

laire des paupières, par un angle de cent cinquante à cent soixante degrés, en le dirigeant de devant en arrière et un peu obliquement en dedans. Lorsque l'instrument a pénétré dans le sac lacrymal, ce que l'on reconnaît au défaut de résistance, on le redresse pour le rapprocher de la perpendiculaire ou de l'arcade sourcilière, et le faire pénétrer dans le canal nasal. Quand on est assuré qu'il y est parvenu, on le pousse avec ménagement jusqu'à ce qu'il ait pénétré dans la fosse nasale. Alors on insinue dans le bout supérieur de l'instrument le petit ressort portant la soie, en tenant d'une main ferme le trois-quarts afin qu'il ne vacille pas, et on pousse doucement ce petit stylet, qui, en vertu de son élasticité, vient se porter de lui-même à l'orifice de la narine, de sorte qu'en soulevant le bout du nez, on le voit à découvert; des pinces à pansement suffisent pour l'extraire; on peut même quelquefois le prendre avec les doigts. Il est retiré en entier, et à mesure qu'il descend, il entraîne avec lui le fil dont il est enfilé: il ne reste plus qu'à ôter la canule et à faire usage de ce fil comme nous le dirons bientôt. Ce procédé est d'une simplicité séduisante; mais il n'est pas sans inconvénients. Si l'instrument est un peu dévié de la direction suivant laquelle il doit être enfoncé, il est à craindre que sa pointe ne blesse les parois du canal nasal, ou qu'elle ne glisse dans leur épaisseur. Le seul avantage réel que présente ce procédé, c'est que l'ouverture que le trois-quarts fait à la peau est si petite, que la cicatrice doit en être imperceptible; mais la différence entre cette cicatrice et celle qui résulte d'une incision à laquelle on ne donne que l'étendue nécessaire à l'introduction d'une sonde et d'une canule est si peu considérable, qu'elle ne suffit pas pour assurer au procédé de M. Jurine l'avantage sur la méthode de Petit, modifiée par Desault et par M. Pamard.

Les instruments nécessaires pour pratiquer l'opération selon cette méthode sont: 1° un bistouri de moyenne grandeur, à lame étroite, très-pointue, mais forte; 2° une sonde à panaris ordinaire; 3° une canule d'argent, un peu conique, longue de deux pouces, légèrement courbée, coupée en biseau, comme le bec d'une plume à écrire, à son bout le plus mince et vers sa concavité, portant du même côté, et à l'autre extrémité, un petit anneau dirigé suivant la longueur de la canule: il est bon d'avoir plusieurs canules de différentes grosseurs et longueurs; 4° un stylet d'argent un peu conique, long d'environ cinq pouces, recourbé en forme d'anneau à son extrémité la plus grosse,

et portant à l'autre bout un petit bouton légèrement fendu pour accrocher le fil et l'enfoncer plus facilement dans la canule; 5° un autre stylet de la même longueur, cylindrique, arrondi à ses extrémités, d'une grosseur telle qu'il remplisse la canule et puisse cependant y glisser facilement; 6° un ressort de montre, long d'environ six pouces, d'un tiers de ligne de largeur, percé à l'une de ses extrémités comme une aiguille, et garni à l'autre d'un petit bouton d'argent.

