

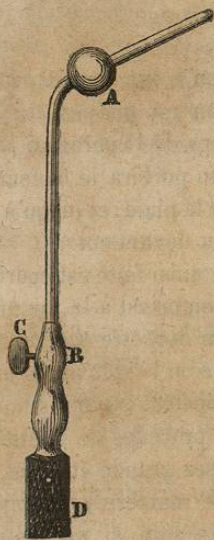
Lorsque tout est disposé pour l'application du fer rouge, on commence par écarter convenablement les lèvres de la plaie au moyen de deux érignes simples et dont la pointe a été préalablement émoussée, parce que si elle était acérée, on aurait du sang et il faudrait éponger de nouveau ou attendre.

Mais si après l'application de ces érignes simples on s'aperçoit que les lèvres de la plaie sont trop rapprochées vers les angles et qu'elles pourraient être touchées par le cautère, on les remplace par deux érignes assez semblables à deux petits râteaux et dont la figure 34 donnera une idée très exacte. Les pointes de ces érignes doivent être émoussées aussi pour ménager le malade et éviter un nouvel écoulement de sang.

Fig. 34.



Fig. 35.



On n'a plus ensuite qu'à cautériser.

L'instrument dont je me sers depuis cinq ans et que je n'ai pas eu besoin de modifier ressemble beaucoup à la tête de moineau d'Ambroise Paré; il est représenté dans la figure 35, à demi-grandeur environ. (La boule est un peu petite dans le dessin.) A est une boule de fer pleine servant de réservoir; la branche verticale est retenue en B par une vis C. Le manche de l'instrument est de corne et représenté par la lettre D.

La tige qui supporte la boule A est placée dans un fourneau, saisie avec une pince ordinaire quand elle est convenablement

chauffée et placée comme dans la figure au moment de l'opération. Le manche doit être enveloppé d'un linge mouillé pour que la chaleur ne se communique pas à la main.

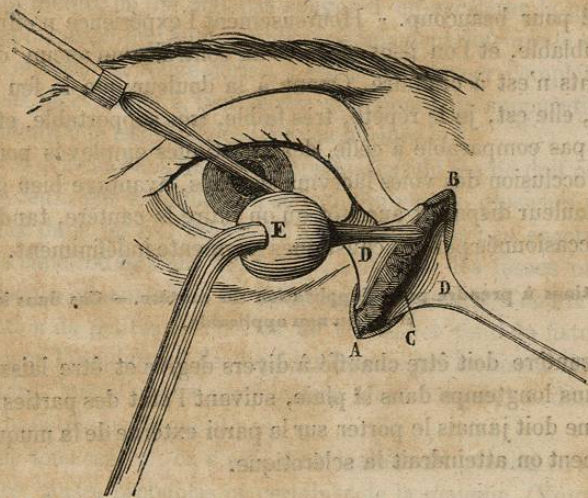
L'aide, placé derrière le malade, comme dans l'opération de la cataracte, appuie la tête de celui-ci contre sa poitrine, engage les érignes dans la plaie et glisse un linge mouillé entre l'érigne externe et la paupière. Il a soin de prendre un point d'appui avec ses deux mains sur les tempes du malade afin de suivre la tête du patient dans le cas de mouvements involontaires. Les mains du malade sont retenues par une autre personne.

Le chirurgien, placé à la gauche du malade s'il opère une fistule du côté gauche, s'étant assuré que le fond de la plaie est convenablement éclairé, saisit le cautère de la main droite et s'approche en prenant un point d'appui sur le poignet de sa main gauche. Il introduit rapidement le cautère dans la plaie, cautérise avec soin au-dessus du tendon, descend jusqu'à l'entrée du canal, puis se retire.

On dégage les érignes et l'on recommande au malade d'appliquer sur la plaie, d'abord des compresses d'eau froide, puis des compresses d'eau glacée ou de la glace jusqu'au lendemain.

La figure suivante représente fidèlement cette opération. La plaie est peut-être un peu trop grande; mais les instruments sont de grandeur naturelle.

