

femme chez qui, à la suite de l'enlèvement d'une tumeur de ce genre, la paupière était perforée de part en part, de telle sorte que même dans son abaissement complet, la malade voyait fort bien par cette ouverture. Voici le moyen qu'il met en usage depuis plus de quinze ans, et toujours avec le plus grand succès : on introduit le doigt indicateur gauche sous la paupière pour faire saillir la tumeur ; une lancette sert à l'ouvrir, on la vide par expression, et l'on introduit dans le kyste un crayon de nitrate d'argent fondu, qu'on promène sur les points de sa surface interne. Tout le traitement se réduit à cela ; on lotionne avec de l'eau fraîche, et au bout de huit jours la guérison est complète.

---

## ARTICLE IX.

DES TUMEURS ET DES FISTULES LACRYMALES. — DIMENSIONS DES VOIES LACRYMALES. — DE LA MÉTHODE DE TRAITEMENT ADOPTÉE PAR M. DUPUYTREN, ET DE SES RÉSULTATS.

La maladie qui produit la fistule lacrymale se manifeste sous deux formes très distinctes, qui dépendent de ses degrés successifs de développement, et que l'on confond à tort, dans le langage ordinaire, dit M. Dupuytren, sous la même dénomination. Tant qu'il n'existe pas d'ouverture qui établisse une communication du sac lacrymal à l'extérieur, il ne saurait y avoir une fistule ; mais on observe alors une dilatation plus ou moins considérable de ce dernier, qui constitue la *tumeur* lacrymale : c'est la première période de la maladie ; la perforation du sac ou la *fistule* en est la seconde.

La tumeur lacrymale naît et s'accroît ordinairement d'une manière presque insensible. Ce n'est d'abord qu'un gonflement à peine appréciable, situé au dedans et au-dessous du grand angle de l'œil, au-dessous et en arrière du tendon direct du muscle orbiculaire des paupières. Circonscrite, sans

changement de couleur à la peau, exempte de douleur, cette tumeur se vide aisément au début, lorsqu'on la presse, soit par le reflux de la matière qu'elle contient à travers les points lacrymaux, soit, ce qui est moins commun, par l'écoulement de cette matière dans la narine. L'épiphora qui accompagne ses premiers développements devient de jour en jour plus considérable, et la totalité des larmes finit par se répandre sur la joue. L'œil du côté malade est constamment rougeâtre, sa conjonctive présente une légère injection, et ses paupières sont manifestement tuméfiées, surtout à leurs bords libres, qui, le matin, se trouvent collés l'un à l'autre par une matière tenace et jaune, fournie par les follicules irrités de Meibomius.

La maladie peut se prolonger beaucoup sous cette forme, sans faire de grands progrès ; mais une époque arrive enfin où les parois de la tumeur s'amincissent, où elle ne se vide plus par la pression, où de la chaleur et de la douleur se font sentir à la région qu'elle occupe, où enfin sa surface rougit et s'enflamme. Souvent l'inflammation s'étend à la totalité des paupières, à la joue, au nez, et jusque sur le front. L'œil devient rouge ; le liquide qui le baigne et qui se répand sur la joue acquiert plus de chaleur et d'âcreté. La tumeur offre l'aspect d'un phlegmon aigu ; de la fluctuation s'y fait sentir, et elle s'ouvre enfin au-dehors. A cette époque, l'épiphora diminue chez la plupart des sujets, les larmes trouvant, par l'ouverture anormale du sac, un écoulement que le canal nasal ne leur permettait pas auparavant. Le liquide rendu par la fistule offre un mélange de larmes et de mucosités purulentes. Dans beaucoup de cas, la persistance de la phlegmasie entraîne la désorganisation des tissus affectés et l'extension de la maladie aux parties voisines. Des végétations se développent dans le trajet fistuleux, des duretés calleuses en garnissent les bords ; la membrane muqueuse du sac et du canal nasal se ramollit, devient fongueuse, se détruit même dans une étendue variable, et le périoste partageant cette destruction, l'os unguis et même des portions voisines de l'os maxillaire sont mises à nu et cariées au fond de la fistule.

Cette carie n'attend pas toujours pour être formée que la maladie soit arrivée au degré que nous venons de décrire; quelquefois on l'observe avant même que la tumeur lacrymale ait été perforée, et par conséquent avant l'existence de la fistule. Nous en avons actuellement sous nos yeux un exemple dont nous rapporterons bientôt l'histoire.