Le malade étant assis, et sa tête appuyée sur la poitrine d'un aide qui applique la main opposée au côté de la maladie sur le front, et avec l'autre tire les paupières en dehors, le chirurgien, placé devant le malade et un peu du côté de la fistule, prend le bistouri et le tient comme une plume à écrire, avec la main droite s'il opère à gauche, et avec la main gauche s'il opère sur le côté droit. Il porte l'extrémité de l'indicateur de l'autre main sur le sac lacrymal, et avec ce doigt qui sert de conducteur au bistouri, il reconnaît le rebord qui termine antérieurement la gouttière lacrymale. Il conduit la lame de l'instrument sur l'ongle de ce doigt, et l'enfonce verticalement dans le sac lacrymal. Il est averti qu'il y est parvenu par le défaut de résistance, et la sortie de la matière puriforme que contenait le sac. Inclinant alors le bistouri en dehors, il fait glisser sur le dos de la lame le stylet cylindrique un peu courbé en avant, pour qu'il n'appuie pas sur la saillie du sourcil, qui en rendrait l'introduction difficile en forçant son extrémité inférieure de se porter en arrière contre les parois du canal nasal. Ordinairement ce stylet pénètre avec facilité dans le canal; mais s'il ne pouvait rompre l'obstacle qui s'y rencontre, on le retirerait et l'on introduirait à sa place la sonde à panaris, avec laquelle on est presque toujours assuré de le surmonter. On retire ensuite la sonde, et on la remplace par le stylet cylindrique qui sert à conduire la canule dans le canal nasal. Cette canule étant placée, et le stylet qui a servi à la diriger étant retiré, on continue l'opération différemment, selon qu'on se sert, pour passer le fil, du procédé de Desault ou de celui de M. Pamard.

Lorsqu'on emploie ce dernier, qui me paraît préférable, on enfonce le ressort de la canule jusque dans la fosse nasale: aussitôt qu'il y est parvenu, il se recourbe en devant, et vient se présenter à l'ouverture de la narine; de sorte qu'en soulevant le bout du nez, on le découvre et on peut ou le prendre avec les doigts, ou l'extraire avec des pinces à pansements. On le retire entièrement, et à mesure qu'il descend, il

entraîne avec lui le fil passé dans son ouverture ; ou bien on noue un fil sur l'extrémité inférieure du ressort après l'avoir fait sortir par la narine, on tire le ressort de bas en haut, et lorsque son extrémité inférieure est arrivée à la canule, on enlève la canule et le ressort, et on amène en haut le fil, qui prend la place de ces instruments. Il arrive quelquefois que le ressort en sortant de la canule, au lieu de se porter devant l'extrémité antérieure du cornet inférieur, reste sous ce cornet en se repliant sur lui-même ; d'autres fois son extrémité inférieure appuyant contre le plancher de la fosse nasale, il ne peut se contourner en avant avec quelque force qu'on le pousse. Dans le premier cas, le ressort est trop élastique ; dans le second, il ne l'est point assez. Dans l'un et dans l'autre, pour le faire sortir par la narine, il faudrait se servir d'une pince ou d'un crochet, ce qui causerait beaucoup de douleur. Il vaut mieux alors renoncer au procédé de M. Parnard, et avoir recours à celui de Desault, comme je l'ai fait plusieurs fois.

On se sert d'un fil non ciré de moyenne grosseur, long d'environ deux pieds. On enfonce ce fil dans la canule ; lorsqu'il a pénétré autant qu'il est possible, on continue de l'enfoncer avec le stylet dont l'extrémité est échancrée : pour cela on presse le fil entre cette extrémité et les parois de la canule, contre lesquelles on fait glisser le stylet. Il faut que le stylet dépasse l'extrémité inférieure de la canule ; sans cette précaution, le fil pourrait être entassé vers la partie inférieure de cet instrument, au lieu de pénétrer dans la fosse nasale, et tous les efforts du malade pour le faire sortir par la narine, en se mouchant, deviendraient inutiles. Lorsqu'on juge qu'une portion de fil assez longue a pénétré dans la fosse nasale, on ordonne au malade de se moucher, la bouche étant fermée, et la narine du côté opposée comprimée, afin que l'air, en passant entièrement par la fosse nasale où est le fil, le pousse et le fasse sortir par la narine. Quelquefois il sort au premier effort ; le plus souvent cependant le malade est obligé de se moucher fortement à plusieurs reprises. Si tous les efforts sont inutiles, il faut injecter de l'eau avec force par la canule, avec la seringue d'Anel, garnie d'un tube assez gros pour remplir exactement la canule ; on délaye par ces injections le mucus qui tient le fil collé, et qui l'empêche de se développer et de céder à l'action de l'air qui doit l'entraîner au dehors. Si, malgré les injections, le fil ne sort pas, on peut l'amener au dehors en le saisissant sous le cornet inférieur