Fig. 36.



A, angle inférieur de la plaie; B, angle supérieur; C, fond de

la plaie; D, ériges écartant les lèvres de la plaie; E, boule-réservoir du cautère.

L'application du feu est-elle très douloureuse?

Les chirurgiens savent tous à quoi s'en tenir là-dessus : le moyen est effrayant, il faut en convenir, mais il n'occasionne qu'une douleur véritablement légère; on a d'ailleurs le chloroforme pour les personnes pusillanimes.

Je me suis beaucoup occupé de cette question, et je suis certain que tous mes opérés, — ils le disent eux-mêmes, — ont eu plus de peur que de mal. Il faut cependant en excepter ceux qui, très effrayés au moment où j'approchais d'eux le cautère, se sont agités et ont ainsi occasionné la brûlure de la peau. Tous se plaignent des ériges et de l'incision, et disent que le feu, qu'ils craignaient le plus, leur a fait le moins de mal. Il n'y a donc pas lieu de partager les craintes de Guérin (1) qui, à propos de l'application du feu pour détruire l'unguis, s'exprime ainsi : « Comptez-vous pour rien l'idée affreuse que se font les malades du cautère actuel : la crainte que leur inspire l'usage d'un pareil moyen de guérison est capable de les déterminer souvent à supporter leur mal toute la vie. » Puis il se jette dans l'hypothèse pour justifier son horreur pour le cautère actuel, et ajoute : « D'ailleurs le feu peut faire escarre, détruire plus qu'on ne cherche à le faire, du muscle orbiculaire et de la peau des paupières : cet accident doit être compté pour beaucoup. » Heureusement l'expérience n'offre rien de semblable, et l'on peut affirmer au contraire qu'aucun de ces accidents n'est à craindre. Quant à la douleur que le feu occasionne, elle est, je le répète, très faible, très supportable, et n'est certes pas comparable à celle des caustiques employés pour obtenir l'occlusion des voies lacrymales. Puis, avantage bien grand, cette douleur disparaît aussitôt qu'on retire le cautère, tandis que celle occasionnée par les caustiques augmente indéfiniment.

Précautions à prendre pour l'application du cautère. — Cas dans lesquels il est ou non applicable.

Le cautère doit être chauffé à divers degrés et être laissé plus ou moins longtemps dans la plaie, suivant l'état des parties.

On ne doit jamais le porter sur la paroi externe de la muqueuse, autrement on atteindrait la sclérotique.

(1) Guérin, *Traité sur les maladies des yeux*, 1769, p. 144; note.

Lorsque l'on n'a affaire qu'à une tumeur lacrymale symptomatique d'un engorgement chronique du sac, sans aucune complication du côté des os, il est inutile de chauffer le cautère à blanc et de le laisser longtemps en contact avec les tissus malades. Dans ce cas il suffit du rouge-cerise et de promener rapidement le fer sur la muqueuse. Si l'on a fait une erreur de diagnostic, on ne tardera pas à la reconnaître, car la plaie ne se fermera pas, et l'on constatera alors une dénudation ou une carie plus ou moins étendue des os.

Au contraire, si l'unguis est à nu et que l'on constate surtout une carie de l'apophyse montante du maxillaire, le cautère est chauffé le plus possible et appliqué d'abord avec énergie sur les parties osseuses malades pour les détruire complètement ou au moins accélérer leur élimination par suppuration ou par nécrose. Presque aussitôt le fer passe au rouge-cerise, et alors seulement on le promène avec rapidité sur les parties molles. On a toujours soin, dans cette partie de l'opération, de porter le fer le plus haut possible, au-dessus du tendon divisé de l'orbiculaire, afin de détruire complètement la partie du sac lacrymal qui est en cet endroit, et qui, communiquant avec les conduits, ne tarderait pas, si elle était épargnée, à provoquer une récurrence. J'insiste sur cette précaution, parce qu'elle est des plus importantes.

