bien quelques millimètres plus bas, on s'exposerait à repousser la paroi antérieure du sac vers la postérieure et à perforer à la fois ces deux parois. Si l'on donne immédiatement au bistouri, en plaçant sa pointe sur la peau, cette même direction qu'il doit prendre après avoir pénétré dans le sac pour glisser en bas, il peut alors facilement arriver que l'on perfore la paroi dans une partie trop déclive, et que l'on ne réussisse pas à faire pénétrer le couteau dans le sac, mais bien dans l'espace compris entre le sac et le rebord orbitaire. »

Tous ces détails minutieux peuvent être négligés lorsqu'il s'agit d'ouvrir un sac enflammé et fortement dilaté, mais ils prennent une incontestable valeur, si l'on se propose, dans un but de destruction, de mettre à nu toute l'étendue des voies lacrymales non renfermées entre des parois osseuses.

La série des opérations que nous venons de passer en revue, messieurs, vous représente l'ensemble des moyens qui pourront vous être réclamés par les exigences de la pratique courante, attendu que ce sont ces procédés que l'on met surtout actuellement à exécution, et cela, sans que l'on ait, comme autrefois, à s'élever contre les difficultés du traitement et l'insuffisance de nos ressources thérapeutiques. Les malades atteints d'affections des voies lacrymales comptent aujourd'hui parmi ceux qui peuvent obtenir de nous un soulagement (sinon toutefois une guérison) des plus marqués, alors qu'à une autre époque on n'entreprenait qu'avec répugnance de pareils traitements, après lesquels on redoutait de recueillir des plaintes plus ou moins franchement manifestées.

Destruction du sac.

A quelle époque ce revirement s'est-il produit? Depuis que les idées saines de la chirurgie conservatrice ont prévalu sur les tendances destructives que professaient de nombreux chirurgiens, qui croyaient guérir en supprimant une partie essentielle de l'appareil lacrymal, tout en respectant une notable portion de cet appareil, en sorte qu'un larmoiement

plus ou moins gênant devait nécessairement persister. Ce que nous ne réussirons pas à faire disparaître dans certains cas exceptionnels (où le mécanisme de l'élimination des larmes a subi une profonde perturbation), c'est-à-dire un certain degré de larmoiement, s'observait comme résultat constant chez tous les malades que l'on considérait comme parfaitement guéris, au temps où les méthodes destructives étaient en honneur.

Aussi, bien que nos procédés de cautérisation aient été sensiblement perfectionnés par l'introduction dans la pratique du galvano-cautère et du thermo-cautère, qui permettent, comparativement au cautère actuel et aux caustiques, de localiser beaucoup mieux l'effet destructif, on est tellement revenu de cette méthode barbare qu'il ne peut plus guère en être question ailleurs que dans la partie historique de nos moyens chirurgicaux.

Toutefois, il peut se présenter des cas où une distension notable du sac, accompagnée de sécrétion muco-purulente, est apparue consécutivement à une fracture des os du nez, ou à une nécrose étendue de cette même partie du squelette, la disparition absolue du canal nasal démontrant ici qu'il ne faut plus compter sur le rétablissement des voies lacrymales, et encore bien moins sur le fonctionnement régulier d'une ouverture pratiquée à travers la mince cloison osseuse qui avoisine la paroi interne du sac lacrymal. Quelle conduite faut-il tenir dans de telles conditions? Une première tentative doit tout d'abord être faite pour faire communiquer largement le sac lacrymal avec le sac conjonctival, en fendant le conduit supérieur jusqu'à la caroncule, puis on tentera par des injections caustiques et antiseptiques journellement répétées de tarir la sécrétion morbide. Ces essais ayant échoué, on n'aura recours à la destruction qu'à la dernière extrémité.

Car, sachez le bien, messieurs, rien n'est plus difficile que de détruire la muqueuse qui garnit une cavité physiologique

surtout lorsque celle-ci présente des anfractuosités que la distension a encore sensiblement accentués, et si les chirurgiens partisans des méthodes destructives ont eu des succès, c'est qu'ils ont pu à la fois parvenir, par la cautérisation, à modifier notablement l'état morbide de la muqueuse, et à intercepter la communication du sac avec les conduits, dont l'embouchure dans cette cavité s'est trouvée heureusement oblitérée par le caustique. Combien de fois ne m'a-t-il pas été donné de démontrer à mes élèves, chez des malades qui avaient été soumis à ces prétendues destructions du sac, qu'il était très facile de conduire une sonde à travers le conduit supérieur jusque dans le nez, en forçant la faible agglutination du conduit à son embouchure dans le sac ?

