OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'APPAREIL LACRYMAL

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

INCISION DES POINTS LACRYMAUX — DÉBRIDEMENT DU SAC — OUVERTURE DU SAC — DESTRUCTION ET EXTIRPATION DU SAC — ABLATION DE LA GLANDE LACRYMALE.

Le nombre des opérations qui se pratiquent sur l'appareil lacrymal est restreint, mais comme vous le voyez, messieurs, ces opérations sont chaque jour répétées à cette clinique, à ce point même que nous n'avons pas cru utile de les faire figurer dans les statistiques opératoires qui sont dressées avec tout le soin possible. Nous aurons à nous occuper ici de l'*incision des points lacrymaux*, du *débridement du sac* (de la stricturotomie), de l'*ouverture du sac lacrymal*, de sa *destruction artificielle* et de l'*extirpation de la glande*. Ayant longuement insisté sur le sondage dans les précédentes leçons[1], nous ne reviendrons sur ce sujet qu'incidemment.

Lorsque vous êtes consulté par un malade qui vient réclamer votre aide pour que vous le débarrassiez d'un larmoiement, c'est-à-dire d'un mal qui est pour lui une cause d'agacement perpétuel en l'obligeant à avoir constamment son attention tournée de ce côté, mais qui cependant ne lui porte pas autrement un préjudice sérieux, avant de rien entreprendre, pénétrez-vous bien de cette idée, messieurs, c'est que, loin de soulager le malade, votre intervention, si elle est mal dirigée, est susceptible d'aggraver sensiblement

1. Voy. *Thérap. ocul.*, p. 753.

son état, et cela au point qu'il peut en résulter un véritable danger pour lui.

Un cas qui m'est resté profondément gravé dans la mémoire, c'est celui d'un malade qui, étant atteint d'un léger larmoiement, s'adressa à un confrère d'une science éprouvée et fut sondé par lui à diverses reprises. Après quelques sondages exécutés, il est vrai, avec une certaine violence, ce malade fut pris d'une tuméfaction considérable de toute la région du sac. Il se forma un vaste phlegmon que j'eus à inciser largement, et le patient ne guérit que lorsqu'un large sequestre du rebord orbitaire inférieur se fût éliminé, cet accident l'ayant obligé à garder la chambre plusieurs mois. Les raisons d'après lesquelles je voulais que la nécrose ait eu pour prélude le larmoiement, affirmant que le sondage n'y avait été pour rien, n'empêchaient pas le malade de s'adresser chaque jour à lui-même les plus vifs reproches pour n'avoir pas supporté avec plus de patience la petite gêne que lui occasionnait un simple larmoiement.

Aussi combien de fois ne m'entendez-vous pas répéter qu'un appareil aussi délicat que celui qui préside à l'élimination des larmes ne comporte aucune violence, et que toute action brutale exercée sur lui doit être de prime-abord rejetée? Ce que j'avais prédit ne s'est-il pas en effet réalisé, lorsqu'au début de l'usage du laminaria comme moyen de dilatation, procédé autrefois accepté avec un véritable enthousiasme par les confrères qui préconisaient, ainsi que M. *Weber* le veut, la dilatation forcée, j'annonçai que ce mode de traitement serait absolument abandonné?

Ceux qui se vantent de guérir le larmoiement par le sondage prolongé avec des sondes de 3 millimètres et plus d'épaisseur (*Theobald*[1]) peuvent obtenir un certain soulagement chez des malades atteints de véritable dacryocystite, mais c'est alors en atrophiant la muqueuse du sac, ou en

1. *Archiv für Augen- u. Ohrenheilk.*, t. VII, p. 478.

déterminant l'occlusion complète des conduits vers le sac, de façon à faire cesser tout contact entre la sécrétion de celui-ci et la conjonctive. Par l'emploi de ces sondes fortes on atteint le même résultat qu'avec la méthode délaissée de la prétendue oblitération; mais si je m'appuie sur ce qu'une longue expérience m'a enseigné, en me livrant sans le moindre parti pris à l'étude de cette question, je puis nier formellement qu'on ait jamais soulagé, soit par cette brutale méthode de sondage, soit par l'emploi de sondes à demeure, un malade atteint de simple larmoiement.