avec le crochet mousse dont nous avons parlé à l'occasion du procédé de Méjan. La facilité avec laquelle je suis parvenu, dans ces derniers temps, à retirer le fil sans causer aucune douleur au malade, en me servant de cet instrument, m'a porté à lui donner la préférence ; et lorsque le malade s'est mouché une ou deux fois sans amener le fil au dehors, je vais le saisir aussitôt dans la narine avec le crochet mousse. Mais si tous ces moyens sont insuffisants pour faire sortir le fil, on le laisse ainsi que la canule, en recommandant au malade de se moucher souvent, la bouche et l'autre narine fermées. On lui recommande aussi de saisir le fil dès qu'il se présentera, et d'en faire sortir par le nez un bout assez long pour le nouer au bout supérieur. Nous avons toujours vu le fil sortir le jour même de l'opération, ou au plus tard le lendemain.

Lorsque la peau et le sac lacrymal sont ulcérés, ou, ce qui revient au même, que la tumeur lacrymale est convertie en fistule, on peut se dispenser de faire l'incision, si l'ouverture fistuleuse est placée convenablement, et assez large pour permettre l'introduction du stylet et celle de la canule à laquelle il sert de conducteur. L'étroitesse de cette ouverture n'est pas un motif qui doive déterminer à faire une incision, lorsque cette ouverture est bien placée, parce qu'on peut l'agrandir avec une corde à boyau, un morceau de racine de gentiane ou d'éponge préparée. Quand la fistule ne dispense pas d'avoir recours à l'instrument tranchant, on doit, si cela est possible, la comprendre dans l'incision.

De quelque manière qu'on ait passé le fil, lorsqu'on en a fait sortir la moitié ou environ par la narine, on retire la canule ; ensuite on noue les deux bouts de fil ensemble, on les roule sur une grosse épingle qu'on fixe au bonnet ou aux cheveux du malade ; on applique sur la plaie un peu de charpie qu'on maintient avec un emplâtre de diachylon gommé.

Le lendemain ou le surlendemain de l'opération, s'il n'y a point d'inflammation, on substitue au fil de chanvre qui est dans les voies lacrymales un fil de soie de grosseur moyenne, assez long pour servir tout le temps de la cure, et qui est roulé en peloton sur un morceau de carte ou de papier. Pour faire ce changement, on fixe le fil de soie à l'extrémité supérieure du fil qu'on veut remplacer, le plus près possible de la plaie, en faisant l'espèce de nœud qu'on nomme du tisserand, et qui est moins gros qu'aucune autre espèce de nœud.

On tire de haut en bas le bout du fil qui sort par le nez, et l'on conduit à sa place le fil de soie. Quand celui-ci a dépassé la narine de trois à quatre pouces, on le coupe au-dessus du nœud, on le passe dans l'anse d'une mèche composée de plusieurs brins de charpie ou de coton repliés sur eux-mêmes, et on l'arrête en faisant deux nœuds l'un sur l'autre. Cette mèche doit avoir une grosseur proportionnée au diamètre du canal nasal; sa longueur est de deux pouces environ. On attache à son extrémité inférieure un fil qui servira à la retirer lors du pansement suivant. Après l'avoir graissée avec du cérat, on la fait monter dans le canal nasal, et jusque dans le sac lacrymal, en tirant doucement le fil de soie de bas en haut. Le fil qui tient à la partie inférieure de la mèche est entassé dans la narine, ou fixé sur la joue à côté du nez, avec une mouche de taffetas d'Angleterre, ou bien on le relève le long du nez et du front, et on l'attache par un nœud coulant à la soie, dont le peloton sera fixé, comme nous l'avons dit, au bonnet, ou caché dans les cheveux. On emploiera pour le fil d'en bas celle des trois manières qui sera du goût du malade.