Mais si la maladie des os est hors de portée, je veux dire dans le canal même, on ne doit pas songer à en accélérer la guérison par l'application du cautère; il faut simplement détruire le sac par le fer chauffé au rouge-cerise, c'est-à-dire fermer complètement les voies lacrymales à leur partie supérieure, la suppuration des os trouvant une issue facile dans les narines.

Il y a des cas dans lesquels l'application du feu ne doit pas être faite : ceux, par exemple, qui se compliquent de plusieurs trajets fistuleux dans les os, trajets ne communiquant pas encore, soit avec le canal ou le sinus maxillaire, soit avec les fosses nasales. En pareille circonstance, on doit toujours recourir d'abord à l'introduction de petites mèches ou de cordes, et tenir la fistule ouverte pour l'écoulement des liquides fournis par les tissus malades. Plus tard, lorsqu'une communication s'est établie, on détruit le sac si la fistule ne se guérit pas.

Dans tous ces cas, on s'aide d'un traitement général en rapport avec les causes probables ou certaines de la maladie. (Voyez plus loin *Récurrences*, p. 410.)

Une application pratique du cautère actuel pendant ces cinq dernières années m'a beaucoup appris, et je crois bien connaître maintenant la conduite que doit tenir le chirurgien dans cette opération.

Les premières fois que j'ai eu recours à ce moyen, j'ai été très timide ; mon incision était trop petite, la cautérisation du sac, beaucoup trop rapide, était incomplète ; j'obtenais bien une occlusion au niveau de la partie supérieure du canal, mais j'avais très souvent une récidive, parce que le tendon de l'orbiculaire me faisait obstacle et que je ne pouvais atteindre la partie du sac qu'il recouvre, encore moins celle qui est au-dessus.

J'allongeai mon incision en bas en contournant l'orbite ; j'y gagnai de ne plus toucher la peau avec le fer rouge et de pouvoir glisser mon cautère un peu plus haut sous le tendon.

Dans quelques cas j'obtins une guérison rapide, et je crus que mon procédé n'avait plus aucun changement à subir. Mais après quelque temps, je vis bien que l'incision était toujours incomplète, et je me déterminai enfin à diviser le tendon de l'orbiculaire. Quelques cas de suppuration de ce tendon dans l'application des caustiques, la nécessité de le couper en travers pour l'ablation de tumeurs orbitaires, m'avaient enlevé toute crainte. L'incision fut donc notablement agrandie aussi bien en haut qu'en bas ; je l'étendis jusqu'à 1 centimètre au-dessus du tendon et 2 centimètres au-dessous, comme dans la figure 33 (p. 401), et à partir de ce moment, qui date déjà de plus de trois ans, je n'eus plus de récidives dans les cas de tumeurs ou de fistules symptomatiques d'une affection des parties molles, sauf lorsque l'application avait été ou trop faible, ou trop énergique.

Cela me conduit naturellement à rappeler que j'ai dit plus haut comment on doit régler l'application du feu, et je n'y reviens ici que pour prévenir les praticiens qui voudraient l'employer, qu'ils pourraient, avec le fer trop rouge (ce qui m'est arrivé lorsque je suis devenu plus hardi dans l'application), provoquer une affection des os, une nécrose, cas dans lequel la maladie devient excessivement longue et exige alors une nouvelle application du feu, qu'on aurait pu éviter avec un peu plus d'expérience.

Remarques sur l'état des malades à partir du moment de l'opération.

Lorsque la peau n'a pas été touchée par le fer rouge et qu'il

n'est survenu aucun accident du fait du chirurgien, les opérés se trouvent dans les conditions suivantes :

Immédiatement après l'application du feu, toute douleur cesse pour ne plus reparaître. Il y a seulement dans le grand angle de l'œil, pendant la nuit et le jour suivant, une gêne légère et si supportable qu'elle ne trouble pas le sommeil.

Le plus souvent, à la visite du lendemain, on est presque surpris, — dans les premières opérations du moins, — de ne trouver aucun gonflement et de reconnaître que l'œil est ouvert et net comme de coutume. Les malades sont gais et ont de l'appétit. Dans quelques cas, cependant, les bords de la plaie sont rouges, un peu tuméfiés, et il y a un peu d'œdème dans le voisinage ; plus rarement encore la conjonctive est enflammée ; dans ce cas, la langue est un peu blanche et l'appétit à peu près nul. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, le gonflement diminue beaucoup et disparaît peu à peu.

