

SECTION QUATRIÈME.

Maladies des os du canal nasal et des os voisins.

ARTICLE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Les os qui concourent à former le canal nasal, comme ceux de la cavité orbitaire, dont nous nous sommes occupé plus haut, sont sujets à des maladies qui exercent une grande influence sur l'état des parties molles, qu'ils sont destinés à protéger.

Il est donc opportun de s'occuper spécialement de ces maladies, qui occasionnent assez souvent la tumeur et la fistule lacrymales.

Avant tout, jetons un coup d'œil anatomique sur cette petite cavité et sur les parties qui l'avoisinent.

Le canal nasal est presque entièrement formé aux dépens du maxillaire supérieur, dans lequel il est pour ainsi dire sculpté; deux autres os, l'unguis et le cornet inférieur, concourent également un peu à sa circonscription.

Il n'a guère que 5 ou 6 lignes de longueur, commence à la gouttière lacrymale et se termine dans le méat inférieur, en arrière de la base de l'apophyse fronto-nasale de l'os maxillaire supérieur.

Son axe offre une courbure à convexité antérieure plus ou moins grande et tout à fait individuelle.

Sous le rapport chirurgical, la longueur du canal est importante à connaître, quand il s'agit surtout d'opérer la fistule par le procédé de Dupuytren. Il ne faudrait pourtant pas croire, comme l'ont avancé quelques chirurgiens, Blandin entre autres, qu'une canule dont la longueur excéderait celle du canal serait pour ces motifs défectueuse.

L'axe du canal varie, ainsi que nous venons de le dire, suivant les individus; on reconnaît que la courbure est très prononcée ou qu'elle l'est peu, selon qu'on pénètre dans les voies lacrymales par le conduit supérieur avec un stylet très courbé ou avec un stylet droit. C'est cette variation de courbure qui a donné à M. A. de Græfe, de Berlin, l'idée de construire un assez grand nombre de modèles différents de sondes pour pratiquer le cathé-

térisme inférieur selon la méthode de Gensoul. Nous reviendrons sur les détails.

Le canal nasal répond en dehors et en arrière au sinus maxillaire, dans lequel il forme un relief sensible, d'où il résulte que certaines affections de cette cavité pourront comprimer le canal, le faire disparaître complètement, et donner naissance ainsi à la tumeur et à la fistule lacrymales.

En avant, le canal est en rapport avec l'apophyse fronto-nasale du maxillaire supérieur : les ostéites, les périostites de cette partie, où on les remarque souvent, deviendront encore des causes de maladies du sac. En dedans le canal est séparé par une lame osseuse mince de la partie antérieure du méat moyen; l'altération de cette lame par des inflammations diverses ou par des affections dont l'origine serait dans les fosses nasales, deviendra à son tour et assez fréquemment une cause de tumeur lacrymale.

L'unguis en haut et en dedans, l'ethmoïde qui l'avoisine, les os du nez; en bas le cornet inférieur et la narine, subiront aussi très souvent des désordres qui, agissant plus ou moins directement sur le canal, deviendront ainsi l'une des causes principales du larmolement.

Le canal nasal varie dans sa forme de telle sorte, qu'il n'est pas facile, je crois, de rencontrer plusieurs individus qui en présentent un exactement semblable; il est situé plus ou moins haut, s'ouvre un peu plus ou un peu moins en avant ou en arrière; tantôt il est large et évasé à sa partie supérieure; tantôt, au contraire, il est étroit et très allongé; ici il est très convexe en avant, là il est presque droit. Toutes ces variations rendent la tâche du chirurgien moins facile; quelques unes doivent nécessairement exercer une certaine influence sur les maladies que l'on observe dans cette partie.

ARTICLE II.

ANOMALIES CONGÉNIALES DU CANAL NASAL.

Nous venons de voir que le canal nasal présente de très nombreuses différences, sous l'influence desquelles les os qui le constituent se trouvent plus exposés à certaines maladies. Dans quelques cas cette disposition est telle à l'état congénial, que le canal se trouve atteint d'une *dilatation* très considérable. Cette