Il ne s'agit plus que de renouveler le séton tous les jours ou tous les deux jours, d'augmenter sa grosseur chaque fois d'un ou de deux brins de charpie, et d'en continuer l'usage jusqu'à ce que le canal nasal soit assez dilaté pour qu'un gros séton y entre facilement sans causer de douleur. Dans les commencements, il sort par la plaie et par les points lacrymaux une grande quantité de matière muqueuse puriforme, qui colle les paupières ensemble pendant la nuit, comme avant l'opération, et la mèche, lorsqu'on la change, est chargée d'une matière semblable. Au bout de quelque temps, la quantité de cette matière diminue, les paupières cessent d'être collées le matin au réveil; la plaie se resserre et se réduit à la largeur nécessaire pour recevoir le fil. Il arrive quelquefois dans le cours du traitement une inflammation qui entrave la guérison. Cette inflammation peut dépendre de l'augmentation trop brusque de la mèche, de l'exposition de l'œil au contact d'un air froid et humide, ou d'une disposition vicieuse générale. Dans les deux premiers cas, il suffit de suspendre l'usage du séton, et d'appliquer sur les parties des fomentations ou des cataplasmes émollients, pour faire cesser l'inflammation. Dans le troisième, à ces moyens on en joint d'autres qui sont relatifs à l'état général du malade. Ainsi, lorsque le malade est sanguin et pléthorique, on a recours à la saignée, aux boissons rafraichissantes, etc.; lorsqu'il y a embarras

saburral, on prescrit un vomitif et des laxatifs. Aussitôt que l'inflammation est dissipée, on reprend l'usage du séton, ayant l'attention d'en employer un moins gros que le dernier dont on s'est servi. La durée du traitement n'a rien de fixe. On voit des malades chez lesquels, au bout de six semaines ou deux mois, le canal nasal peut admettre facilement, et sans que le malade éprouve de la douleur, un séton très-gros qui n'empêche point les larmes de couler dans le nez, en sorte que l'œil cesse d'être larmoyant, et les paupières de se coller pendant la nuit. Chez d'autres, ce changement heureux n'a lieu qu'au bout d'un temps beaucoup plus long, trois ou quatre mois, par exemple. Dans ce dernier cas, l'espoir de guérir la maladie est moins grand. Lorsqu'on présume que le canal nasal est assez dilaté pour transmettre librement les larmes dans le nez, on cesse l'usage du séton, en laissant toutefois encore le fil, afin que si le séton redevient nécessaire, on puisse le réintroduire.

Quand les injections poussées par le point lacrymal supérieur passent dans le nez, qu'il n'y a plus de larmolement, et qu'en pressant sur le grand angle des paupières qui correspond au sac lacrymal, on ne fait sortir ni larmes, ni matière puriforme par les points lacrymaux, on juge que le canal nasal est débouché, que les ulcérations, s'il y en avait, ont disparu, et que le malade est guéri. On retire le fil alors, et l'ouverture par laquelle il passait se ferme bientôt. Quelquefois cependant elle ne se cicatrise point, soit parce que ses bords sont garnis de chairs fongueuses, soit parce qu'ils se sont couverts d'une cicatrice qui leur ôte les conditions nécessaires à leur réunion. Dans le premier cas, on favorise la cicatrisation de l'ouverture en consumant les chairs fongueuses avec le nitrate d'argent fondu; dans le second, ce moyen suffit quelquefois pour donner au contour de l'ouverture les conditions nécessaires à son adhésion; mais le plus souvent il reste un trou presque imperceptible par lequel la partie la plus ténue des larmes s'échappe. Pour prévenir cet inconvénient et celui d'une cicatrice enfoncée en manière d'entonnoir, on ne doit laisser le fil dans les voies lacrymales que pendant le temps absolument nécessaire pour le rétablissement du canal nasal dans son diamètre naturel.