Dans beaucoup de cas, dès le lendemain, la plaie est réunie par première intention ; mais comme la suppuration des parties cautérisées doit survenir bientôt, on l'ouvre à sa partie moyenne parce qu'en cet endroit la déclivité est suffisante et que l'on conserve l'avantage de pouvoir explorer avec le stylet, ce qu'on ne pourrait pas faire si l'on tenait ouvert l'angle inférieur de la plaie.

Du cinquième au dixième jour, la suppuration commence à s'échapper de la plaie et continue jusqu'à la guérison, que l'on n'obtient pas, dans les cas les plus heureux, avant le quinzième ou le trentième jour.

Si, passé ce temps, la plaie ne se ferme pas, on ne doit pas pour cela désespérer encore du succès, car j'ai vu après un mois et demi, deux mois même, toute suppuration disparaître et la plaie se fermer complètement (voy. *Récidives*, p. 410). Évidemment alors il y avait maladie des os.

Un fait remarquable, c'est qu'après la guérison la cicatrice de l'incision n'est pas visible, et que la peau conserve en cet endroit toute sa mobilité.

Remarques sur les accidents qui surviennent pendant et après l'opération.

Brûlure de la peau. — Lorsque l'ouverture pratiquée au grand angle est trop petite ou que le malade s'agite au moment de l'application du cautère, il peut en résulter une brûlure des lèvres de

la plaie. Cet accident est fort peu grave; mais j'ai remarqué, lorsqu'il arrive, que le lendemain de l'opération la plaie est tuméfiée, et qu'il y a un œdème plus ou moins marqué des paupières et de la joue. J'ai noté aussi, comme conséquence éloignée, une cicatrice visible, un peu blanchâtre et dure, et qu'on ne voit pas lorsque la peau n'a pas été touchée.

C'est pour éviter cet accident que j'ai fait construire les ériges dessinées plus haut, figure 34; elles protègent la peau convenablement dans toute l'étendue de l'incision, et ne laissent que les angles à découvert. Mais comme le cautère doit être porté dans l'angle supérieur, au-dessus du tendon de l'orbiculaire, sous peine de récurrence du mal, j'ai l'attention, pour ne pas toucher la peau, de porter d'abord le feu au centre de la plaie, puis, comme après le premier contact le malade devient calme, de remonter vers l'angle supérieur avec toute la lenteur et l'attention convenables. J'ai dit plus haut, et je crois devoir répéter ici, que ma main gauche est placée en travers sous le poignet de ma main droite, qui porte le cautère, et que l'avant-bras gauche prend aussi un point d'appui sur la face du malade, autant que possible sur la mâchoire supérieure et non sur l'inférieure, qui est mobile. Je trouve ainsi l'avantage certain de suivre les mouvements brusques de l'opéré et d'éviter l'accident qui nous occupe.

Érysipèle. — Accidents généraux. — Sur un nombre considérable d'opérés, je n'ai observé aucun accident sérieux. Deux femmes, cependant, m'ont donné un peu d'inquiétude: le lendemain de l'opération, elles avaient un érysipèle de la face, déjà assez étendu et accompagné de fièvre; mais heureusement ces accidents disparurent bien vite sous l'influence d'une émission sanguine, de boissons délayantes, du repos au lit et d'amidon appliqué localement. J'ai appris cependant de M. A. de Graefe, de Berlin, qui s'applaudit beaucoup de l'application de mon procédé, qu'il a observé un cas de péri-orbitite qui s'est heureusement terminé; et de M. Adolphe Richard, chirurgien des hôpitaux de Paris, qu'une femme opérée par lui à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Malgaigne, a succombé à la suite d'un érysipèle survenu aussitôt après l'application du fer rouge.