Je vous le répète, messieurs, le simple larmoiement ne saurait être guéri par une intervention brutale exercée sur un appareil d'une extrême délicatesse de construction telle qu'on l'observe pour celui qui est destiné à l'élimination des larmes, et la proposition de M. *Otto Becker*, tendant à sonder simplement par le conduit supérieur non dilaté, est basée sur une appréciation fort sensée de cette question. Toutefois, si vous ne me voyez pas accepter entièrement ce conseil, c'est que, pour des raisons anatomiques précédemment exposées[1], je ne considère pas que l'on atteigne toujours ainsi l'obstacle que l'on veut faire disparaître, celui-ci pouvant siéger, en effet, dans le conduit inférieur, ainsi qu'il arrive dans un grand nombre de cas. En outre, je crois qu'une incision très circonscrite du sphincter des conduits facilite l'introduction répétée des sondes qui se montre moins blessante que dans le cas où l'on procède par simple dilatation. Mais où j'applaudis des deux mains, c'est lorsque M. *Otto Becker* nous apprend que, par ce simple sondage laissant intact l'appareil lacrymal, il guérit nombre de larmoiements en faisant usage de sondes fines.

Combien d'idées erronées ont encore cours sur le traitement du larmoiement, provoqué par des obstacles qu'on veut faire disparaître en détérioriant profondément l'appareil lacrymal! C'est ce qui ressort clairement du passage sui-

1. Voy. *Thérap. ocul.*, p. 748.

vant de la chirurgie oculaire de *de Arlt*[1], emprunté à l'introduction du chapitre concernant les opérations pratiquées sur les voies lacrymales : « *Bowman*[2] nous a appris ce fait intéressant que les conduits lacrymaux, après qu'on les a transformés en une rainure ouverte, dirigée vers le globe oculaire, et qu'on s'est opposé à la réunion des bords de cette rainure, assurent l'évacuation des larmes tout aussi bien que les conduits non fendus. *Par ce procédé on transporte en quelque sorte le point lacrymal près du bord de la caroncule.* » Eh bien, je n'hésite nullement à affirmer que pareil transport éternisera le larmoiement, si même il ne l'accentue pas sensiblement par la régurgitation des larmes au moment où le sac lacrymal est comprimé.

Sachez donc bien, messieurs, que l'on doit considérer comme absolument désastreux de fendre dans toute sa longueur le conduit inférieur, et que, ni la déviation des points, ni la dilatation qui devra être ultérieurement obtenue avec les sondes, n'autorisent à recourir à une pareille incision, qui, dans la plupart des cas, est encore exécutée d'une façon malheureuse par ceux qui croient devoir la mettre en pratique. Combien de fois, en effet, n'ai-je pas eu l'occasion de vous montrer des malades qui portaient de pareilles rainures allant jusqu'à la caroncule, et chez lesquels une paroi élevée s'étendait entre l'œil et la rainure, celle-ci se trouvant tournée directement en haut ou même en dehors, par rapport à la surface du globe de l'œil, lorsque le malade tendait à fermer les paupières! Si vous questionnez des personnes ainsi opérées, elles n'hésiteront pas à vous dire que leur larmoiement s'est sensiblement accentué depuis, qu'au lieu d'un point plus ou moins renversé, elles portent une semblable rainure.

Aussi vous ai-je conseillé toutes les fois qu'il s'agit d'un simple larmoiement, sans la moindre sécrétion provenant

1. *Loc. cit.*, p. 479.
2. *Ophth. Hosp. Rep.*, oct. 1857.