Extirpation du sac.

Toute cautérisation susceptible d'offrir certaines chances de succès devant être effectuée sur les voies lacrymales complètement mises à découvert, par l'incision des deux conduits et la large ouverture de toute l'étendue du sac, il me paraît infiniment plus rationnel de recourir, comme on l'a encore récemment recommandé (*Berlin*), à une *excision* ou *extirpation* complète de la muqueuse qui garnit cet appareil ; en procédant ainsi, on ne complique pas du moins l'opération d'un second temps, celui de la cautérisation. En outre, on marchera certainement avec beaucoup plus de sûreté, lorsqu'après avoir bien arrêté tout écoulement de sang, on aura pu, par un écartement convenable des lèvres de la plaie, se rendre bien compte de l'emplacement du sac et de la situation des conduits, à travers lesquels de fines sondes d'*Anel* auront été dirigées.

Excision partielle du sac.

Disons en passant que les excisions partielles (*Monoyer*) du sac, dans les cas où celui-ci est atteint d'hydropisie, c'est-à-dire lorsqu'il est distendu *ad maximum*, paraissent inutiles. Car j'ai souvent pu vous démontrer que, si l'on a bien rétabli la communication de cette vaste cavité avec le nez, on arrive, au moyen d'injections chassées à travers des sondes creuses, à réduire complètement cette distension,

surtout lorsqu'on peut y joindre une compression méthodique.

Ablation de la glande.

Ces excisions de toute l'étendue du sac me paraissent donc encore, malgré la difficulté assez grande de leur exécution, bien préférables aux cautérisations, qui, elles, sont susceptibles de donner lieu à des complications parfois désastreuses pour la fonction de l'œil. Mais j'ai déjà déclaré ailleurs[1] que je préférais de beaucoup, en pareil cas, tarir la source même des larmes, et obtenir la guérison de l'état catarrhal du sac en supprimant l'afflux des larmes, par l'*extirpation de la glande*. Les opérations de ce genre, pratiquées près de la commissure externe, ont encore présenté moins d'inconvénients que les tentatives faites sur une vaste échelle au voisinage du grand angle, et les succès que *Lawrence* et *Abadie* ont obtenus sont certainement encourageants à tous égards.

Un critique[2] s'est étonné que professant à un si haut degré des idées *conservatrices* (au moins en ce qui concerne les voies lacrymales), je me décidais à recommander un moyen aussi *radical* que l'extirpation de la glande. Cette opinion remonte chez moi à près de vingt-quatre ans; dans ma thèse pour mon premier doctorat, je soutenais déjà en effet que le plus sûr moyen pour guérir la fistule lacrymale était d'enlever la gland .

Cette opération qui présente toujours, il faut le dire, une certaine gravité, parce qu'elle nous oblige à pénétrer dans l'orbite et sous la voûte orbitaire, ne doit aussi être réservée qu'aux cas où, si l'on voulait pousser les tendances conservatrices à l'extrême, il faudrait alors se résigner à *conserver*, soit une tumeur ou une fistule, soit enfin un larmoiement fort gênant. C'est après avoir épuisé en vain les ressources des autres moyens, et surtout lorsqu'on se trouve déjà en présence d'une suppression partielle de certaines

1. Voy. *Thérap. ocul.*, p. 763.
2. *Journal des sciences médicales de Lille*, t. I, n° 5, p. 359.

portions de l'appareil lacrymal, que je propose de compléter cette destruction, plutôt par l'extirpation de la glande que par celle du sac au moyen du bistouri et des caustiques.

Ce conseil ne m'est pas seulement dicté par cette pensée que les dangers sont moindres, mais j'ai aussi la conviction, et c'est là pour moi une importante raison, qu'un opérateur exercé, muni de connaissances exactes sur la position de la glande lacrymale, arrivera beaucoup plus sûrement à son but par l'ablation de celle-ci qu'en cherchant à supprimer les voies éliminatrices des larmes. Et, dans le cas même où cette dernière tentative serait faite avec succès, il persisterait toujours un larmoiement dont on ne pourrait définitivement délivrer le malade qu'en enlevant la presque totalité de la glande.

