

## CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE L'IMPERMEABILITE DES VOIES LACRYMALES PAR INTUBATION

PAR

J. LOUBERE, M. D.

Pau-Francia

J'ai commencé, en 1950, à pratiquer des intubations des voies lacrymales par tubes de polythène dans les cas que Weil B. A. de Buenos Aires (Argentine) appelle les épiphoras passifs avec obstruction des vois lacrymales, qu'elles soient inflammatoires ou congénitales.

De plus l'intubation ne s'applique qu'aux cas, les plus nombreux, de rétrécissement siégeant à la partie basse du sac lacrymal ou au niveau du canal lacrimo-nasal.

En effet l'ensemble des voies lacrymales se comporte comme un tube capillaire souple. Bien que l'on puisse admettre que la théorie de Molonelli soit inexacte (capillarité) ainsi que celle de Hounauld (1734 et 1735) sur l'aspiration par dépression dans les fosses nasales, il n'en est pas moins vrai à mon sens que l'on a intérêt à se rapprocher le plus possible de l'état physiologique sans prétendre faire mieux que nature.

Encore que j'aie repris les expériences de manométrie des voies lacrymales de Rosengren qui m'ont montré qu'il se produit un effet de dépression léger mais net à l'extrémité du tube de polythène introduit jusqu'au méat.

D'autre-part, les expériences de Rosengren ont prouvé l'effet de pompe des canalicules (aspiration et refoulement des larmes lors des battements des paupières), ce qui était déjà suggéré par le réflexe de clignement répété au moment d'une hypersécrétion lacrymale.

Il est donc nécessaire de respecter au maximum l'intégrité d'au moins un canalicule: l'expérience montre en effet que la pompe marche aussi bien avec un canalicule qu'avec les deux.

Enfin, il est évident que dans certaines circonstances (éternuement ou acte de se moucher), il se produit une hyperpression dans les fosses nasales, qui a tendance à faire pénétrer l'air sous pression et les mucosités dans les voies lacrymales: il se produit alors un effet de compression des voies lacrymales inférieures qui rendent sa lumière virtuelle (Cf. Magitot et Rossano et Tixidre thèse Paris 1926).

D'où la nécessité de ne pas ouvrir une lumière trop large. Et c'est là le reproche majeur que je fais à la dacryocysto rhinostomie qui permet une circulation large, mais dans les deux sens.

D'autres raisons m'ont amené à abandonner les thérapeutiques habituelles:

Le catéthérisme banal, tout d'abord explorateur, puis bien souvent répété dans un but éventuellement thérapeutique, apparaît absolument irrationnel.

Il me paraît comparable au passage répété durant des années d'un béniqué dans l'urètre des vieux rétrécis, dont le rétrécissement se reproduisait avec une belle constance.

Que dire alors du passage répété d'une sonde dans un canal lacrymal dont la muqueuse fragile éraillée à chaque catéthérisme va, en cicatrisant resserrer la sténose.

De même la stricturotomie selon Poulard, ne me paraît guère plus rationnelle. Le tissu incisé a toujours tendance à cicatriser d'une façon plus ou moins rétractile, et ce n'est pas le passage répété et désagréable pour le malade, de grosses sondes, qui empêcherait la sténose de se reproduire plus serrée encore qu'auparavant.

Quant à la D.C.R. elle est, d'après Guillaumat une intervention susceptible de donner de bons résultats lorsqu'elle est correctement pratiquée.

Mais l'intervention est relativement longue, et pénible pour le malade, pour un résultat aléatoire... Très souvent il est extrêmement difficile voire impossible de suturer convenablement la muqueuse du sac à la pituitaire. Très souvent encore l'oestitum qui a été créé se bouche secondairement, et dans les cas où la communication reste largement ouverte il se produit un reflux important par les canalicules lorsque le malade se mouche et qu'il établit une surpression dans ses fosses nasales.

La conjonctivo-dacryo-cystorhinostomie au moyen d'une autogreffe de veine, publiée par Weil, Sorano et Cremona de Buenos-Aires en 1965 ne paraît guère

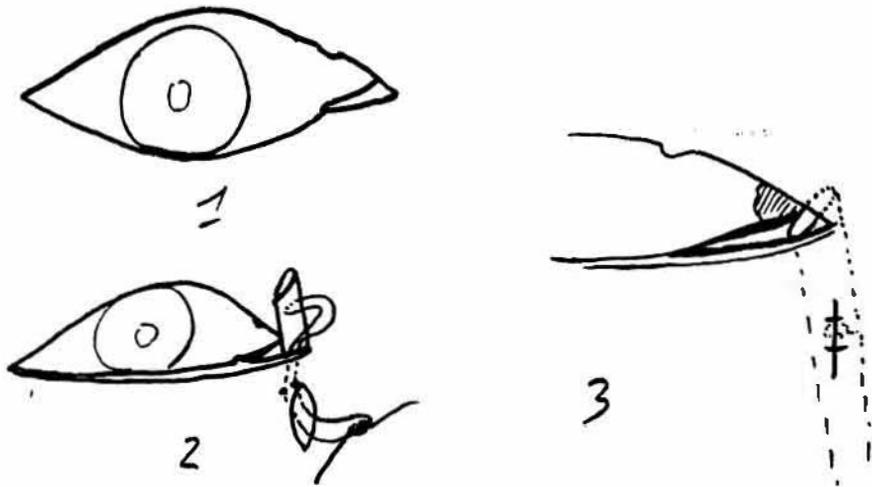
indiquée que lorsque le sac a été entièrement enlevé, et les difficultés techniques de suture à la pituitaire sont les mêmes.

