

conjonctivale; il est même prudent d'attendre la disparition de toute sensibilité locale, environ 10 à 15 jours. Toutefois on pourra souvent choisir l'œil artificiel, quand le malade ne peut être suivi, dès le premier, le second et le troisième jour après l'opération.

L'œil artificiel peut être gardé en permanence si c'est nécessaire. Il est bon néanmoins de ne pas en abuser et de le porter seulement dans la journée; on fera même bien de le sortir plusieurs fois par jour pour en faire la toilette. Au bout de quelques heures d'ailleurs, la cornée se recouvre souvent d'un enduit muqueux qui devient terne et donne un aspect vitreux désagréable; une toilette bi-quotidienne est avantageuse à tous égards. Il s'accumule assez souvent un peu de mucus derrière l'œil, et malgré une échancrure que l'on a pu ménager à la partie inféro-interne de la pièce, l'écoulement n'est complet qu'après ablation de celle-ci.

Les yeux artificiels anciens s'érodaient rapidement, après quelques mois; ceux d'aujourd'hui durent un an, parfois deux ou trois ans, mais ils finissent toujours par perdre leur brillant, leur poli et causer de l'irritation conjonctivale. Il faudra donc les changer de temps à autre. Enfin, l'habitude permet à la longue de supporter des pièces plus volumineuses qu'au début; il faut toutefois ne rien exagérer et il est bon, à tous égards, de pouvoir obtenir l'occlusion complète et facile des paupières.

Diagnostic. — Question futile en apparence, très utile en réalité. Un médecin sera toujours confus si, consulté, il prend pour un œil malade une pièce artificielle.

L'œil artificiel est encore assez brillant, mais moins mobile que le congénère, la pupille est fixe, la sclérotique peu ou mal vascularisée; enfin, il existe un sillon oculo-palpébral généralement marqué. Ce sillon, que l'on a cherché inutilement et difficilement à masquer ou à diminuer par des procédés chirurgicaux ou prothétiques supplémentaires, est un symptôme important, qui, à lui seul, peut caractériser la présence d'un œil artificiel.

DIXIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SPÉCIALES

Les opérations qui se pratiquent sur l'œil ou les annexes sont fort nombreuses. Elles comportent des méthodes et des procédés à indications ou contre-indications multiples. Ces dernières ont été posées dans les divers chapitres de la pathologie et l'on pourra s'y reporter à propos des affections particulières, mais il paraît utile de les rappeler. Chaque opération comportera donc, au point de vue chirurgical : 1° l'énoncé des indications ; 2° l'énumération des principaux instruments ; 3° la description technique des méthodes et des procédés opératoires. Nous donnerons en général les procédés usuels et nous passerons sous silence ceux qui paraissent d'une utilité contestable ou exceptionnelle.

CHAPITRE PREMIER

APPAREIL LACRYMAL

On s'occupait autrefois à peu près exclusivement du traitement de la dacryocystite avec tumeur ou phlegmon (anchylops ou ægylops) et de la fistule lacrymale; on s'en tenait surtout à la destruction par le feu. Anel et J.-L. Petit prati-

quèrent ensuite la canalisation temporaire. Enfin Bowmann mit en œuvre le cathétérisme méthodique. La dilatation forcée de Weber et la stricturotomie de Stilling trouvèrent plus tard quelques indications. De nos jours, on est devenu très éclectique. Le cathétérisme a pour objet le rétablissement physiologique des voies lacrymales; on doit préférer toutefois les petites sondes au grandes et pratiquer des injections antiseptiques modificatrices de la muqueuse. Le curettage du sac, sa cautérisation, sa destruction même par les cautères, les caustiques et l'ablation, sont dans certains cas employés. Enfin l'ablation des glandes orbitaires ou palpébrales, en présence de larmolements rebelles, complète heureusement cette thérapeutique spéciale.

Les opérations lacrymales portent sur les voies d'excrétion, points, conduits, sac, et sur les organes de sécrétion, les glandes lacrymales.

Les premières comprennent la dilatation des voies lacrymales ou cathétérisme et les diverses interventions sur le sac lacrymal, incision, curettage, cautérisation, ablation, occlusion fistulaire; les secondes embrassent la destruction sur place ou l'ablation des glandes orbitaires et palpébrales.

