

Les clous de Scarpa d'abord employés sont changés peu à peu contre de plus gros; on obtient ainsi sous l'influence de la compression une dilatation progressive du canal et une modification

Fig. 31.

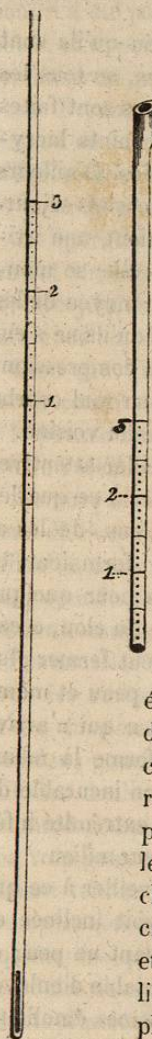


Fig. 30.

des tissus. Malheureusement ce résultat est loin d'être certain, et il n'est pas rare après deux ou trois mois de pansements réguliers, si l'on ferme la

fistule au moment où l'on constate une dilatation suffisante, de reconnaître bientôt que le canal s'est oblitéré de nouveau, d'où il résulte que l'on aurait mieux fait de recourir tout de suite à l'un des procédés d'occlusion des voies lacrymales.

S'il y a dans le sac, à une profondeur quelconque, un rétrécissement ou quelque bride qui empêche l'introduction des clous, on peut recourir en même temps à la dilatation et à la cautérisation; mais c'est, je dois le dire, un moyen qui ne donne en général que de bien médiocres résultats.

Je pratique cette dernière opération de la manière suivante :

La sonde creuse représentée dans la figure 30 étant portée, dans le canal nasal, jusqu'à l'endroit du rétrécissement, je constate, en regardant les chiffres placés à sa surface, à quelle profondeur ce rétrécissement existe. Je suppose que l'instrument pénètre jusqu'au chiffre 2 : j'en tiens note; je prends le porte-caustique, fig. 31 (ce porte-caustique se charge en présentant à la fois la cuvette, et le crayon de nitrate d'argent à la flamme d'une bougie), et après avoir retiré la sonde creuse de 2 ou 3 millimètres, selon que je veux cautériser une surface plus ou moins étendue, j'y fais pénétrer l'instrument chargé de nitrate d'argent, jusqu'à ce que les deux ou trois premiers points se soient cachés dans l'ouverture supérieure de la sonde. Alors je fais tourner rapidement sur lui-

même le porte-caustique, dont la cuvette se trouve en rapport avec les parties malades, puis le retirant de bas en haut, je le cache aussitôt dans la sonde que j'enlève, à moins que je ne me serve de cette sonde pour faire une injection sur la muqueuse cautérisée.

J'ai imaginé cet instrument parce que je pense qu'il est bien préférable de porter le caustique sur les points malades seulement, et que je ne considère pas la cautérisation des parties saines comme sans danger.

Fermeture de l'ouverture artificielle après le pansement.

Lorsqu'après un pansement régulier qui ne peut durer dans aucun cas moins de deux ou trois mois, on a des raisons de croire que la guérison est obtenue, rien n'est ordinairement plus simple que de fermer l'ouverture artificielle qui a servi à l'introduction des corps nécessaires à la dilatation progressive du canal; pourtant dans certains cas, encore assez fréquents, on y éprouve une véritable, parfois une insurmontable difficulté.

Quand il n'y a aucune complication, il suffit de retirer le clou, de laisser les choses aller d'elles-mêmes, et bientôt la réunion de la petite plaie est complète; d'autres fois une simple cautérisation de cette plaie, faite seulement dans le but d'en raviver les bords, la met dans des conditions de réunion convenables. D'ordinaire après deux ou trois jours dans le premier cas, après cinq ou six dans le second, l'ouverture artificielle est fermée.

Mais si, bien que le canal soit largement ouvert, il arrive que les larmes, au lieu de s'y écouler en totalité, passent en partie par l'ouverture artificielle, celle-ci ne se ferme pas et se transforme en une fistule qu'on aura la plus grande peine à détruire. La cautérisation avec la pierre infernale, répétée plusieurs fois, finira dans quelques cas par triompher de la difficulté; mais aussi, dans beaucoup d'autres, elle demeurera inutile.