Il est extrêmement rare que le canal nasal soit tellement fermé, qu'on ne puisse pas le déboucher avec une sonde pointue introduite par l'incision qu'on a faite au sac lacrymal, et le dilater ensuite de manière à rétablir le cours naturel des larmes. Mais lorsque cela

arrive, on ne peut espérer de guérir la fistule qu'en pratiquant une route artificielle. Ce n'est pas le seul cas dans lequel il soit nécessaire d'ouvrir une route nouvelle aux larmes. Lorsque l'os unguis est carié, ou même seulement dénudé par l'ulcération du sac, on ne peut guère espérer qu'il s'exfolie spontanément, ou qu'il se recouvre de bourgeons qui servent à sa consolidation avec les parties voisines : il n'y a d'autre ressource alors que de le détruire, et on doit le faire de manière que les larmes puissent prendre leur cours par cette nouvelle voie.

On ouvre aux larmes un passage artificiel en perçant l'os unguis avec un instrument pointu, ou avec un cautère actuel, comme faisaient les anciens, et en entretenant cette ouverture au moyen de corps dilatants.

La structure et les fonctions des voies lacrymales étant inconnues aux anciens, ils ont dû avoir nécessairement des idées très-inexactes sur la fistule lacrymale et sur l'opération nécessaire pour la guérir. La plupart se contentaient de traiter l'ulcère sans chercher à rétablir le cours des larmes. Après avoir incisé la fistule et emporté les callosités, lorsqu'il y en avait, ils brûlaient l'os unguis avec un fer rouge, en prenant les précautions convenables pour garantir l'œil; ils provoquaient ensuite la chute de l'eschare et l'exfoliation de l'os, puis enfin la cicatrisation de la plaie. Par cette méthode, ils parvenaient souvent à guérir la fistule; mais il restait presque toujours un larmolement continuel et incurable, soit parce que le sac lacrymal était entièrement détruit, soit parce que l'ouverture faite à l'os unguis, lorsque le cautère actuel en détruisait toute l'épaisseur, n'étant pas assez grande, se rétrécissait et se fermait entièrement; soit enfin parce que la portion des conduits lacrymaux, voisine du sac, se trouvait comprise dans la cicatrice.

Lorsque les anatomistes eurent découvert la structure des voies lacrymales, le cautère actuel fut employé avec plus de méthode; on s'en servit, non pas pour détruire la carie de l'os unguis, qui est une complication fort rare de la fistule lacrymale, mais pour frayer une route aux larmes à travers cet os. La prévention a fait rejeter ce moyen comme trop cruel, et on a pensé qu'il valait mieux enfoncer l'os avec un instrument pointu. Cependant plusieurs praticiens dont l'opinion est d'un grand poids, et entre autre M. Scarpa, donnent la préférence au cautère actuel; ils se fondent sur ce que, l'os unguis et la

membrane pituitaire qui couvre sa face interne perdant une portion de leur substance, l'ouverture est moins sujette à se fermer que celle qui résulte de la simple perforation de ces parties avec un instrument pointu. Mais cet avantage est-il bien réel? Je ne le pense pas. On peut faire à l'os unguis et à la membrane qui le tapisse, avec un trois-quarts ou tout autre instrument semblable, une ouverture assez grande pour qu'elle ne se referme pas après qu'on aura rendu ses bords calleux par un long usage des dilatants; et dès lors cette méthode mérite la préférence sur le cautère actuel, moyen qui effraye singulièrement les malades, est fort douloureux, et peut déterminer les accidents inflammatoires les plus graves; d'ailleurs il ne guérit pas toujours la maladie, et lorsqu'il la guérit, il laisse souvent un larmolement incurable.