Incision du point lacrymal inférieur.

du sac lacrymal, de dilater d'abord avec la petite sonde conique le point lacrymal inférieur qui, en général, se trouve légèrement dévié (de façon à pouvoir être perçu sans qu'il soit nécessaire d'attirer la paupière en bas), puis de faire pénétrer le couteau boutonné de *Weber* de telle manière que le bouton glisse le long de la paroi supéro-externe du conduit, le tranchant regardant alors franchement le cul-de sac conjonctival. Il suffit que le bouton du couteau arrive jusqu'à la paroi osseuse du sac pour obtenir l'incision voulue du conduit, susceptible de permettre aisément l'introduction des sondes. On évitera bien d'agrandir volontairement cette incision en relevant le manche du couteau, et on se mettra en garde contre un mouvement de la tête ou des mains des malades qui pourrait, contre notre gré, amener une semblable extension de la petite plaie, ce qui aurait pour effet de perpétuer à jamais un état contre lequel le malade vient précisément réclamer vos soins.

Incision du point lacrymal supérieur.

Nous procédons absolument de la même façon lorsque nous voulons élargir le point lacrymal supérieur. C'est en effet de ce côté que nous attaquons le mal toutes les fois que, sans déviation du point lacrymal inférieur, la pression exercée sur le sac fait jaillir une sécrétion muqueuse par ce dernier orifice, cette expérience nous démontrant à la fois la perméabilité du conduit inférieur et l'existence d'une sécrétion morbide siégeant du côté de la muqueuse du sac et du canal lacrymal, d'où résultera la nécessité d'un sondage prolongé ou de l'emploi d'injections, qui peuvent être faites avec bien moins de violence pour l'appareil lacrymal en les chassant par le conduit supérieur, attendu que celui-ci est susceptible, par la traction de la paupière, d'être mis presque en ligne droite avec le canal nasal.

Nous ne nous départissons de cette grande réserve, consistant à n'attaquer qu'avec beaucoup de modération les points et les conduits, que lorsqu'il s'agit de traiter un phlegmon du sac menaçant de déterminer une fistule, ou

ayant déjà donné lieu à cette complication. Nous souvenant ici qu'une pareille affection destructive ne laissera nécessairement subsister qu'un appareil conducteur plus ou moins détérioré, nous laissons de côté tout ménagement excessif pour tacher d'obtenir une guérison aussi prompte que possible.

Au contraire, s'il ne s'agit que d'un unique larmoiement, reconnaissant pour origine une simple déviation du point inférieur, ou une interruption dans la continuité du conduit, nous poussons la réserve jusqu'à nous contenter, les trois ou quatre jours suivants, d'entrebailler la petite ouverture pratiquée dans le conduit, et d'y faire pénétrer une sonde 2 ou 3 de *Bowman* à une profondeur telle qu'elle arrive au contact de la paroi osseuse du sac, mais sans pousser le sondage plus avant, cette petite manœuvre nous fournissant dans nombre de cas un résultat excellent.

Débridement du sac.

Mais avons-nous affaire à un phlegmon ou à une fistule déjà établie? Nous nous préoccupons tout d'abord d'ouvrir une large porte du côté du conduit supérieur, en procédant par l'introduction du petit couteau de *Weber* jusque dans le canal nasal, à un débridement du ligament palpébral interne. Il est indiqué de recourir à cette même façon de procéder, chaque fois qu'il existe une distension très considérable du sac avec sécrétion muco-purulente.

Stricturotomie.

Jaesche [1], *Weber* [2] et moi [3], nous avions déjà préconisé ce mode de débridement, lorsque *Stilling* [4] qui avait souvent vu exécuter ici cette pénétration du couteau jusque vers l'extrémité inférieure du canal nasal imagina de faire construire pour le même usage un assez large couteau (fig. 82) et donna à ce débridement le nom de *stricturotomie*. L'introduction d'un nouveau mot dans le langage ophthalmologique et, à l'exem-

1. *Archiv.*, t. X, 2, p. 170.
2. *Ibidem*, t. VIII, 1, p. 94.
3. Mon Traité, 2e édition, p. 891.
4. Heilung der Verengerung der Thraenenwege, Cassel, in-8, 1868.

ple de ce qu'on peut dire pour les voies urinaires, une fausse interprétation des phénomènes qui s'accomplissent dans l'appareil lacrymal ont suffi pour répandre rapidement ce procédé sous le nom d'opération de *Stilling*.