Voilà certainement des accidents qui m'auraient découragé si je les eusse observés lors de mes premières applications du cautère actuel; mais comme les opérations se sont multipliées à ma cli-

nique à ce point que depuis plusieurs années je ne tiens plus de notes, et que loin d'avoir de pareils faits à regretter je débarrasse mes malades de leur infirmité bien plus rapidement que par tous les autres procédés, j'en conclus qu'une opération qui n'est qu'exceptionnellement suivie d'accidents est bonne, et il paraît que M. A. de Graefe l'a jugée comme moi, car il m'a écrit qu'il a renoncé complètement à la dilatation, et qu'il compte déjà une trentaine de guérisons par mon procédé.

Ectropion inférieur. — Cet accident est impossible par l'application du feu, à moins qu'on n'ait affaire à une fistule qui l'aurait déjà produit, préalablement à l'opération, ou bien que l'on ait commis à la fois la double faute d'inciser la peau trop près de la paupière inférieure et de cautériser les lèvres de la plaie, de manière à en provoquer la suppuration.

Si l'ectropion préexiste à l'application du feu, la dissection de la peau sera faite aussi loin que possible, en dehors de la fistule, et, dès ce moment, la paupière sera convenablement redressée si, comme cela arrive habituellement, elle n'est qu'à demi-renversée à sa partie interne seulement.

D'une autre part, si l'on a, indépendamment de l'ectropion, un infundibulum au-dessous du tendon de l'orbiculaire, comme cela arrive si souvent à la suite des pansements nécessaires dans les procédés de dilatation, et quelquefois dans l'occlusion par les caustiques, le meilleur moyen de le faire disparaître, en même temps que la fistule qui le complique, sera de disséquer la peau le plus possible en dehors de la fistule et du sommet de l'infundibulum (voy. *Occlusion par les caustiques*, p. 414), et après avoir appliqué le feu, de donner issue aux liquides par la plaie que l'on aura faite.

L'application du fer rouge ne peut donc produire l'ectropion que par une maladresse de l'opérateur, et elle guérit l'infundibulum consécutif à l'emploi des moyens de dilatation.

Récidives. — Lorsque l'on a affaire à une tumeur lacrymale ou à une fistule entretenue par une inflammation chronique et rebelle des parties molles, on peut être certain de fermer les voies lacrymales par une seule application du cautère, si l'on a acquis l'expérience convenable pour cette opération.

Si la tumeur, préalablement examinée avec soin, ne présente

pas un volume trop considérable au dehors, et qu'après l'avoir ponctionnée, on trouve une sorte de cloaque très profond limité en avant par la peau, qui tombe affaissée après la sortie des liquides contenus dans la tumeur, on aura certainement une récurrence si l'on applique le cautère sans précaution et sans traitement préalable.

J'évite dans ce cas l'inconvénient que je signale en remplissant la tumeur de charpie tous les jours, jusqu'à ce que les proportions de la cavité qu'elle présente deviennent convenablement étroites, et que l'ouverture artificiellement faite ressemble à peu près, quant à la profondeur, à une fistule simple, ordinaire. Il se passe ainsi deux ou trois semaines, après lesquelles l'application du feu devient possible. Pour la pratiquer, il faut agrandir la plaie, qui s'est rétrécie malgré les précautions que l'on a pu prendre. Je me sers pour cela de ciseaux courbes assez forts et pointus; placé derrière le malade, la concavité de l'instrument étant tournée en dehors, j'agrandis la plaie en bas, d'un seul coup, et parallèlement au pourtour de l'orbite; puis venant me placer en face du patient, je glisse la branche dans l'angle supérieur de la plaie sous le tendon de l'orbiculaire, et j'incise de la même manière. J'ai toujours trouvé pour cela les ciseaux préférables au bistouri; leur action est plus prompte, plus sûre et l'incision toujours plus régulière.