Au reste, voici de quelle manière on emploie le cautère actuel dans le traitement de la fistule lacrymale : il faut d'abord ouvrir le sac, et le remplir de charpie molle qu'on y laisse pendant deux jours. Ce temps écoulé, le malade étant assis, la tête appuyée et fixée contre la poitrine d'un aide, on lève l'appareil et on nettoie l'intérieur du sac en absorbant avec des boulettes de charpie le pus qui s'y trouve. On y porte ensuite une canule qu'on appuie un peu obliquement de haut en bas sur l'os unguis; on conduit sur cet os, à la faveur de la canule, un fer rouge que l'on pousse assez fortement pour qu'il puisse non-seulement brûler l'os, mais encore la membrane pituitaire. Si l'on craint que cette première application n'ait pas été suffisante pour désorganiser entièrement l'os et la membrane pituitaire, on applique un second cautère qu'on doit avoir tout prêt sous la main. L'opération faite, on remplit le sac avec de la charpie molle enduite d'un onguent émollient tel que le cérat, et l'on ordonne au malade d'attirer dans la narine, plusieurs fois par jour, de l'eau de guimauve. On combat l'inflammation qui suit toujours l'application du feu, avec des cataplasmes émollients. Lorsque les eschares sont tombées, on introduit dans la nouvelle ouverture une bougie de cire, ou une tente de toile fine, attachée à un fil qui l'empêche de tomber dans la fosse nasale. On continue l'usage de la bougie ou de la tente, en augmentant progressivement sa grosseur. On en cesse l'emploi lorsqu'on juge que les bords de l'ouverture sont cicatrisés; ce qui n'arrive ordinairement qu'au bout de plusieurs mois. Dans le cours du traitement, s'il s'élève des fongosités sur les bords de l'ouverture, on les consume

avec le nitrate d'argent fondu. Lorsqu'on cesse l'usage des dilatants, la plaie extérieure ne tarde pas à se cicatriser.

Le cautère actuel n'est pas le seul moyen dont les anciens faisaient usage pour perforer l'os unguis : ils se servaient aussi quelquefois d'un instrument pointu ; mais ce procédé, décrit par Aetius et Paul d'Égine, était sans doute entièrement tombé en désuétude au commencement du XVIII^e siècle, puisque tous les auteurs qui ont écrit depuis cette époque en ont fait honneur à Woolhouse, et qu'on a donné à cette manière d'opérer la fistule lacrymale le nom de méthode de Woolhouse. Voici quelle est cette méthode, presque la seule qu'on employât avant que J.-L. Petit eût fait connaître la sienne.

Le malade étant assis et sa tête appuyée sur la poitrine d'un aide, on fait au sac lacrymal une incision semi-lunaire, comme dans la méthode de Petit, ensuite on perce l'os unguis avec une sonde pointue, ou mieux encore avec le poinçon d'un trois-quarts recourbé. On porte l'instrument sur la partie inférieure de la gouttière lacrymale, on l'enfonce obliquement de dehors en dedans et de haut en bas, et on perce l'os dans l'endroit où il correspond au méat moyen de la fosse nasale, entre le cornet inférieur et le cornet moyen. En perceant l'os unguis dans sa partie inférieure, les larmes ont plus de facilité à passer par l'ouverture ; et en donnant à l'instrument la direction que nous indiquons, on évite de pénétrer dans les cellules ethmoïdales, et de blesser la cloison du nez. On juge que l'os est détruit et la membrane pituitaire traversée, lorsque le sang coule par la narine ou qu'il tombe dans la gorge. Comme le succès de l'opération dépend principalement de la conservation de l'ouverture faite à l'os unguis et à la membrane pituitaire, et que cette ouverture a de la tendance à se resserrer, on ne saurait lui donner trop d'étendue ; c'est pourquoi lorsque l'instrument est parvenu dans la fosse nasale, on doit le tourner pour achever de briser l'os unguis et agrandir suffisamment l'ouverture. On introduit à la place de l'instrument une tente de linge, assez grosse pour remplir exactement l'ouverture, assez longue pour pénétrer dans la fosse nasale, et tenue à son extrémité supérieure par un fil qui sert à la fixer ; on remplit ensuite le reste de la plaie avec de la charpie mollette qu'on couvre de quelques compresses et d'un bandeau, ou du bandage appelé *monoculus*.

