint de larmolement. Gunzius, Anel, J. -L. Petit, Demours, M. Malgaigne, citent des faits semblables, et je puis affirmer que, d'après mon expérience personnelle, ils sont loin d'être rares. Toutes les tumeurs lacrymales enkystées sont dans ce cas, et elles sont assez communes; presque toutes sont exemptes de larmolement, très certainement parce qu'elles ne sont accompagnées d'aucune irritation du grand angle de l'œil.

Les procédés chirurgicaux pour oblitérer les conduits lacrymaux sont fort simples :

1° On trempe un stylet d'argent dans l'acide nitrique, et à diverses reprises, à trois ou quatre jours d'intervalle, par exemple, on l'introduit dans le conduit à fermer en l'y laissant quelques instants. Ce procédé est long et souvent infidèle.

2° On introduit dans le conduit un stylet ayant à deux pouces de l'œil un renflement olivaire que l'on place dans la flamme d'une bougie, en ayant soin de couvrir la face du malade d'un linge mouillé; ou, ce qui est plus simple, on se sert d'un stylet ordinaire, et, quand il est placé, on le saisit avec un fer à papillotes rougi à blanc. Il est mieux, dans ce dernier cas, que le stylet se termine par une petite palette de la largeur de l'ongle du petit doigt, parce qu'on a plus de prise et que la chaleur transmise est plus grande. On doit avoir soin, dans ces deux procédés, de conduire le stylet jusque dans le sac.

3° Le premier de ces procédés étant long et infidèle, le second exigeant un appareil en disproportion avec le résultat, il est mieux d'avoir recours à l'excision.

L'opération est simple : on accroche la paupière d'une main en ayant soin de placer l'érigne sur le trajet du conduit à exciser, et de l'autre main, armée d'un couteau à cataracte, de préférence à un bistouri, on incise à droite et à gauche, et l'on emporte un petit lambeau dans lequel se trouve le conduit. Il faut avoir soin de ne faire subir à la paupière que la moindre perte de substance pos-

sible et surtout de porter l'incision très loin vers le sac, autrement le conduit resterait béant au fond de la petite cicatrice, et l'on aurait une récurrence. Aussi, quand je crois avoir ménagé malgré moi la profondeur de l'incision, je n'hésite pas à cautériser l'angle de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent.

## SECTION SEPTIÈME.

### Larmolement.

Nous avons vu plus haut (p. 276) que depuis Adam Schmidt, on a établi avec raison une distinction entre l'épiphora, état dans lequel les larmes sont sécrétées en trop grande abondance, et le larmolement proprement dit, dans lequel elles ne suivent pas leur voie ordinaire et s'échappent en quelque sorte passivement sur la joue.

C'est de ce dernier que nous nous occupons ici; mais en faisant remarquer que, si une division semblable à celle que nous venons d'établir est parfaitement tranchée en théorie, elle ne l'est pas toujours aussi exactement dans la pratique.

Le larmolement, de même que l'épiphora, est un symptôme; nous dirons donc de cet état ce que nous dirons plus tard de l'amaurose, qu'il serait mieux certainement de ne pas s'en occuper spécialement, et de le rattacher simplement à chacune des maladies qui l'occasionnent. Mais le mot est reçu dans la pratique, et ce sera d'ailleurs une occasion pour nous de présenter une sorte de résumé de la plupart des affections des voies lacrymales dont nous venons de nous occuper, et d'ajouter en même temps quelques faits à ceux que nous avons rapportés.

Il n'est pas toujours facile, assurément, de reconnaître au premier coup d'œil la cause du larmolement, car elle est obscure, mal définie et ne devient évidente pour le praticien que lorsqu'il a fait avec méthode les recherches convenables.

De là, la nécessité d'établir des divisions spéciales. Le larmolement est-il occasionné par une affection organique ou accidentelle de la glande, par quelque dérangement du bord libre des paupières, par une maladie des points ou des conduits lacrymaux, ou enfin par une affection du sac ou du canal?