D'après les remarques que j'ai faites, cet accident provient le plus souvent de ce que le pansement avec les cordes ou avec le clou ayant été trop longtemps continué, la peau a suppuré dans une trop grande étendue, et s'est amincie au point de ne plus avoir les conditions nécessaires à une bonne réunion. La même chose s'observe lorsque la tête du clou de Scarpa a porté sur la plaie, ou que, par le fait même du contact d'un corps étranger, celle-ci s'est enflammée et a éprouvé une perte de substance.

Il convient alors de conseiller au malade, ou de se soumettre à l'opération ayant pour but d'ouvrir une voie nouvelle aux larmes à travers l'unguis, ou de fermer la voie par l'application du fer rouge (voy. p. 400), ou de ne plus rien faire pour le débarrasser de sa fistule, qui peut-être deviendra capillaire à la longue; à moins qu'on ne préfère appliquer le clou jusqu'à ce que le sac lacrymal soit oblitéré dans sa partie supérieure, ce qui ne manque pas d'arriver avec le temps, ou bien encore disséquer la peau tout autour de la plaie qu'on isole avec soin du sac lacrymal, et qu'on réunit avec une épingle et une suture convenable, de manière à fermer complètement l'ouverture. Ce n'est pas toujours chose facile de fermer l'ouverture artificielle en employant ce moyen assez douloureux, et il n'est pas rare, même en donnant aux parties toute l'immobilité nécessaire, par la compression au besoin, d'échouer complètement et de ne pas obtenir de réunion.

Quoi qu'il en soit, lorsque je crois devoir fermer l'ouverture que j'ai pratiquée pour le pansement, je recommande au malade de se nourrir d'aliments liquides, de ne pas parler, de tenir les muscles de la face dans un repos absolu, et surtout d'éviter de se moucher pendant quelques jours, en se bornant à s'essuyer. Cette dernière précaution est des plus importantes, parce que l'air remontant par le méat inférieur, dont la valvule est souvent aplatie ou même résorbée par la présence prolongée du clou dans le canal, maintient l'ouverture de la peau béante, ou même déchire la cicatrice lorsqu'elle est sur le point de s'organiser.

Il est si rare d'obtenir une guérison complète à l'aide de ce triste procédé de dilatation, que l'on me saura gré, je l'espère, de citer le cas suivant pris dans ma pratique. Je le donne comme une exception heureuse.

OBS. *Guérison par le procédé de dilatation (méthode de Scarpa).*

N^o 8584 de ma clinique, 23 octobre 1849. Demoiselle Champauvi, quinze ans, quai Lepelletier, n^o 42. Constitution lymphatique, pas encore réglée, est atteinte d'une blépharite glandulaire de l'œil droit accompagnée d'une kératite panniforme avec nombreux épanchements dans les lames de la cornée. Le sac lacrymal est à peine distendu; la pression en fait sortir quelques mucosités mêlées à des larmes; une injection faite aussitôt dans les conduits reflue en entier.

Depuis trois ans cette enfant est soignée par un oculiste de Paris qui traite la kératite et la blépharite, et qui n'a pas vu que cette double affection était symptomatique de l'engorgement du sac.

Le 8 novembre, je pratique l'opération et j'introduis le clou de Scarpa.

La cornée devient claire, la vue, qui était détruite depuis si longtemps, revient peu à peu.

Le clou est enlevé dans le courant du mois de septembre 1850, sept mois après l'opération.

Je revois la malade le 12 décembre 1852. C'est une grande jeune fille, bien développée; elle s'est réglée et se porte bien. Son père me l'amène parce qu'elle a voulu m'exprimer elle-même sa reconnaissance. Son œil est très beau, elle en voit parfaitement, il n'est pas du tout larmoyant, pas plus que l'autre; la vue en est seulement un peu moins longue.

Il n'y a d'autre trace de l'opération qu'un léger enfoncement de la peau au-dessous du tendon de l'orbiculaire.

Une injection pratiquée ce même jour pénètre en entier dans la narine.

La guérison est radicale; mais je dois le dire, parmi tant d'opérations que j'ai faites, je ne compterais peut-être pas un aussi beau résultat.