L'appareil ne sera levé qu'au bout de quelques jours. Lorsque l'inflammation aura cessé, on fera en sorte, en injectant par ce nouveau

passage des liqueurs dessiccatives, ou en les y portant par le moyen de la tente, de cicatriser la membrane qui en peu de temps naît sur les bords minces de l'os unguis et tend à en boucher l'ouverture. Quand la plaie est bien détergée, on peut substituer un cylindre de plomb à la tente de linge ; mais, quelle que soit la matière du corps dilatant, on doit en continuer l'usage jusqu'à ce que les bords de l'ouverture artificielle soient consolidés, et que la tente puisse être introduite et passer librement dans le trou sans causer aucun sentiment de douleur, ce qui n'a lieu ordinairement qu'au bout de trois ou quatre mois. Alors on favorisera la cicatrisation de la plaie extérieure en la couvrant avec un emplâtre de diapalme, et en la touchant de temps en temps avec le nitrate d'argent fondu.

Woolhouse, et après lui beaucoup d'autres praticiens, au lieu de continuer l'usage de la tente jusqu'à la fin du traitement, la remplaçaient par une canule d'or, d'argent ou de plomb, aussitôt que la plaie était détergée, toutes les esquilles enlevées, et les callosités extérieures fondues. Woolhouse employait deux sortes de canules : une première qui ne servait qu'à rendre l'ouverture calleuse, et qui avait un rebord assez saillant pour qu'elle ne pût tomber dans la fosse nasale, et une autre plus petite, sans rebord, dont la grosseur était proportionnée à l'ouverture qu'elle devait remplir exactement, et dans laquelle on la laissait. Il cessait alors de tenir la plaie extérieure ouverte, et cette plaie ne tardait pas à se cicatriser. Au bout d'un temps plus ou moins long, la canule se détachait, sortait du nez par son propre poids, ou tombait dans l'arrière-bouche et même dans l'œsophage, mais sans danger pour la vie du malade. L'usage de cette canule était presque général autrefois. On y a renoncé aujourd'hui. On a senti qu'en ne la plaçant que quand les bords de l'ouverture sont devenus calleux, elle devient inutile, et que si on s'en sert avant que ces bords soient cicatrisés, dès qu'elle est tombée l'ouverture se rétrécit, et peut même se fermer entièrement ; enfin que, dans tous les cas, cette canule est un corps étranger qui, comme nous l'avons déjà dit, entretient quelquefois, surtout dans les individus mal constitués, des fluxions et des inflammations dangereuses.

Nous avons dit précédemment que le succès de la méthode par laquelle on pratique aux larmes un passage artificiel, en perceant l'os unguis avec un instrument pointu, dépend principalement de la conservation de l'ouverture faite à l'os et à la membrane pituitaire. Dans

la vue de prévenir le rétrécissement et l'oblitération de cette ouverture, J. Hunter imagina un instrument avec lequel il enlevait une portion de l'os unguis et de la membrane pituitaire. Cet instrument est un véritable emporte-pièce, semblable, en quelque sorte, à celui dont les bourreliers se servent pour percer le cuir. C'est une canule d'acier d'une ligne de diamètre, longue d'environ deux pouces, dont le bord est tranchant, et qui se prolonge dans toute la longueur d'un manche d'ébène, semblable à celui d'un petit trois-quarts. Cette canule renferme un stylet d'argent ou de fer qui la remplit exactement, et dont les extrémités sont arrondies. Hunter n'a point publié son procédé, et nous ne le connaissons que par la description que nous en fit M. Audiberti, chirurgien du roi de Sardaigne, à son retour à Paris d'un voyage à Londres. Les instruments nécessaires pour cette opération sont, outre l'emporte-pièce dont je viens de parler, une plaque de corne figurée convenablement pour pouvoir être introduite dans le haut de la fosse nasale, et assez épaisse pour former un point d'appui solide. Voici de quelle manière on pratique l'opération. Le sac lacrymal étant incisé, comme dans la méthode de Petit, le chirurgien prend la plaque de corne avec la main opposée au côté sur lequel il opère, l'introduit dans la fosse nasale, et l'engage entre l'extrémité antérieure du cornet moyen et la partie correspondante de la paroi externe de cette fosse. Ensuite il enfonce par la plaie, dans le sac lacrymal, le stylet qui doit servir de conducteur à l'emporte-pièce. Lorsque ce dernier instrument touche la partie inférieure de la gouttière lacrymale, un aide retire le stylet, et le chirurgien tenant la plaque de corne d'une main, et de l'autre l'emporte-pièce, appuie fortement cet instrument en le faisant tourner sur l'os unguis, pendant qu'il applique fermement la plaque contre la face interne de cet os, pour opposer une résistance proportionnée au degré de force avec lequel il fait agir l'emporte-pièce; de cette manière il enlève une portion de l'os avec la membrane du sac qui le tapisse en dehors et la membrane pituitaire qui le couvre en dedans. Les pansements et le traitement consécutifs sont les mêmes qu'après la perforation de l'os unguis avec un trois-quarts, excepté que l'on continue moins longtemps l'usage des tentes. Ce procédé serait incontestablement plus avantageux que le procédé ordinaire, si l'on était toujours assuré de pouvoir faire éprouver à l'os unguis et aux membranes entre lesquelles il est situé une perte réelle de substance; mais l'espace compris entre l'extrémité antérieure du