S'agit-il ici d'une stricturotomie? Évidemment non, car ce n'est que dans un nombre excessivement restreint de cas (les traumatismes) que l'on observe une véritable stricture. Pour s'en rendre compte, il ne suffit que de généraliser pendant un certain temps sur tous les malades qui se présentent le procédé de *Becker*, consistant à sonder les voies lacrymales par le conduit supérieur dont l'ouverture a été simplement dilatée. On pourra ainsi aisément se convaincre que chez bien peu de personnes atteintes de dacryocystite simple ou phlegmoneuse, on rencontre même en pratiquant le sondage avec des sondes volumineuses, un obstacle quelque peu accusé.

Fig. 82.

Pareille étude offrira encore cet avantage qu'elle nous fournira la preuve que ces maladies reposent principalement sur des affections morbides de la muqueuse, et que la difficulté pour arriver à une guérison spontanée ou obtenue par nos ressources thérapeutiques, réside essentiellement dans l'établissement d'un cercle vicieux, en ce sens que dès que la sécrétion renfermée dans le sac s'accroît, la distension progressive de celui-ci met précisément obstacle à l'élimination de son contenu, et provoque ainsi la stagnation, la décomposition des produits sécrétés, la formation d'exulcérations, de diverticules, etc.

Peut-être me répondrez-vous que la soi-disant opération de *Stilling* doit cependant être susceptible de fournir des résultats très satisfaisants capables de justifier l'empressement avec lequel elle a été accueillie. Je suis loin de le nier, car je lui reconnais un mérite qui me semble indiscutable, c'est d'avoir contribué à répandre, quoique sous une désignation fausse, le débridement du ligament palpébral qui, incontestablement, donne des effets très avantageux, l'emploi du large instrument recommandé par ce confrère forçant à établir constamment une vaste communication avec le sac conjonctival, et donnant lieu, par conséquent, à un écoulement très aisé des produits inflammatoires, toutes conditions que *Jaesche* et *Weber* n'avaient pu obtenir que plus difficilement par l'usage d'un étroit couteau, s'ils ne prenaient pas le soin de renverser, ainsi que *Stilling* l'a vu faire à cette clinique, l'instrument en avant lorsque le bouton de celui-ci avait atteint la paroi osseuse, de manière à fendre ainsi toute la longueur du conduit jusqu'à la caroncule et même au delà, dans le cas où l'on veut débrider très largement.

Vous pouvez encore m'adresser cette objection : s'il ne s'agissait pas d'une véritable stricturotomie, comment, en suivant les conseils de *Stilling*, aurait-on pu se contenter de cette simple incision, sans même n'avoir à recourir ultérieurement à aucun sondage, le traitement consécutif se bornant à une évacuation répétée du sac par la simple compression? A cela je répondrai que ce qui entretient et stimule surtout l'inflammation phlegmoneuse, c'est l'étranglement que provoque le ligament palpébral interne, dont la résistance et le défaut d'extensibilité mettent obstacle à une distension progressive (au moins dans la majorité des cas).

Que se passe-t-il lorsqu'un phlegmon du sac n'est pas soumis à un traitement approprié? Il s'établit une perforation, une fistule, suivie de l'issue du contenu ; et si cette ouverture a été assez large pour permettre une évacuation très abondante ou aisée, la tumeur enflammée se guérit, souvent même la fistule se ferme, et tout rentre dans le calme, de façon qu'à part un léger larmoiement, le malade se trouve absolument dans les mêmes conditions que si on avait pratiqué le débridement du ligament, autrement dit la stricturotomie de *Stilling*. Avec cette différence toutefois que dans ce dernier cas, une large communication étant établie avec

le sac conjonctival on écarte le danger d'une rechute à laquelle reste ordinairement exposé le malade chez lequel une fistule s'est fermée après la détente complète du sac.