II. *Dilatation permanente.*

C'est à Foubert qu'on rapporte généralement l'idée de placer une canule à demeure dans le canal nasal, bien que Woolhouse semble l'avoir eue avant lui. Cette méthode, préconisée par Dupuytren, qui l'essaya en 1812, porte aujourd'hui le nom de ce grand chirurgien.

Procédé de Dupuytren. — Les instruments nécessaires sont : 1^o le bistouri à fistule ordinaire, représenté plus haut, fig. 23; 2^o une canule conique d'or, d'argent ou de platine, longue de 20 à 25 millimètres, sur 4 à 5 millimètres de diamètre, taillée en bec de flûte à son extrémité inférieure, et garnie d'un bourrelet à son extrémité supérieure; cette canule est, en outre, un peu recourbée dans sa longueur pour qu'elle s'adapte plus aisément à la direction du canal dans lequel elle doit être introduite; 3^o un mandrin coudé à angle presque droit, effilé à son bout inférieur,

et s'adaptant exactement à la canule dans laquelle il doit pouvoir entrer, et d'où il doit se dégager aisément; 4^o un stylet long et assez fort qui sert de conducteur à la canule.

La canule a subi plusieurs modifications sans importance sérieuse : les principales sont celles de MM. Van Onsenoort, Pétrequin, Bourjot Saint-Hilaire et Lenoir. Quelque forme qu'elle ait, on opère toujours de même.

J'exécute ce procédé de la manière suivante :

Le malade étant placé comme pour le procédé de J.-L. Petit, et le sac lacrymal, ouvert de la même manière, le chirurgien, retirant le bistouri de l'incision qu'il vient de faire, presse sur l'une des lèvres pour entr'ouvrir la plaie, et glisse dans le canal un stylet qu'il fait pénétrer jusque dans les fosses nasales. Se servant ensuite de ce stylet comme d'un conducteur, il le coiffe de la canule, et, à l'aide des deux pouces, il fait descendre celle-ci aussi loin que possible, puis il enlève le stylet et le remplace par le mandrin.

Dès que le bourrelet de la canule s'est caché profondément sous la peau, ce qu'on n'obtient le plus souvent qu'en appuyant sur le mandrin avec une certaine force, on dégage celui-ci, en retenant la canule en place au moyen de l'index de la main gauche.

Pour s'assurer que la communication entre le sac et la narine est rétablie, on recommande au malade, dont la bouche et le nez sont maintenus fermés un instant, d'expirer l'air avec une certaine force, et tout aussitôt, si la voie est libre, on voit sortir de la plaie quelques bulles d'air et un peu de sang, qu'il est prudent d'enlever par une injection afin de favoriser la réunion de la plaie.

On n'a plus, pour terminer l'opération, qu'à placer une petite mouche de taffetas d'Angleterre sur la plaie, qui se réunit d'ordinaire après vingt-quatre heures.

Ce procédé présente de nombreux inconvénients et n'est plus employé aujourd'hui que par un très petit nombre de chirurgiens.

Quelquefois, le lendemain ou le surlendemain, la canule remonte, compromet la cicatrisation de la plaie et même le résultat définitif de l'opération; d'autres fois, elle tombe dans les fosses nasales ou l'arrière-gorge, et de là dans l'œsophage ou la trachée. Je l'ai vu provoquer des abcès au grand angle de l'œil, des ophthalmies, des érysipèles, des accidents nerveux qui m'ont obligé de l'enlever promptement. Dans d'autres cas malheureux, elle traverse la voûte palatine. J'ai constaté ce résultat chez un homme

opéré trois fois par M. Velpeau, et chez lequel j'ai appliqué le fer rouge. Chez une dame que m'a envoyée M. Vernois, médecin des hôpitaux, la canule a été extraite aussi par cette voie (1). J. Cloquet, Lisfranc, Bourjot Saint-Hilaire, ont vu des faits semblables. (Voy. Thèse de M. Malgaigne et celle de Darcet.)