cornet moyen et l'os unguis, est si peu considérable dans la plupart des sujets, qu'il n'est guère possible d'y introduire la lame de corne. Cette lame est donc appliquée contre le cornet moyen; dès lors elle n'offre plus un appui suffisant à l'emporte-pièce, et cet instrument enfonce l'os unguis sans lui faire éprouver, ainsi qu'à la membrane pituitaire, une véritable perte de substance. Les résultats de ce procédé sont alors les mêmes que ceux qu'on obtient avec un trois-quarts: comme ce dernier procédé est moins douloureux, il mérite la préférence. Il paraît que Hunter en avait jugé ainsi, puisqu'il n'a pas cru devoir publier son procédé: il est probable même qu'après quelques tentatives il y avait renoncé.

Au reste, quel que soit le moyen dont on se serve pour percer l'os unguis, le succès de l'opération dépend de la grandeur de l'ouverture. L'observation suivante en est la preuve. Un homme âgé de quarante-cinq ans portait depuis quatre années une tumeur lacrymale du côté droit, qui avait été enflammée à différentes reprises. Je l'opérai suivant la méthode de Petit, modifiée par Desault; mais n'ayant pu déboucher le canal nasal avec une sonde cannelée pointue, je portai l'extrémité de cet instrument contre la partie inférieure de l'os unguis; et en la dirigeant obliquement de dehors en dedans et de haut en bas, je perçai cet os et la membrane pituitaire. Je substituai à la sonde un stylet cylindrique à la faveur duquel je plaçai une canule dans l'ouverture de l'os. Pour m'assurer que la canule était parvenue dans la fosse nasale, j'injectai de l'eau qui sortit aussitôt par la narine, la tête du malade étant penchée en avant. La canule me servit à conduire dans la fosse nasale un fil non ciré que le malade fit sortir par le nez en se mouchant avec force. Au bout de deux jours, ce fil fut remplacé par un fil de soie qui servit pendant toute la cure à conduire une mèche dans le sac, par l'ouverture faite à l'os unguis. Dans les premiers temps, cette mèche était fortement serrée par l'ouverture; peu à peu l'ouverture s'agrandit, et au bout de trois mois, une grosse mèche entrant et sortant librement, je jugeai que les bords de l'ouverture étaient cicatrisés: je cessai l'usage des mèches; cependant je laissai encore le fil de soie, et ne le retirai qu'au bout de huit jours. La plaie extérieure, proportionnée à la grosseur de la soie, ne tarda pas à se cicatriser, et le malade fut guéri sans larmoiement. Quatre ans après, cet homme vint à l'hôpital de la Charité pour une tumeur blanche rhumatismale du genou, qui le fit périr, n'ayant pas voulu se soumettre