J'avais d'autre part suivi avec intérêt les travaux sur les intubations du canal lacrymo-nasal par des canules en acryl (Sedan). J'en ai pratiqué un certain nombre et je me permettrais d'apporter à cette technique quelques critiques.

Tout d'abord, il paraît irrationnel d'ouvrir le sac lacrymal, alors que l'intubation est beaucoup plus facile et moins traumatisante par le canalicule intérieur.

De plus, la canule d'acryl n'est pas souple, et sa longueur est fixe. Elle ne tient pas compte des nécessités anatomiques et de la longueur variable du canal (12 à 15 mm) en moyenne selon Rollet et Andre, mais Iwata a trouvé une fois 42 mm 8 (Jayle traité Ophtalmo).

Enfin le diamètre intérieur de la canule est trop grand et permet l'effet de reflux des fosses nasales dans le sac lacrymal.



J'ai alors pensé à pratiquer des autogreffes de veine par intubation selon Sedan, c'est à dire après ouverture du sac lacrymal.

L'autogreffe était suturée à la partie basse du sac lacrymal et maintenue en place par un drain de polythène que je faisais repasser par le canalicule inférieur.

Je n'ai malheureusement connu que des échecs (huit).

Je suis donc revenu à la technique d'intubation par tubes souples de polythène d'un diamètre intérieur de un millimètre, que j'avais déjà publié en 1954, et qu'on donne des résultats constamment assez bons.

La technique opératoire en est extrêmement simple: anesthésie complète du sac et canal lacrymo-nasal —sous orbitaire, après éventuellement pré-anesthésie).

Striturotomie selon Poulard, mais la moins traumatisante possible: on se contente d'atteindre le ou les rétrécissements, et de les dépasser après les avoir sectionnés.

Mise en place quelques secondes après d'une grosse sonde qui comprime la muqueuse et arrête l'hémorragie.

Le tube de polythène, de 5 cm de long environ est monté sur une sonde N<sup>o</sup> 0 et poussé dans le canal jusqu'au contact du plancher.

On peut vérifier par contrôle endo-nasal.

La longueur nécessaire est alors marquée, le tube retiré est sectionné à la longueur voulue et remis en place.

Bien entendu cette technique connaît des échecs.

La tolérance du tube est en règle générale excellente mais il peut arriver que dans les jours ou dans les semaines qui suivent le tube soit éliminé, par simple glissement, et tombe dans les fosses nasales.

Je me suis donc attaché à trouver une technique qui permette de fixer solidement le tube dans la position voulue et qui élimine ce facteur d'insuccès.

J'ai donc depuis un an modifié ainsi la technique opératoire, avec des résultats constants, lorsqu'il s'agit du canal lacrymo-nasal.

La stricturotomie est toujours pratiquée au contact de la paroi osseuse selon Poulard, mais le couteau de Veber est poussé jusque dans le sac et la section intéresse non seulement la canalicule mais aussi le canal d'union.

On introduit alors les pointes mousses d'un fin ciseau droit qui agit comme dilateur et permet d'avoir un jour suffisant sur l'intérieur du sac.

Le tube de polythène, dont la longueur a été contrôlée par voie endonasale, est taillé en biseau arrondi dans sa partie haute.

Une petite incision cutanée verticale est alors pratiquée au ciseau au-dessous du tendon de l'orbiculaire en dégageant simplement le plan sous cutané.

Une aiguille courbe enfilée de ligalène N<sup>o</sup> 1 pénètre dans cette incision, ressort tout à fait dans l'angle nasal de l'incision du canal d'union. Cette aiguille est alors passée en U (voir dessin) à l'endroit du tube convenable pour que, le point une fois serré, le tube ait la position idéale au niveau de l'angle interne en dedans de la caroncule. L'aiguille est alors repassée en sens inverse de précédemment à  $\frac{1}{2}$

millimètre de distance environ, ressort dans l'incision cutanée. Il suffit alors de pousser le tube en place, sur son mandrin, en tirant les fils par l'incision cutanée

Le fil est alors noué, et l'incision cutanée refermée et soigneusement suturée.

Il s'agit d'ailleurs tout simplement d'un procédé de pexie bine connu des gynécologues pour certaines rétroversions.

Le ligalène est parfaitement toléré, et le tube est ainsi maintenu dans sa position idéale.

Aucun glissement ne peut se produire, et la taille en biseau de l'extrémité du tube permet un écoulement facile.

J'ai ainsi pratiqué douze intubations. Il s'agissait dans onze cas d'obstructions hautes ou basses des voies lacrymales, inflammatoires anciennes, le dernier était une réintervention après échec d'une autogreffe de veine.

Dans les douze cas, la tolérance du tube et du fil de ligalène est parfaite.

La cicatrice de la petite incision cutanée est invisible après une dizaine de jours.

Le résultat fonctionnel a été bon dans tous les cas.

Je sais bien qu'une statistique de douze cas avec un recul aussi court n'a aucune valeur.

Mais si ces résultats se confirment, l'intubation des voies lacrymales par un tube de polythène fixé par fil de ligalène enfoui à demeure représente un moyen simple et efficace du traitement des obstructions banales du canal lacrymo-nasal.

15 Rue Louis-Barthou