A l'exposé que nous venons de faire de la marche de cette maladie, vous reconnaîtrez aisément ses caractères et les signes sur lesquels en est fondé le diagnostic. Nous ne parcourons pas les diverses parties de ce sujet; notre tâche n'est pas de faire un traité chirurgical de chaque spécialité, mais bien de vous exposer les considérations pratiques les plus importantes que nous suggèrent les faits soumis à notre observation. Nous dirons néanmoins quelques mots de la cause de la lésion primitive du sac lacrymal, origine de la maladie. Scarpa la place dans le flux palpébral, considérant ainsi l'affection du sac lacrymal comme toujours secondaire à la phlegmasie des paupières. Suivant lui, le liquide purulent, porté dans les voies lacrymales, les irrite, les enflamme; plus tard, le sac ou le canal nasal s'ulcère, se perforé, et enfin les parties osseuses voisines finissent par s'altérer. Ce sont là les quatre degrés établis par le célèbre professeur de Pavie. Mais des recherches plus récentes ont prouvé que les voies lacrymales, comme tous les conduits excréteurs, doivent la plupart de leurs maladies à la lésion de la membrane muqueuse qui les tapisse. Un point quelconque de cette muqueuse est-il enflammé, soudain le tissu fibro-celluleux extérieur devient le siège d'une congestion active qui rétrécit d'autant l'aire du conduit intérieur. Cette coarcture devenant elle-même une cause permanente d'irritation, l'afflux sanguin augmente bientôt, les tissus vivement enflammés se ramollissent, puis s'ulcèrent, et la fistule s'établit. Le canal de Sténon, l'urètre, le rectum, le cœcum, l'œsophage, etc., fournissent fréquemment des exemples irrécusables de cette espèce d'étiologie. Toutes les causes, par conséquent, propres à entretenir une irritation permanente sur l'œil, les paupières ou la membrane muqueuse des cavités nasales,

sont aussi les causes éloignées des tumeurs lacrymales. C'est ainsi qu'on les voit se manifester fréquemment chez les personnes blondes, pâles, dont la conjonctive est habituellement injectée, les bords des paupières rougeâtres, chassieux; qu'elles surviennent à la suite de la rougeole, de la variole, de la scarlatine, qui laissent si souvent de l'irritation dans l'appareil oculaire et aux rebords palpébraux; que des dartres répercutées, d'anciennes affections vénériennes, l'état scrofuleux de la constitution, en favorisant le développement et la persistance des inflammations oculo-palpébrales, occasionnent aussi celles des voies lacrymales, et par suite la manifestation des tumeurs et des fistules qui en sont le résultat. Des causes toutes mécaniques, dit M. Dupuytren, peuvent déterminer aussi la tuméfaction du sac lacrymal et ensuite son érosion. Nous avons observé chez un sujet l'absence congéniale du canal nasal; le sac était perforé; le malade fut guéri par l'établissement d'une route artificielle aux larmes.

On ne lira pas sans intérêt les recherches qui ont été faites par M. Dalmas, dans le service de M. Dupuytren, sur les cadavres d'un grand nombre d'individus, pour établir les dimensions des voies lacrymales; mais avant nous dirons quelques mots des anomalies trouvées par ce médecin distingué. Chez une femme, le sac et le canal nasal étaient séparés par un léger rétrécissement, au niveau duquel la muqueuse formait une valvule adhérente sur le côté interne du canal par un bord convexe inférieur, libre par un bord concave supérieur. L'orifice inférieur du canal nasal a été trouvé deux fois garni d'une valvule muqueuse ou d'un diaphragme qui en masquait l'ouverture du côté des fosses nasales.

L'oblitération d'une partie plus ou moins considérable du canal nasal n'est point, malgré l'assertion de Weller, une maladie incurable. Les deux observations que nous allons vous rapporter en sont la preuve; et quand bien même on ne parviendrait pas à rétablir le canal nasal à l'aide des moyens qui nous ont si souvent réussi, ne resterait-il pas encore la perforation de l'os unguis?

Obs. I. — *Deux fistules lacrymales avec absence du canal nasal. — Etablissement artificiel de ce canal à l'aide d'un trocart-canule. — Guérison.* — Mademoiselle Lise..., née de parents sains, et confiée aux soins d'une nourrice, fut affectée quinze jours après sa naissance de deux tumeurs phlegmoneuses qui s'abcédèrent à l'angie interne de chaque œil. Les yeux étaient larmoyants; un séton fut appliqué à la nuque à l'âge de deux mois. On consulta M. Wenzel deux ans après; il reconnut les deux fistules lacrymales, et malgré un traitement qui dura plusieurs années, et dont on ne put nous rendre compte, le mal persista.