I. — Dilatation des points et conduits lacrymaux.

§ 461. *Indications.* — Atrésie et occlusion des points ou des conduits lacrymaux.

Instruments. — Stylet conique ou épingle flambée, sondes.

Opération. — La paupière correspondante est attirée en dehors et légèrement éversée pour découvrir le point lacrymal; le stylet conique, au besoin la pointe d'une épingle préalablement flambée, est introduit d'abord verticalement à travers l'orifice lacrymal de 1 ou 2 millimètres, puis horizontalement dans le sens des conduits lacrymaux, par un mouvement combiné de pression et de vrille; quand la dilatation paraît suffisante, l'instrument est retiré par simple traction.

II. — Incision des points et conduits lacrymaux.

§ 462. *Indications.* — Atrésie, saillie excessive des points lacrymaux, atrésie des conduits, dacryocystites, ectropion.

Instruments. — Stylet conique, couteau de Weber.

Opération. — Le couteau boutonné de Weber est introduit directement ou après dilatation par le stylet conique, à travers le point et le conduit lacrymal, le tranchant dirigé vers le bord libre palpébral, du côté du globe oculaire. La paupière est tendue vers la commissure externe et l'œil du patient dirigé en dehors. Par la simple pénétration de la lame ou un mouvement de bascule de l'instrument, en relevant plus ou moins le manche, on sectionne à volonté le point lacrymal seul, une partie ou bien la totalité du conduit lacrymal.

La douleur est légère et l'hémorrhagie, insignifiante.

Si l'ouverture doit être maintenue, il devient nécessaire, durant quelques jours, de séparer, avec un stylet ou une sonde, les lèvres agglutinées de la plaie lacrymale.

III. — Cathétérisme.

§ 463. *Indications.* — Atrésie ou occlusion des voies lacrymales, exploration simple, exploration pour corps étrangers.

Instruments. — Stylet conique, couteaux de Weber et de Stilling, sondes de Bowmann, sondes creuses de de Wecker, seringue d'Anel, tube-siphon pour irrigations, fils de plomb ou d'argent, en crosse pour sonde à demeure, etc.

Opération. — Le point et le conduit lacrymaux supérieurs ou inférieurs étant dilatés ou incisés, la paupière correspondante légèrement tendue en dehors et éversée, la sonde est introduite d'abord verticalement, puis horizontalement dans le conduit lacrymal jusque dans le sac. On a la sensation d'être

dans le sac, après avoir surmonté la faible résistance du conduit commun, quand on bute contre la paroi rigide de l'unguis et surtout lorsque l'instrument, dans un léger mouvement de va-et-vient horizontal, n'entraîne pas avec lui les paupières ; dans le cas contraire, on n'est pas dans le sac et il ne faut pas forcer sous peine de faire une fausse route.

La sonde étant dans le sac, la paupière un peu relâchée, on relève l'instrument, en le faisant pivoter sur sa pointe contre la gouttière de l'unguis et, on le dirige dans le sens du canal nasal, en bas, en arrière et en dehors. Une certaine pression conduit alors dans le canal jusqu'au méat inférieur. On sent nettement que la sonde est en bonne voie à l'absence de résistance excessive ; le patient accuse d'ailleurs sa pénétration dans la cavité nasale.

La sonde doit être légèrement courbée, la concavité en avant, chez les sujets dont l'arcade sourcilière est proéminente ; arrivée à la partie inférieure du canal nasal, on la retire quelque peu pour tourner la cavité en arrière de manière à l'adapter à la forme en S renversée du conduit lacrymo-nasal.

Le *débridement* large du sac lacrymal s'obtient par le cathétérisme avec le couteau boutonné de Weber et surtout avec le fort couteau droit de Stilling pour la *stricturotomie*. On tire sur la commissure externe de manière à tendre le tendon de l'orbiculaire et le ligament latéral interne puis on sectionne ce dernier en enfonçant l'instrument la lame en avant. Une sensation de craquement fibreux et de résistance vaincue indiquent la fin de la manœuvre. Il survient généralement une légère hémorrhagie.