Ce que je veux surtout vous faire saisir, c'est que par l'ample évacuation du contenu d'un sac enflammé et la détente du ligament qui l'accompagne, vous voyez spontanément s'opérer le même calme momentané qu'avec le débridement du ligament appelé à tort stricturotomie. Pourtant il ne saurait venir à l'idée de personne que la perforation survenue puisse agir sur les prétendus obstacles qui occuperaient les voies lacrymales. Loin de là, ce sont précisément les cicatrices consécutives à ces perforations qui, conjointement avec le ligament palpébral, s'opposent alors à la distension du sac par des produits morbides.

Aussi s'explique-t-on aisément comment le débridement du ligament agit favorablement dans les cas de fistules lacrymales, surtout en y adjoignant une large incision du conduit supérieur qui a pour effet de mettre en communication directe le sac lacrymal avec le sac conjonctival. C'est à ce point que j'ai pu soutenir que la fermeture de toute fistule était susceptible d'être obtenue par un pareil débridement, mais j'ai dû toutefois me ranger à l'avis de *de Graefe* qui m'opposait qu'il fallait faire une exception pour les fistules capillaires. Et de fait j'ai cité dans les précédentes leçons[1] un exemple qui confirme absolument les craintes que mon éminent maître m'exprimait, lorsqu'il y a douze ans je lui exposais ma façon de penser à cet égard.

Si, en émettant cette opinion, j'ai ajouté que la paroi antérieure du sac constituait un terrain qu'il fallait absolument respecter et que les incisions de *Petit* devaient en conséquence être entièrement abandonnées, je dois également faire ici une réserve, c'est lorsque, le phlegmon du sac ayant déterminé une distension très considérable de la peau, on ne

1. Voy. *Thérap. ocul.*, p. 764.

peut espérer prévenir la perforation (qui souvent existe déjà sous l'épiderme), et que l'on rencontre alors de très sérieuses difficultés pour découvrir le point lacrymal supérieur, dissimulé dans le creux que forme, entre les paupières distendues outre mesure, la commissure interne. Aussi arrive-t-il assez souvent, pendant ces recherches, et au moment où on exerce une forte traction afin de renverser suffisamment la paupière supérieure pour mettre à découvert le point lacrymal, que l'on voie l'abcès du sac s'ouvrir brusquement. En pareil cas, on peut sensiblement éviter des souffrances au malade, si, remettant le débridement à quelques jours, on ouvre la paroi antérieure du sac du côté de la peau.

Ouverture du sac.

Il n'existe pas en réalité de difficulté pour pénétrer sûrement dans le sac, il suffit de se rappeler que l'on doit forcément tomber dans cette cavité lorsqu'on enfonce, entre le rebord orbitaire et le ligament palpébral interne, un instrument d'avant en arrière. Ces deux points de repère ne sauraient d'ailleurs échapper au palper, même si la peau présente un gonflement excessif, surtout si l'on a soin de tendre un peu le ligament.

Il ne peut être utile, après avoir enfoncé le bistouri d'avant en arrière, de façon à le faire glisser sur la partie du rebord orbitaire sous-jacente au ligament interne, ni d'inciser ce dernier, ni de conduire le couteau dans le canal nasal. Ce que nous voulons obtenir ici, c'est une évacuation du sac assez complète pour amener une détente sous l'emploi des cataplasmes, et pour permettre ultérieurement de procéder, après avoir aisément retrouvé le point lacrymal supérieur, au débridement du ligament. Nous ne débridons pas immédiatement par la plaie cutanée parce que, d'une part, cette incision plus difficile à effectuer de bas en haut ne pourrait pas être obtenue avec la même sûreté, et aussi pour cette autre raison que, tout en agissant de cette façon, il nous faudrait néanmoins compléter encore l'opération par l'incision du conduit destinée à rétablir largement la communica-

tion du sac lacrymal avec le sac conjonctival, cette incision constituant une importante partie de notre plan opératoire.