La canule s'oblitére très souvent. On en a trouvé qui étaient remplies de tabac, et même de concrétions pierreuses. Fl. Cunier en a extrait bon nombre qui se trouvaient dans ce dernier cas. (Voy. mon mémoire cité sur les *Dacryolithes* et les *Rhinolithes*, dans les *Annales d'oculistique*.) J'en ai vu aussi quelques cas. Parmi ceux rapportés par Cunier, j'ai surtout remarqué le suivant (la canule est représentée dans la fig. 32.)

« La canule extraite, dit-il (*Annales*, vol. IX, p. 23), avait 11 lignes 1/2 de longueur; son bourrelet avait 2 lignes 1/2 de diamètre. L'orifice en était entièrement oblitéré par une masse qui s'épanouissait sur le bourrelet, en forme de champignon. Cette masse était constituée de plusieurs couches superposées; sa surface était inégale, plus élevée à sa circonférence qu'à son centre; ses

Fig. 32.



(1) Voici la note que M. Vernois a eu l'obligeance de me remettre : « Madame C... se fit opérer en 1837 par Sanson d'une fistule lacrymale gauche. On plaça une canule. Le lendemain de l'opération, la malade éternua et fit ressortir en partie la canule. On la réintroduisit avec peine, et la malade alla pendant plusieurs jours de suite voir Sanson, qui lui imprimait des mouvements de pression assez violents. La malade pense que la canule avait fait fausse route. Elle ajoute que Sanson lui avait dit que les voies naturelles étaient oblitérées, et qu'il avait été obligé d'attaquer un os pour placer la canule et lui faire un chemin.

» En 1846, c'est-à-dire neuf ans après, madame C... sentit comme un bouton très dur qui faisait saillie au côté gauche du palais. Elle alla voir M. Pernet, son dentiste, qui fit une incision assez étendue et extirpa la canule. Aucun accident n'a suivi cette extirpation. La cicatrisation de la petite plaie s'opéra rapidement.

» Aujourd'hui (juin 1853), on voit encore la trace de cette opération. Aucun désordre n'a eu lieu dans les parties qui s'étendent à gauche, du sac lacrymal au palais.

» L'oblitération des conduits lacrymaux est complète. Les larmes coulent un peu sur la joue. La malade est obligée de s'essuyer souvent; mais ces larmes sont très peu abondantes.

» La canule a été extraite en deux morceaux; je vous les envoie... »

J'ai vu la malade en septembre de la même année, et je lui ai conseillé de ne rien faire contre son larmolement qui, bien que les conduits soient entièrement oblitérés, est parfaitement supportable. La capsule était assez petite de diamètre; les deux morceaux sont tordus sur eux-mêmes.

bords, endommagés pendant l'extraction, se repliaient sur le col de la canule. Irrégulièrement ronde, sur un diamètre de 3 lignes 1/2, elle était épaisse d'une ligne à sa partie supérieure ainsi qu'en bas, et de moitié plus étroite dans sa portion transverse. Elle était d'un gris cendré, mêlé de stries jaunâtres constituant des espèces de canaux qui la parcouraient. Dure, pierreuse, elle pesait, détachée de la canule, ce qui n'eut lieu qu'avec difficulté et en la cassant à ras de l'orifice, 1 grain 1/10.

» Le conduit de la canule se trouvait rempli, sans cependant être oblitéré, jusqu'à son extrémité nasale, par la même concrétion.

» L'analyse qui a porté sur la portion renfermée dans ce conduit, et sur un fragment de la portion qui existait dans le sac, a démontré à M. Pasquier que le calcul se composait surtout de carbonate de chaux avec traces de phosphate de chaux et de chlorure de sodium. Il se proposait d'opérer sur le calcul entier et de vérifier ses premiers résultats, mais je n'ai pu me décider à le lui livrer..... »

Il faut encore compter dans ces accidents de la dilatation permanente, ceux qui dépendent de l'opérateur; ainsi les fausses routes dans le sinus maxillaire, à travers l'unguis, entre la muqueuse et l'os, etc.

Pourtant, quelque défectueux qu'il soit, ce procédé a aussi ses avantages: entre autres celui-ci, que les malades sont guéris immédiatement et quelquefois pour longtemps de leur tumeur lacrymale et de leur larmolement, et ne risquent, en définitive, qu'une chose, c'est qu'on soit obligé d'enlever la canule au premier signe d'inflammation, et de recourir ensuite à un autre procédé.