Les *irrigations* peuvent être faites directement à travers les voies lacrymales, avec la seringue d'Anel, une poire armée d'une canule lacrymale, ou par la sonde creuse privée de son mandrin. Un tube-siphon pourvu de canule et adapté à un vase élevé permet des irrigations abondantes et prolongées. Il importe toutefois de ne pas pousser du liquide sous pression sans s'être assuré d'un facile écoulement, car on

pourrait, en cas d'obstacle, le faire fuser dans le tissu cellulaire palpébral ou péri-oculaire. Avec du nitrate d'argent ou du chlorure de zinc, des accidents graves de sphacèle ont été parfois ainsi produits.

Les *instillations* dans les voies lacrymales se font avec la seringue d'Anel ou celle de Guyon. Elles doivent être portées dans le sac, peu abondantes et concentrées. Le nitrate d'argent est surtout employé en solution au 10^e, 20^e ou 50^e.

Des *sondes à demeure* sont parfois introduites et maintenues plus ou moins longtemps. En argent, en plomb, en celluloid, en os décalcifié, elles sont facilement supportées (Guaita).

On peut enfin pratiquer l'*électrolyse* pour obtenir une rapide dilatation (Lagrange). Il suffit d'adapter à une fine sonde le pôle négatif d'une pile à courant continu et de faire agir, pendant quelques minutes, 4 ou 5 milliampères. La muqueuse lacrymale s'assouplit et permet ensuite plus facilement le passage des sondes.

IV. — Incision du sac.

§ 464. *Indications.* — Dacryocystite muqueuse ou purulente, dilatation du sac, sténose complète des conduits.

Instruments. — Bistouri ou couteau de de Græfe, sondes, seringue d'Anel.

Opération. — Le sac reconnu à son siège et à sa saillie pathologique, la paupière tirée en dehors de manière à faire saillir le ligament latéral interne, on ponctionne au-dessous de ce ligament, le tranchant en bas et un peu en dehors, jusqu'à ce que l'on voie sortir le liquide ou le pus lacrymal. On agrandit ensuite l'incision à volonté dans le sens indiqué.

V. — Curettage du sac.

§ 465. *Indications.* — Dacryocystite muqueuse ou purulente, fongosités, dilatations et fistules du sac, ostéites lacrymales.

Instruments. — Bistouri ou couteau de de Græfe, curette simple ou fenêtrée de Terson, sondes, seringue d'Anel.

Opération. — Elle consiste à vider le sac lacrymal de ses produits morbides et à râcler ses parois altérées. On agit par la voie cutanée, après incision du sac, ouverture spontanée, à travers une fistule et par voie naturelle, enfin, à travers le conduit supérieur largement sectionné ou dilaté.

La *voie cutanée*, avec la curette de Wolkmann, est préférable, car elle conduit directement dans le sac et, par de rapides mouvements de râclage, permet un nettoyage complet.

La *voie muqueuse* est plus étroite mais cependant praticable avec la curette fenêtrée et flexible de Terson. Le râclage du sac est néanmoins plus laborieux et moins complet surtout en haut, au-dessus du ligament latéral interne.

Des *irrigations* abondantes des voies lacrymales et un peu de compression terminent avantageusement le curettage. Nous y ajoutons fréquemment, dans les dacryocystites muqueuses ou muco-purulentes, la cautérisation directe du sac au crayon de nitrate d'argent.

VI. — Cautérisation du sac.

§ 466. *Indications.* — Dacryocystite muqueuse, fongueuse, purulente, dilatation du sac.

Instruments. — Électro ou thermo-cautère, cautère actuel, crayon de nitrate d'argent, crochets, écarteurs des lèvres de la plaie ou épingles recourbées.

Opération. — La cautérisation chimique se pratique, à travers une ouverture cutanée, au chlorure de zinc ou mieux avec le crayon de nitrate d'argent vigoureusement porté dans le sac. Il est bon, pour éviter une cicatrice cutanée exagérée, d'écarter, avec le pouce et l'index gauches, les lèvres de la plaie et aussi d'appliquer des tampons ouatés imbibés d'eau boriquée froide pour diminuer la douleur.

Les cautères actuels, thermiques, galvaniques doivent être

appliqués également dans le sac, à travers les lèvres écartées de la plaie et promenés sur toutes ses parties. Le contact sera rapide si l'on veut une cautérisation superficielle, et prolongé si l'on désire une destruction complète de la poche.

La rétraction cicatricielle consécutive entraîne d'ordinaire une oblitération définitive des voies lacrymales.