Lorsqu'on présenta cette malade à M. Dupuytren, elle avait quinze ans, était bien réglée, et elle se trouvait dans l'état suivant: les deux yeux étaient rouges larmoyants; à l'angie interne de chaque œil existait une plaie fistuleuse; les narines étaient sèches. Un stylet introduit par les fistules rencontra à quelques lignes une résistance osseuse qu'on ne put vaincre.

D'après l'origine et l'ancienneté de la maladie, M. Dupuytren conjectura que le canal nasal n'existait pas. L'opération fut faite à gauche d'après les principes ordinaires; mais lorsqu'on voulut introduire la canule, on s'aperçut qu'elle ne communiquait point avec la fosse nasale correspondante. L'indication à remplir était de pratiquer un canal artificiel dans la direction de celui qui devait exister. Pour y parvenir, M. Dupuytren modifia d'une manière ingénieuse le trocart en lui donnant une courbure opposée à celle de l'arcade surciliaire; la canule et le mandrin furent fabriqués sur un modèle analogue.

Tout étant préparé, M. Dupuytren enfonça le trocart dans la première incision qui n'était pas encore cicatrisée; il surmonta la résistance que lui opposait la voûte osseuse, et jugea qu'il était arrivé dans la fosse nasale au sang que la malade rendait, au chatouillement qu'elle éprouvait dans la narine, et surtout à la sortie par la plaie de l'air et des mucosités lorsqu'on faisait moucher la malade. La canule fut ensuite placée comme à l'ordinaire.

Deux jours après, la malade sentit que la narine était humide; elle éprouvait le besoin de se moucher, ce qui jusqu'alors ne lui était arrivé que fort rarement. L'œil devenait plus clair, et n'était plus autant baigné par les larmes. Encouragé par ce succès, M. Dupuytren pratiqua la même opération à droite; elle fut également fort heureuse. La guérison, quoiqu'un peu retardée, parce que l'organisation des bords nécessita de les toucher à différentes reprises avec le nitrate d'argent, ne s'en fit pas moins bien, et mademoiselle L... retourna chez elle complètement rétablie.

Obs. II. — *Fistule lacrymale opérée sans succès par la canule. — Rétrécissement du canal nasal. — M. Dupuytren pratique un canal artificiel, replace la canule. — Guérison.* — La femme Mathieu (Marie-Caroline), âgée de vingt et un ans, mère de trois enfants, entra à l'Hôtel-Dieu le 11 juin 1833, et fut placée salle Saint-Jean, n° 28. Les traits de la face étaient peu développés. Elle avait depuis son enfance un larmolement continuuel de l'œil gauche. Un an avant son entrée, elle avait vu se former au grand angle de l'œil gauche une tumeur rouge, douloureuse, qui s'abcédait en donnant issue à un liquide purulent, abondant; cette tumeur s'était déjà reproduite plusieurs fois. Lorsque la malade vint à l'hôpital, la tumeur était encore sur le point de s'ouvrir; on donna issue à du pus qu'elle contenait à l'aide d'un coup de lancette. Bientôt après cette légère opération, la tumeur se referma d'elle-même; mais la malade, sachant bien qu'elle reparaitrait encore et demandant un moyen qui l'en débarrassât complètement, on prit le parti d'introduire une canule dans le canal nasal pour le dilater, et en le désobstruant, donner aux larmes un écoulement facile.

Le 17 juin, on fit pénétrer dans le sac lacrymal un bistouri; on glissa sur sa lame un mandrin portant une canule d'argent longue de douze lignes; mais cette introduction, qui dans tous les cas s'exécute si facilement, ne put ici s'effectuer de la même manière. M. Dupuytren s'aperçut immédiatement de la nature de l'obstacle; toutefois ne voulant se faire aucun reproche, et sachant toute l'innocuité de cette petite ten-

tative, il enfonça de nouveau, afin d'acquiescer une certitude entière, le bistouri un peu plus bas, et fit glisser dans une direction différente la canule qui s'appuyait sur le bistouri; cette seconde tentative fut infructueuse comme la première: ou arrivait toujours dans un cul-de-sac trop élevé pour que la canule pût être introduite dans ses deux tiers seulement. Afin de pouvoir se guider sur elle, et de pénétrer plus tard jusqu'à l'obstacle, on la laissa en place. Après ces tentatives, il resta bien prouvé que le canal nasal était obstrué au moins en partie. Quelquefois il arrive que par le rapprochement de ses parois dans les cas d'exostoses syphilitiques, le canal nasal se trouve oblitéré; ici rien de pareil n'existait. D'abord la conformation du nez chez cette femme, l'épiphora continué auquel elle était sujette depuis son enfance, ensuite l'absence de tous symptômes vénériens, l'annonçaient, quand bien même la face n'aurait pas été conformée comme elle l'était. Ne peut-on pas concevoir qu'un obstacle accidentel s'étant formé, il n'en soit résulté un épiphora qui aura empêché le retour des larmes par le canal?