J'ai suivi bien souvent et j'emploie encore quelquefois ce procédé, et, mécontent des résultats que j'ai obtenus, j'en suis revenu, lorsque j'espérais encore pouvoir rétablir les voies lacrymales, à la dilatation par celui de Petit, avec les modifications que j'ai indiquées plus haut; mais je dois dire que je n'ai pas encore été satisfait et qu'il m'a fallu en définitive, et le plus souvent, oblitérer les voies lacrymales.

Cautérisation.

La cautérisation du canal de l'urètre, selon les indications de Ducamp, a donné l'idée à quelques chirurgiens de pratiquer des

cautérisations dans le canal nasal. Heister, le premier, selon M. Velpeau, avait conseillé d'employer dans ce but le nitrate d'argent; mais cette méthode était complètement oubliée, lorsque, en 1822, M. Harveng essaya de la remettre en honneur, et, en 1828, écrivit un mémoire sur son procédé (1).

M. Harveng ouvre le sac comme on le fait d'ordinaire, et porte sur le point malade un cautère rougi à blanc ou une mèche enduite de nitrate d'argent, qu'il introduit de haut en bas à travers une canule.

D'autres chirurgiens, comme MM. Deslandes et Bermond, ont modifié de diverses manières le procédé du chirurgien de Manheim, mais sans en tirer un grand avantage. M. Gensoul, cependant, cautérise le canal nasal avec de bons résultats, en introduisant par les narines ses sondes courbes changées en porte-caustique.

Comme dans les rétrécissements des parties malades, la cautérisation me paraît ne devoir être considérée que comme un moyen auxiliaire, je ne la pratique jamais sans avoir préalablement dilaté le sac lacrymal par le procédé que j'ai décrit plus haut. Le porte-caustique gradué et la sonde creuse représentés page 376 remplissent parfaitement le but.

Compression.

C'est un moyen presque tombé dans l'oubli; cependant, comme il conserve encore quelques partisans, il ne sera peut-être pas inutile d'en dire quelques mots ici.

On ne peut employer la compression qu'assez rarement; on la réserve presque exclusivement aux cas de tumeur lacrymale dans lesquels le sac, trop dilaté par la présence du pus ou des mucosités, a perdu son élasticité, et ne peut plus revenir sur lui-même, après que l'on a fait disparaître l'obstacle au cours régulier des larmes. C'est donc un moyen auxiliaire que l'on met en pratique lorsqu'une récidive est imminente par suite des conditions dont nous venons de parler, et d'où peut dépendre, selon ceux qui en vantent l'emploi, le succès de l'opération la mieux faite.

(1) Harveng, *Mémoire sur l'opération de la fistule lacrymale et description d'une nouvelle méthode opératoire* (Archives générales de médecine, t. XVIII, année 1828).

On peut encore appliquer la compression dans le cas de tumeur lacrymale simple, lorsque par la pression cette tumeur se vide aisément dans les narines. Il est bon, pour s'éclairer convenablement, de rechercher à l'aide du stylet introduit par le point supérieur, et la nature de l'obstacle, et surtout si le mal ne proviendrait pas de quelque affection des os. Dans ce dernier cas, évidemment, la compression ne serait pas indiquée, et l'on se garderait bien d'y recourir.

S'il n'y a qu'une tumeur lacrymale simple, on associera avec beaucoup d'avantage la méthode des injections et du cathétérisme à la compression; mais en ce qui touche les injections, on aura soin, ainsi que nous l'avons recommandé plus haut, de pousser le liquide avec précaution et même de soutenir le sac avec le doigt par une pression légère afin d'éviter une distension plus grande qui finirait par donner à la tumeur un volume plus considérable.

Si l'on a opéré une tumeur lacrymale volumineuse dans laquelle la distension de la peau et du sac soit devenue fort grande, on doit sans hésiter retrancher un lambeau de ces parties, non pas avant de fermer l'ouverture artificielle lorsqu'on aura rétabli le cours des larmes jusque dans la narine, mais immédiatement et avant tout pansement; on évite ainsi la reproduction du mal, et dans tous les cas on n'a pas à recourir plus tard à la compression. On trouvera plus loin un fait dans lequel nous avons cru devoir agir de cette manière. (Voy. fig. 37.)