VII. — Ablation du sac.

§ 467. *Indications.* — Distension excessive du sac, épaissement ou dégénérescence des parois.

Instruments. — Écarteurs, pinces, bistouris, ciseaux courbes et mousses, curette, aiguilles à sutures.

Opération. — L'ablation peut être partielle et comprendre seulement la paroi antérieure trop distendue. On incise la peau, on la dissèque latéralement, puis, avec ou sans ouverture préalable du sac, on enlève sa portion antérieure.

L'ablation peut être aussi totale. On incise la tumeur, généralement volumineuse, on la dissèque soigneusement en haut et latéralement de manière à la dégager jusqu'à l'orifice du canal nasal, enfin on l'enlève d'un coup de ciseaux.

Le curettage ou l'ablation secondaire des parties non enlevées est généralement le complément nécessaire de l'opération. Un ou plusieurs points de suture, après les ablations larges.

VIII. — Occlusion des fistules.

§ 468. *Indications.* — Larmoiement, irritation, gêne.

Instruments. — Cautères, bistouri fin, pinces à mors, crochets, ciseaux, aiguilles à sutures.

Opération. — La fistule, généralement capillaire, souvent presque imperceptible, peut être cautérisée dans toute sa profondeur, de manière à remplacer son revêtement épider-

mique par un tissu granuleux cicatriciel. Avec le rétablissement des voies lacrymales naturelles et un peu de compression, la guérison est possible. Dans les cas rebelles, toujours après cathétérisme, on enlève un petit entonnoir cutané comprenant la totalité de la fistule, et on suture largement. Pansement compressif et cathétérisme répétés.

IX. — Ablation de la glande orbitaire.

§ 469. — L'ablation de cette glande pour tumeurs ou hypertrophie est d'origine ancienne; pour larmolement, elle semble remonter seulement à P. Bernard (1843), Textor père (1847), et Lawrence (1867); Abadie et Truc l'ont préconisée chez les granuleux à larmolement rebelle.

Indications. — Hypertrophie, tumeurs, dégénérescence de la glande; larmolement rebelle ou incoercible.

Instruments. — Rasoir, bistouri, cautères, pincés hémostatiques, pincés à mors, sonde cannelée, ciseaux mousses, ligatures, aiguilles à sutures, etc.

Opération — 1° *Dans l'hypertrophie et la dégénérescence.* Après anesthésie locale ou générale, le sourcil étant rasé, la région aseptisée, on incise plus ou moins largement sur la partie saillante de la tumeur, le long de la paupière ou mieux en plein sourcil externe, sur le rebord orbitaire. La peau, le fascia tarso-orbitaire sectionnés, on arrive sur l'enveloppe orbitaire et on reconnaît la glande à ses grains aplatis ou à sa dureté. On la soulève avec des pincés ou un double crochet, on la détache tout autour vers son pédicule vasculaire puis on la sectionne d'un coup de ciseaux. Une irrigation antiseptique arrête l'hémorragie assez abondante qui survient. On fait quelques sutures cutanées superficielles, on met au besoin un drain et on applique un pansement contentif.

Velpeau, pour les grosses tumeurs, conseille une incision de dégagement en V dont une branche comprend la commissure externe et l'autre se dirige vers la tempe. La dissection

du lambeau obtenu découvre alors largement l'angle externe de l'orbite et la fossette lacrymale. Ce procédé conviendra seulement aux dissections laborieuses, aux grosses tumeurs ou aux cas exceptionnels dans lesquels la glande orbitaire, luxée, ectopique ou méconnue, serait difficile à extraire.

2° *Dans le larmolement rebelle.* Anesthésie générale ou locale, sourcil rasé, région aseptisée. La paupière est abaissée fortement et le sourcil amené sur le rebord orbitaire au niveau de la fossette lacrymale qu'on doit reconnaître soigneusement au toucher. Une incision profonde, occupant le tiers externe du sourcil (Halpin), est menée exactement sur le rebord orbitaire et jusqu'à l'os. Les lèvres de la plaie écartées et hémotasiées, on voit l'aponévrose oculo-orbitaire qui se confond avec la loge lacrymale périostique. On incise cette loge et la glande fait aussitôt saillie. On la reconnaît à son aspect rosé, grenu, à sa consistance dure et on la différencie aisément des pelotons adipeux jaunâtres, lisses, mous, situés plus en avant.