C'est qu'en effet, tout en exécutant avec le plus grand soin cette extirpation de la glande, on n'arrive à enlever que la portion glandulaire autour de laquelle le tissu cellulaire ambiant forme une sorte de capsule, tandis que les lobules qui sont privés de cette enveloppe, et qui s'éparpillent en bas et en dehors vers le cul-de-sac conjonctival, ainsi qu'en haut et en dehors sous la voûte orbitaire, échappent constamment aux instruments. C'est ce qui explique d'ailleurs comment cette opération, tout en présentant une action des plus salutaires sur les affections des voies lacrymales et le larmoiement, n'expose néanmoins l'œil à aucun des dangers qui résulteraient d'un état de sécheresse plus ou moins prononcé.

Les divers procédés d'extirpation de la glande peuvent être divisés, d'après la voie suivie pour atteindre l'organe que l'on se propose d'enlever, en trois catégories.

Dans une première méthode destinée surtout à l'ablation de tumeurs de la glande lacrymale, on pratique une section sur la paupière supérieure en un point qui correspond à la plus grande saillie formée par la glande hypertrophiée, en ayant soin de faire varier l'étendue de l'incision suivant le

volume de la tumeur. L'aponévrose tarso-orbitaire étant ensuite sectionnée, on sépare la glande des parties voisines en s'aidant surtout des doigts ou du manche de l'instrument. Puis la plaie est réunie lorsque le sang a cessé de couler.

Suivant une autre façon de procéder (*Halpin*) la paupière ayant été préalablement attirée fortement en bas, on incise la peau en se tenant dans l'emplacement occupé par le sourcil que l'on a eu la précaution de raser exactement. Dès que la glande a été suffisamment dégagée, on achève de l'énucléer en l'attirant au dehors à l'aide d'une érigne ou d'une ligature.

Le troisième procédé consiste, suivant *Velpeau*, à atteindre la glande en sectionnant la commissure externe que l'on élargit dans la direction de la tempe, cette incision ayant pour effet de mettre tout d'abord à nu le pourtour de l'orbite dans ses deux tiers externes.

La méthode qui nous semble préférable, et qui a d'ailleurs été suivie par *Lawrence* et M. *Abadie* est celle qui permet d'arriver à la glande par une plaie cutanée longeant le rebord orbitaire, la cicatrice se trouvant ultérieurement masquée par le sourcil. Voici la description que donne *Lawrence* de son procédé [1] que nous avons nous-même exécuté dans quelques cas rares :

Procédé de Z. Lawrence.

Les instruments dont il fait usage sont un scalpel étroit et long, des ciseaux mousses, un crochet double pointu et étroit et des pinces à ligature. Après avoir complètement anesthésié le malade, on incise la peau immédiatement au-dessus du rebord orbitaire dans son tiers externe; on divise ensuite le fascia qui réunit le cartilage tarse au périoste de l'orbite, et l'on pénètre par des incisions successives, très prudemment faites, dans la cavité orbitaire. Après s'être ainsi frayé un chemin, et en glissant le petit doigt le long du plancher de l'orbite, il est aisé, avec quelque expérience,

1. *Ophthalm. Review*, octobre 1867, et *Compte rendu du Congrès opthalmologique international*, session 1867.

de sentir la glande sous forme d'un corps lisse, arrondi et consistant. Il faut pourtant prendre soin de ne pas pousser avec trop de violence le doigt dans l'orbite, de crainte de luxer la glande qui n'est que faiblement attachée au périoste. Si pareil accident arrivait ou si l'on rencontrait dans cette exploration quelques difficultés à sentir la glande, il serait préférable de diviser la commissure externe, par une incision qui se réunirait à la première.

Par ces incisions qu'on a soin de placer de manière à ne pas intéresser l'artère temporale, on met à nu toute la partie externe du rebord orbitaire, et l'on tombe bien plus aisément sur la glande qu'on trouve, dans ces cas, beaucoup plus rapprochée du globe de l'œil que des parois orbitaires.