La compression est de date fort ancienne; elle était encore en honneur dans le siècle dernier. Le célèbre J.-L. Petit l'a beaucoup recommandée, et a présenté à l'Académie des sciences en 1745 (*Mémoires*, p. 152) la description d'un bandage compressif imaginé par lui. Le bandage de Heister, cependant (1), paraît avoir moins d'inconvénients. C'est une branche d'acier dont une extrémité, garnie d'une pelote, prend un point d'appui sur le sac et l'autre sur le crâne ou sur le front. Une bande fixe la branche d'acier autour de la tête. Je ne connais guère que M. Alessi, de Rome, qui emploie encore la compression aujourd'hui. Son bandage a quelque ressemblance avec celui de J.-L. Petit. Autant que j'en ai pu juger par le dessin qu'il m'a fait voir, c'est une bande d'acier flexible qui s'attache solidement sur la tête en l'entourant, et sur laquelle, au moyen d'un mécanisme particulier,

(1) Guérin, *Traité sur les maladies de yeux*, 1769, p. 163.

deux tiges garnies de pelotes destinées à comprimer le sac viennent prendre un point d'appui. Ce bandage peut être employé dans les tumeurs simples ou doubles, à volonté; sous ce rapport, il fait voir l'esprit ingénieux de son auteur.

On a encore recommandé de comprimer le sac avec le doigt; et en vérité on ne peut garder son sérieux quand on songe au genre de supplice infligé au malade s'il s'agit de faire une compression permanente. Recommander de vider le sac est certainement tout ce que l'on peut faire. D'autres font la compression à l'aide de compresses graduées et de bandes, mais cet échafaudage ne tient pas en place et gêne singulièrement les malades.

Quel que soit le bandage, quelles que soient ses qualités, comment espérer qu'un malade atteint d'une tumeur lacrymale, affection qu'on peut à la rigueur rendre moins gênante par une pression répétée, se soumette à porter jour et nuit, plusieurs mois de suite, un appareil semblable! Et pourtant il s'en est trouvé qui l'ont porté deux années!

Un pareil inconvénient suffit, à notre sentiment, pour rejeter complètement le moyen; cependant on en a noté bien d'autres que voici:

1° Le bandage même le mieux fait se dérange, ou au moins est dérangé par le malade. Il ne s'agit pas seulement ici de celui composé de compresses graduées, mais encore de tous les autres, parce qu'il est impossible au patient de supporter longtemps sans en souffrir la compression du front nécessaire au point d'appui.

2° Si le bandage est appliqué dans un cas où le sac se trouve fermé à l'orifice supérieur du canal, ou que celui-ci soit oblitéré complètement ou en très grande partie, au lieu d'affaïsser la tumeur on la distend davantage, parce que les larmes s'y accumulent et qu'elles pressent sur le sac dans un point où la pelote exerce une compression plus faible.

3° Lorsque l'on a eu recours à la compression pendant un temps fort long, on est exposé le plus souvent à la récurrence de la tumeur. J.-L. Petit l'a vue survenir après six mois, mais il est juste de dire que ce n'est pas lui qui avait appliqué le bandage. Il a essayé, en établissant une pelote plus élevée du côté des points, d'empêcher les larmes d'entrer dans les conduits; mais il fut obligé d'y renoncer, parce qu'il reconnut bientôt qu'il ne réussirait pas, et que son bandage, pressant sur l'œil, y occasionnait des douleurs insupportables.

4^o La compression longtemps continuée amène l'occlusion des conduits ou celle du sac. J.-L. Petit a vu une dame qui s'est trouvée dans ce cas après avoir porté un bandage pendant deux ans. Le larmolement ne devenait gênant que dans les temps froids. « C'est ce qui en impose, dit Petit; car quand ceux qui sont dans » ce cas *ont naturellement peu de larmes*, ils paraissent guéris, » quoi qu'ils ne le soient pas. » Mais qu'importe au chirurgien que cela en impose, si l'occlusion obtenue ainsi ou autrement met les malades dans un état fort satisfaisant ! Ne vaut-il pas mieux y recourir dès que les premiers moyens, par exemple les injections et le cathétérisme, ont échoué ?