La glande est alors saisie avec une forte pince à larges griffes ou un double crochet, attirée en avant, puis, avec des ciseaux mousses ou le bistouri, détachée en tous sens, pédiculisée en arrière et enlevée rapidement. Il survient souvent une hémorragie assez abondante qu'on arrête par irrigation ou tamponnement. On met enfin deux ou trois points de suture superficiels, sans drain, et on applique un pansement contentif.

Il importe de ne pas inciser au delà du tiers externe du rebord orbitaire pour ne pas léser le releveur palpébral et provoquer de la ptose; il paraît enfin inutile de continuer l'incision jusqu'à la commissure externe.

X. — Ablation de la glande palpébrale.

§ 470. — La destruction totale ou partielle de la glande palpébrale a été pratiquée occasionnellement, comme complément

de l'ablation orbitaire, par Bernard et Badal; elle a été préconisée systématiquement, en 1888, par de Wecker contre les larmolements rebelles. Cette opération, moins grave que la précédente, ne laisse aucune cicatrice cutanée, mais, vu l'isolement des lobules glandulaires, elle reste nécessairement moins bien réglée.

Indications. — Larmolements rebelles, simples.

Instruments. — Écarteurs, harpon, pinces à fixation, à dents, hémostatiques, bistouri, ciseaux mousses, sutures, ligatures.

Opération. — La région peut être anesthésiée par une injection sous-conjonctivale de cocaïne pratiquée au niveau de la glande, au tiers externe du fornix. La paupière supérieure est retournée et relevée par le doigt ou un écarteur, le regard dirigé fortement, par le patient ou une pince à fixation, en bas et en dedans, la commissure externe tirée en dehors, de manière à faire saillir la glande dans le cul-de-sac. On incise à son niveau, au-dessus et au milieu de la saillie glandulaire, la conjonctive jusqu'à ce qu'apparaissent les grains glandulaires. On dégage soigneusement la glande de la conjonctive et d'une sorte de capsule sous-conjonctivale, vers la commissure externe, puis on la détache entièrement. Il survient une hémorragie parfois notable qu'on arrête par des irrigations froides ou des tampons imbibés de solution d'antipyrine (Panas). Pas de sutures, pansement compressif. Il importe, dit de Wecker, de bien étaler la glande de manière à l'enlever intégralement, de circonscrire le champ opératoire et ne pas faire d'excision inutile. L'ablation totale est toutefois difficile et incertaine. Meyer et Chibret, pour mieux énucléer la glande, insinuent, entre elle et le globe, un crochet à strabisme qui l'accroche en arrière et la luxe en avant; les vaisseaux étant ainsi tiraillés et comprimés, l'hémorragie serait moindre.

Cette opération est bénigne et efficace dans les cas ordinaires. On peut toujours, le cas échéant, la compléter par la précédente. Son action d'ailleurs tient probablement en

partie à la section des conduits de la glande orbitaire et à leur occlusion cicatricielle ultérieure.

Partant de cette idée, Bettremieux vient de conseiller la *cautérisation ignée du cul-de-sac* conjonctival au niveau de l'abouchement des canaux orbito-palpébraux. Plusieurs applications à quelques jours d'intervalles sont ordinairement nécessaires. La douleur est minime et le résultat, d'après notre observation, paraît assez favorable.

CHAPITRE II

PAUPIÈRES

Les opérations sur les paupières sont très nombreuses.

Nous étudierons la canthoplastie, la tarsorrhaphie, et celles que commandent l'entropion, l'ectropion, le ptosis, l'épicanthus, les tumeurs, les plaies et les corps étrangers.

I. — Canthoplastie.

§ 471. — La canthoplastie — *κανθός* angle de l'œil, *πλασσειν* former — est l'élargissement permanent de la fente palpébrale vers la commissure externe.

Indications. — Phimosis palpébral, congénital ou cicatriciel, blépharospasme, entropion, trachome, ulcérations graves de la cornée.

Instruments. — Blépharostat, ciseaux droits, pinces à griffes et hémostatiques, sutures.

Opération. — Elle consiste parfois dans la simple section de la commissure externe avec des ciseaux droits, une branche en dedans sur la muqueuse, une branche en dehors sur la