Une fois renseigné sur la position de la glande, on introduit le double crochet avec le doigt qui lui sert de guide et qui en recouvre les pointes, et par une demi-rotation imprimée à l'instrument, on saisit la glande qu'on attire en avant pour la détacher avec l'extrémité du scalpel. Une importante précaution à prendre est de diviser la portion ainsi séparée afin de s'assurer qu'on n'a pas enlevé un peloton de graisse, mais la glande elle-même. La section de la glande est dense, brunâtre, et montre la structure lobuleuse des glandes en grappes. Quoiqu'il soit désirable d'extirper la glande aussi complètement que possible, le succès n'est cependant pas compromis quand on ne réalise pas tout à fait cette condition.

Généralement une hémorrhagie assez forte a lieu après l'incision de la glande, mais on l'arrête par une irrigation d'eau fraîche, et l'on ne doit réunir la plaie qu'après que le sang a cessé de couler, si l'on ne veut pas avoir une infiltration sanguine considérable dans la paupière. La réunion doit être faite avec grand soin, surtout dans le cas où l'on a fait un lambeau triangulaire. Les accidents auxquels on s'expose dans cette opération consistent à entraver les mou-

vements du releveur (ptosis) et du droit externe, quand on n'a pas assez ménagé le fascia tarso-orbitaire, ou qu'on a froissé des parties qu'il fallait respecter. Du reste il paraît facile d'échapper à ces inconvénients passagers.

Procédé d'Abadie.

Quant à M. *Abadie*, il exécute l'opération de la façon suivante :

Après avoir attiré la paupière supérieure en bas, jusqu'à ce que le sourcil descende au-dessous du rebord orbitaire, une incision parallèle au sourcil et presque cachée dans son épaisseur est pratiquée au niveau de la fossette lacrymale, dont on sent facilement la dépression avec l'extrémité du doigt. Les parties molles sont divisées jusqu'au périoste, qui là se confond avec l'aponévrose orbito-oculaire. L'on sectionne ensuite aussi nettement que possible cette aponévrose au ras de l'arcade orbitaire. Si la glande est hypertrophiée, elle se présente aussitôt dans la plaie ; si elle reste cachée sous la fossette lacrymale, il faut la saisir avec des pinces et l'attirer au dehors, quelques coups de ciseaux suffisent pour achever de l'énucléer. L'on ne perdra pas de vue pendant ces manœuvres que le releveur de la paupière supérieure se trouve dans le voisinage, et les précautions nécessaires seront prises pour ne pas léser son tendon. Sans cela un ptosis souvent fort difficile à guérir serait la conséquence de cet accident.

Ici se termine, messieurs, la série des leçons que je m'étais proposé de vous exposer sur la chirurgie oculaire. Qu'il me soit permis d'espérer que, dans le cours de votre pratique, il se présentera de fréquentes occasions d'appliquer les préceptes que, mû par un ardent désir du progrès, et grâce aussi à un vaste champ d'observation, j'ai pu reconnaître comme étant ceux qui doivent dans chaque cas, servir de guide au chirurgien.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE CRISTALLIN.

Première leçon. — *De l'opération de la cataracte en général. — Historique.* 5

Deuxième leçon. — *Extraction linéaire simple.* 16
Historique. 16
Extraction linéaire simple. 19
Accidents. 24
Prolapsus du corps vitré. 24
Indications. 25
Modifications. 27
Perfectionnements. 28
Aspirateurs. 29

Troisième leçon. — *Extraction linéaire combinée.* 30
Exécution du procédé de de Graefe. 40

Quatrième leçon. — *Extractions à lambeau périphérique simple et combinée (procédés de l'auteur).* 43
Historique. 43
Section de Beer. 44
Section de de Arlt. 44
Section de Desmarres. 44
Section de Jacobson. 45
Extraction simple à lambeau périphérique. 49
Extraction combinée à lambeau périphérique. 53

Cinquième leçon. — *Pansement après l'extraction. — Accidents. — Procédés de A. Weber, de Jœger, de Liebreich, de Lebrun, de Warlomont.* 60
Pansement 60
Complications. 61
Accidents. 62
Issue du corps vitré. 62
Étendue insuffisante du lambeau. 64