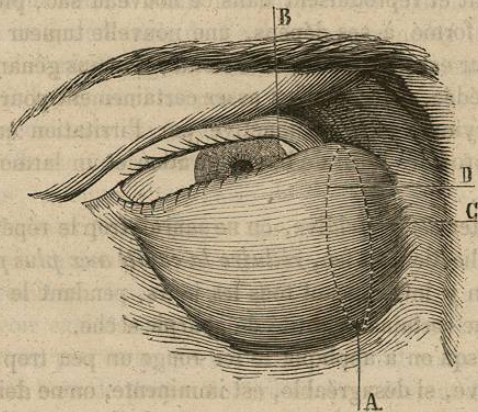
Mais si la tumeur présente un volume énorme, que la peau soit distendue, amincie, il n'y a pas à hésiter: on en enlève une partie convenable par une double incision, et l'on fait une perte de substance de la forme d'une feuille de myrte, en essayant toujours de conserver le plus possible de tissu cutané du côté de la paupière inférieure pour éviter l'ectropion.

C'est ainsi que j'ai dû agir chez un assez grand nombre d'individus, parmi lesquels j'ai surtout remarqué M. M..., âgé de cinquante-deux ans, et que j'ai opéré le 2 février 1850. Ce malade s'était aperçu du commencement de sa maladie, dix-huit mois avant cette époque. Il avait seulement dans le grand angle de l'œil une légère grosseur qui donnait des larmes sous la pression; il n'a rien fait pendant un an environ; mais à cette époque, la tumeur a été ouverte par son médecin, et elle s'est reproduite depuis, de temps en temps, à partir de ce moment. En examinant avec soin la surface de cette énorme tumeur, je reconnus qu'elle se vidait par une fistule très étroite établie en bas et en

dedans. Depuis près d'un mois elle ne s'était pas vidée; elle avait acquis plus que le volume d'un œuf de pigeon, entraînant en haut la paupière inférieure et recouvrant ainsi la moitié interne de la cornée et de la pupille. L'ensemble de la tumeur avait une couleur rouge brunâtre foncé; elle était indolore, fluctuante dans toute son étendue. La pression ne faisait rien sortir ni par les points lacrymaux ni par la fistule. Lorsque le malade regardait à gauche, à peu près dans l'étendue d'un quart de cercle, l'œil droit se trouvait masqué derrière la tumeur et n'était plus en rapport avec l'objet. Je pratiquai une large perte de substance dans la peau, et je trouvai dans le fond de la plaie un polype à peu près du volume d'une petite noisette, adhérent à la muqueuse du côté de la peau. L'onguis était dénudé dans une grande étendue. La plaie fut pansée avec un peu de charpie, et trois semaines après le cautère actuel fut appliqué. J'aurais dû attendre encore, certainement, car, après six semaines (il est vrai que l'onguis était dénudé) la suppuration était considérable au moment où le malade, embarrassé dans ses affaires, fut conduit à la prison pour dettes. Je ne l'ai plus revu depuis.

Voici le dessin, pris d'après nature, au moment de l'opération (fig. 37):

Fig. 37.



A, fistule; B, paupière inférieure masquée par la tumeur; C, D, points indiquant le lieu et l'étendue de la perte de substance.

Dans les cas de fistule simple, il n'y a aucune perte de substance à faire subir à la peau ; l'incision faite, on dissèque largement les lèvres de la plaie, et séance tenante ou le lendemain, ce qui est préférable, ainsi qu'on l'a vu plus haut, on applique le cautère actuel. Cependant il serait préférable, si l'on trouvait là une cavité trop grande, comme on en voit dans les fistules récentes et consécutives à ces énormes tumeurs dont nous venons de parler, il serait préférable, dis-je, de panser encore pendant quelque temps avec la charpie, et l'on éviterait ainsi, et à coup sûr, une récurrence qui, autrement, ne manquerait pas de survenir.

La récurrence de la maladie, après l'application du feu, dans le cas de tumeur ou de fistule lacrymale entretenue par une affection des parties molles, vient nécessairement de l'impossibilité d'étendre l'action du cautère à tous les tissus malades. En effet, non seulement les surfaces, dans le cas particulier, sont trop larges, mais le côté externe du sac, celui qui est en contact avec le globe oculaire, ne doit pas être touché par le fer rouge, de crainte d'accidents, que je n'ai d'ailleurs jamais eu à regretter.