§ II. Ouverture d'une voie artificielle aux larmes.

Lorsque le conduit nasal est fermé et que les moyens ordinaires demeurent insuffisants, quelques chirurgiens, et Woolhouse en particulier, ont, à l'exemple d'Albucasis, qui opérait ainsi, et d'Archigène, comme on le voit dans Aétius et Paul d'Égine, ouvert aux larmes une voie nouvelle à travers les os, qu'ils brisent ou auxquels ils font subir une perte de substance au moyen d'instruments particuliers ou même du fer rouge. On compte cinq procédés principaux : ce sont ceux de Woolhouse, Hunter, M. Reybard (de Lyon), M. Laugier et Wathen.

Procédé de Woolhouse. — Une incision semi-elliptique est pratiquée sur le sac lacrymal, qui est largement ouvert, et extirpé dans une grande étendue. La plaie est alors remplie de charpie et pansée pendant deux ou trois jours, puis le chirurgien, armé d'une tige pointue, l'enfonce de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière dans l'os unguis, et pénètre ainsi dans les fosses nasales. Une tente de charpie est ensuite introduite dans l'ouverture osseuse, pour l'empêcher de se fermer, et on la remplace un peu plus tard par une canule d'or un peu moins large à sa partie moyenne qu'à ses extrémités.

Procédé de Hunter. — Ce chirurgien a changé la tige pointue de Woolhouse contre un emporte-pièce destiné à faire éprouver à l'unguis une perte de substance. Une plaque de corne, introduite dans le méat moyen, donnerait, selon lui, un point d'appui convenable à la lame osseuse. C'est un procédé inexécutable et tombé

dans l'oubli. On le remplacera toujours avec avantage par le suivant.

Procédé de M. Reybard, de Lyon. — Là encore il s'agit d'attaquer l'unguis et de le détruire dans une grande étendue, afin de créer un canal artificiel conduisant directement les larmes aux fosses nasales.

L'instrument dont on se sert est une sorte d'emporte-pièce très ingénieux, composé de deux parties assemblées, mobiles l'une sur l'autre et parfaitement distinctes dans leur usage : l'une est une sorte de vrille qui, tout en traversant l'unguis, lui offre cependant un point d'appui ; l'autre est une canule tranchante avec laquelle on coupe l'unguis, ainsi que les membranes adhérentes.

M. Reybard exécute son procédé en quatre temps : dans le premier il ouvre le sac comme dans la méthode de J.-L. Petit ; dans le second, il introduit l'instrument dans le sac lacrymal ; dans le troisième, il fait pénétrer la vrille dans la cavité nasale, et dans le quatrième, il coupe l'unguis aussi largement qu'il le désire.

L'ouverture pratiquée se cicatrise sans le secours d'aucun pansement ; suivant l'auteur, elle ne serait pas susceptible de se rétrécir, encore moins de se fermer, ce qui équivaut, selon lui, à la guérison radicale de la fistule. (Voy. le journal de M. Malgaigne, année 1848.)

Procédé de M. Laugier. — Le chirurgien de l'hôpital de la Pitié conseille de faire pénétrer un trois-quarts dans le sinus maxillaire et de briser au besoin toute la paroi qui sépare le canal nasal du sinus, si la petite ouverture montre quelque tendance à se fermer.

L'idée de M. Laugier a été sévèrement jugée par Sanson, quand il a dit : « C'est une proposition qui n'a pas encore eu de suite ; et malgré la réserve extrême que l'on doit apporter en de pareilles matières, il est permis de faire observer qu'elle ne présente pas de grandes probabilités de succès (1). »

Ce procédé a cependant donné quelques bons résultats à son auteur. M. Laugier a ainsi, en 1834, guéri entre autres une femme de soixante-douze ans, atteinte à l'œil gauche d'une fistule lacrymale ; malheureusement il ne paraît pas que depuis ces vingt

(1) Sanson, *Dict. de médéc. et de chirurg. pratiq.*, t. VIII, p. 208.