Nous nous gardons aussi de conduire le couteau de *Petit* dans le canal nasal, attendu que nous sommes bien fixés sur ce qu'il faut penser de la stricturotomie, et que cette introduction n'aggrave qu'inutilement le procédé opératoire en le rendant plus douloureux. D'ailleurs nous n'avons recours à ce mode d'ouverture du sac que dans des cas très rares, lorsque le malade a montré la plus grande négligence pour l'affection dont il était atteint.

A celui qui croirait néanmoins ne pas devoir s'en tenir à la simple incision de la paroi antérieure et inférieure du sac, nous ne pouvons mieux faire que de lui recommander de mettre à profit les indications si précises que *de Arlt* a données sur la disposition du canal et sur les inclinaisons que celui-ci présente, tant latéralement que d'avant en arrière. Il lui sera alors permis de conduire avec une certaine élégance et sans trop endommager les parties voisines, le couteau dans le canal, manœuvre que l'on réclamait autrefois des candidats aux examens pratiques d'ophthalmologie.

Voici comment M. *de Arlt*[1], qui apportait à cette opération un soin et une délicatesse extrêmes, conseillait de procéder :

« La direction et la position de la paroi antérieure et externe du sac varient[2] suivant la conformation si diverse de la face, à ce point qu'il faut en tenir compte en ouvrant et en sondant[3] le sac. L'inclinaison de cette paroi, allant de l'arête du maxillaire à la crête de l'os lacrymal, est plus accentuée

1. *Archiv.*, t. I, 2, p. 156.

2. Cette variation de position est vraie par rapport aux plans de la face, mais elle ne l'est certainement pas en ce qui concerne le rebord inféro-interne et le ligament palpébral interne, que nous recommandons comme points de repère. Pourtant ils pourraient, par une excessive distension (hydropisie) du sac, changer d'emplacement.

3. Nous ne parlons même plus actuellement du sondage par la fistule, procédé irrationnel à cause des désordres qu'il accentue dans le sac et des obstructions qu'il favorise.

lorsque le dos du nez est proéminent que s'il est aplati. Afin de pouvoir toujours sûrement ouvrir le sac lacrymal, on doit tendre le ligament palpébral interne par une traction exercée sur la commissure externe qu'on attire fortement en dehors et un peu en haut et conduire le bistouri suivant un plan que j'appelle le plan opératoire.

« Ce plan est situé dans le sens d'une ligne (sonde) qui, partant du ligament palpébral interne, tomberait perpendiculairement sur une autre ligne allant de la pointe du nez vers le rebord orbitaire externe, près de la commissure homonyme. Le couteau appliqué par sa pointe précisément au-dessous du milieu du ligament, est enfoncé jusqu'à une profondeur de 4 à 5 millimètres ; puis son manche est ramené, sans que l'instrument quitte le plan opératoire, vers la partie la plus élevée de la racine du nez. Le dos du manche étant arrivé presqu'au contact de cette région, on pousse le couteau de 5 à 7 millimètres en bas, afin d'obtenir une plaie cutanée d'étendue semblable. Veut-on obtenir une plus large ouverture de la plaie ? On y arrivera, non par un enfoncement plus considérable du couteau, mais bien par un renversement du manche vers soi au moment du retrait de l'instrument.

« En procédant ainsi, on place chaque fois le bistouri perpendiculairement à la paroi antérieure et externe du sac, et cela exactement au milieu, sans qu'il puisse glisser, ni en dedans, ni en dehors, ni enfin en bas avant d'avoir pénétré. En outre, la section court dans le sens des fibres musculaires, et ne les coupe pas perpendiculairement à leur direction.

« Se propose-t-on d'inciser le ligament palpébral, afin d'ouvrir le sac dans toute son étendue (pour l'oblitération du sac) ? La meilleure façon d'y parvenir consiste à introduire dans la plaie déjà pratiquée une branche de ciseaux droits. Si l'on enfonçait la pointe du couteau sans avoir préalablement tendu le ligament, ou que l'on n'ait pas très exactement appliqué l'instrument au-dessous du ligament, mais