Or voici ce qui arrive : cette partie externe du sac ménagée par le feu est encore en communication, le plus souvent, avec les conduits lacrymaux ; son bord antérieur et son bord postérieur, entraînés l'un vers l'autre en dedans par suite de la destruction du côté interne du sac, se rapprochent bientôt, et tout aussitôt des liquides s'accumulent et reproduisent dans ce nouveau sac, plus petit que l'ancien et formé à ses dépens, une nouvelle tumeur lacrymale. Cette tumeur est plus petite, sans doute, et moins gênante que celle qui l'a précédée, mais elle l'est assez certainement pour agir sur la glande lacrymale et la conjonctive par l'irritation qu'elle occasionne, et produire ainsi de la suppuration et un larmolement très incommode.

Pour éviter cette récurrence, on ne saurait trop le répéter, il faut, avant l'application du feu, *réduire la cavité aux plus petites proportions*, en y introduisant tous les jours, pendant le temps convenable, une certaine quantité de charpie sèche.

Mais lorsqu'on a appliqué le fer rouge un peu trop tôt, et que cette récurrence, si désagréable, est imminente, on ne doit pas hésiter, non à cautériser de nouveau avec le feu, mais à introduire dans la plaie, à diverses reprises et à quelques jours d'intervalle, gros comme une tête d'épingle de chlorure de zinc. J'ai eu quelquefois recours à ce moyen, et le sac a été bientôt détruit en to-

talité et la guérison parfaite. L'azotate d'argent, dans ce cas, est le plus souvent infidèle.

Dans la tumeur et la fistule compliquées de dénudation ou de carie des os, la récurrence est fréquente, et le diagnostic étant fait, je préviens toujours les malades qu'une application du fer rouge sera très probablement nécessaire. Ménager les lèvres de la plaie est un point surtout indispensable dans ces cas, parce que la suppuration sera longue et que la peau ne doit subir aucune perte de substance pour recouvrir complètement et sans difformité, la région du grand angle de l'œil.

C'est pour remplir cette indication qu'il est indispensable ici, avant comme après l'application du feu, de s'abstenir absolument de toute introduction de mèches ou d'autres corps étrangers. On laisse la plaie suppurer, et tous les jours le médecin ou le malade en écarte les lèvres pour laisser s'échapper les liquides qui peuvent y être renfermés.

On se garde bien, dans tous les cas, de laisser la plaie se réunir, *tant que le fond ne remonte pas jusqu'au niveau de la surface cutanée*, et que l'on y voit un liquide transparent constitué par les larmes et chargé quelquefois de mucosités ; autrement on aurait encore affaire à une tumeur lacrymale, au moment même où l'on croyait avoir obtenu une guérison complète.

Il m'a fallu, dans des cas rebelles, jusqu'à trois cautérisations par le feu, pour obtenir enfin une disparition complète de toute suppuration au grand angle de l'œil et pour ramener les choses à l'état de larmolement simple. Ce larmolement, sur lequel on s'est expliqué plus haut, diminue peu à peu à mesure que l'excitation des agents sécréteurs des larmes disparaît et ne se montre plus que sous l'influence de causes extérieures. Chez une jeune fille, entre autres, atteinte d'une carie de l'ongle et de l'apophyse montante du maxillaire, j'ai eu une peine extrême à arriver au résultat. Trois cautérisations furent faites, la seconde trois mois après la première, la troisième le septième mois, et ce ne fut qu'après avoir excisé les conduits lacrymaux qui s'étaient dilatés et donnaient un peu de suppuration que tout fut enfin terminé.

Il n'est pas hors de propos de dire ici que, surtout dans les fistules compliquées, on ne doit pas se hâter de recourir à une deuxième application du fer rouge, et que j'en ai vu un assez grand nombre se fermer vers le deuxième ou le troisième mois, ce que j'ai dû rapporter dans les unes aux simples progrès de la