Pour remédier à cet inconvénient, que M. Dupuytren a déjà vu exister trois ou quatre fois, il se servit du même moyen qu'il avait déjà employé pour rendre aux larmes une direction, sinon naturelle, au moins équivalente, à celle qu'elles avaient avant l'oblitération du canal lacrymal; ce fut de créer une nouvelle voie de communication au moyen d'un vilebrequin.

Le séjour de la canule avait occasionné un peu d'inflammation; elle fut bientôt maîtrisée par les émoullients. Le 24 juin, M. Dupuytren résolut de frayer une nouvelle route aux larmes. Avant d'en venir à l'opération, il tenta encore, sans succès, d'introduire la canule; celle qu'il employa avait deux lignes de moins que les précédentes, et il la dirigea plus en arrière que les deux premières fois. Trouvant toujours ce même cul-de-sac, il retira la canule, saisit le vilebrequin, tourna plusieurs fois et rapidement l'instrument sur lui-même, en pressant de haut en bas, puis le retira en mettant à sa place la canule, qui entra cette fois librement. Au

même instant sortirent par le nez quelques larmes et quelques gouttes de sang. On ne fit point souffler le malade en lui fermant la bouche et le nez, dans la crainte de déplacer l'instrument.

Une inflammation assez vive se manifesta au grand angle de l'œil, quoique l'opération n'eût pas été laborieuse: cette inflammation s'étendit bientôt jusqu'aux paupières et à la joue. Toutefois elle se dissipa au bout de deux jours au moyen des émoullients. Il restait encore une fistule par laquelle sortait du pus de bonne nature. Jamais, pendant plus de vingt jours qu'elle dura encore, elle ne fournit ni os ni pus qui annonçât une carie. Un peu de fongosité s'étant montrée à l'extérieur, on sonda la fistule, dont on trouva les parois formées par des bourgeons mollasses et sans tendance à l'adhésion. Pour changer cet aspect, on introduisit profondément un morceau de nitrate d'argent taillé en crayon. On fut obligé de revenir deux fois à cette cautérisation. Enfin la plaie extérieure commença à se fermer, et quoique le 8 juillet, jour où la malade sortit, elle ne le fût pas encore entièrement, elle ne donnait plus qu'une petite quantité de pus, preuve certaine du rétablissement du cours des larmes par le canal nasal artificiel.

M. le docteur Cousture a également constaté l'oblitération du canal nasal. La femme qui fait le sujet de cette observation avait eu une fistule lacrymale qu'on n'avait jamais traitée. L'oblitération existait à gauche; elle avait son siège tout près de l'extrémité inférieure et dépendait uniquement de la muqueuse. Le canal osseux, libre, avait sa direction ordinaire; celui de la muqueuse était à peine altéré dans sa partie supérieure, mais tout à coup il se terminait en cul-de-sac, cinq lignes au-dessous de son orifice supérieur. Ce cul-de-sac, formé par la muqueuse lacrymale, avait sa concavité dirigée en haut, et il était opposé par son sommet à un autre cul-de-sac à concavité dirigée en bas, et constitué par la muqueuse des voies lacrymales. Dans cet adossement, il était facile de distinguer à leur épaisseur différente chacune de

ces deux muqueuses; celle des fosses nasales avait plus du double de l'autre.

Voici maintenant le tableau des dimensions des voies lacrymales :

LONGUEUR du NEZ.		LONGUEUR du conduit lacry- mal supérieur.	LONGUEUR du canal lacrymal inférieur.	HAUTEUR du SAC.	LONGUEUR du CANAL.	DISTANCE de l'orifice infé- rieur du canal, au plan cher des fosses nasales.
pouc.	lig.	liges.		liges.	liges.	liges.
2	6	5	1/2	4	9	6
	22	5	1/4	4	7	7
	23	6		5	8	5
2	10	4		5	8	6
	22	5	1/2	4	9	5 1/2
	20	5		4	6	5
	21	4	1/2	5	6	4 1/2
	23	5	1/2	3	7	5

En prenant la moyenne, on a pour un nez de vingt-six lignes de la racine à la base et en négligeant la fraction :

5 lignes pour longueur du conduit supérieur.

5 lignes et une fraction pour longueur du conduit inférieur.

4 lignes et une fraction pour hauteur du sac.

7 lignes et une fraction pour longueur du canal.

5 lignes pour distance de son orifice inférieur au plancher des fosses nasales.

Il résulte donc de l'étiologie reconnue généralement aujourd'hui aux tumeurs et fistules lacrymales, que le traitement antiphlogistique doit être appliqué au début de la maladie. En effet, on ne doit pas perdre de vue qu'elles sont, ainsi que nous l'avons fait remarquer, la conséquence d'un état inflammatoire, ordinairement propagé, soit de l'œil et des paupières, soit de la membrane muqueuse du nez jusqu'au sac et au canal qui en sont le siège. Les moyens destinés à remplir cette indication suffisent fréquemment seuls, sans qu'il soit besoin de recourir à aucune opération.

A une époque plus avancée, lorsque toutefois la maladie est encore simple, qu'il n'existe au sac lacrymal qu'une di-

lataction médiocre, ou une perforation récente non accompagnée de callosités, de végétations fongueuses, de désorganisation de la membrane muqueuse, de carie aux os voisins, le traitement antiphlogistique, secondé par les révulsifs, les fumigations, etc., suffiront encore souvent pour obtenir une guérison solide; enfin la maladie étant arrivée à un tel degré qu'il faille nécessairement recourir à l'opération, il sera encore utile de faire subir au malade un traitement préparatoire antiphlogistique, s'il existe à l'œil, ou aux paupières, ou dans les tissus environnants, un degré considérable de phlogose.

Ce n'est pas seulement sur l'affection locale que le chirurgien fixera son attention, il devra encore rechercher avec soin les causes éloignées qui l'ont produite, et diriger ses investigations sur l'ensemble de la constitution du malade, sur ses affections antérieures. Est-elle l'effet de scrofules, d'un vice vénérien, de dartres répercutées, etc., il s'attachera à combattre les unes et à rappeler les autres à leur siège primitif, en même temps qu'il appliquera localement les moyens directs dont elle réclame l'emploi.

Dans les hôpitaux, on a assez rarement l'occasion de tenter la guérison de cette maladie par des moyens autres que l'opération. En général, les malades ne viennent demander des secours que lorsque la fistule est établie depuis long-temps, ou que la tumeur cache des désordres tels qu'il est urgent de l'ouvrir et de désobstruer le canal nasal.

Pour exécuter cette opération suivant le procédé de M. Dupuytren, le chirurgien n'a besoin d'être muni que d'un bistouri ordinaire, à lame étroite et à pointe solide, et d'une canule montée sur son mandrin, que nous décrirons plus loin; le malade doit être assis sur une chaise peu élevée et solide, vis-à-vis d'une fenêtre bien éclairée, la tête renversée en arrière contre la poitrine d'un aide, dont les mains la maintiennent immobile; le corps sera entouré d'un drap d'aîlèze qui enveloppera également les membres thoraciques. Le chirurgien s'assure alors, avant d'aller plus loin, de la situation exacte du rebord maxillaire de l'orbite près du grand

angle de l'œil. Il n'est pas rare de trouver ce rebord plus élevé ou plus bas, plus saillant ou plus déprimé qu'on ne le jugeait au premier aspect; et ces variétés pourraient tromper l'opérateur et faire manquer l'ouverture du sac. D'un autre côté, le tendon direct du muscle orbiculaire des paupières doit être également examiné avec soin, car sa disposition n'est pas non plus constante. C'est entre celui-ci qu'il faut laisser intact en haut, et le rebord maxillaire de l'orbite au-dessous duquel on ne trouve plus le sac, que l'instrument est plongé. On ne doit pas oublier ces principes élémentaires d'où dépend le succès de l'opération. L'observation suivante nous fera connaître le procédé adopté par M. Dupuytren depuis de longues années, procédé qui réunit la facilité de l'exécution à la sûreté et à la promptitude des résultats.

OBS. III. — *Tumeur lacrymale d'un côté, fistule de l'autre.* — *Moyens divers.* — *Adhérence des bords de la fistule aux os.* — *Organisation cutanée.* — *Opération.* — *Introduction de la canule.* — *Cautérisation des bords.* — *Guérison.* — Madame Daive, âgée de quarante-deux ans, demeurant à Sarre-Louis, vint à Paris dans le mois de mai 1821 pour consulter M. Dupuytren pour une tumeur lacrymale d'un côté, et une fistule de l'autre côté.

Il y a six ans que la malade s'aperçut pour la première fois que l'œil du côté gauche était larmoyant, qu'il se formait souvent à son grand angle une petite tumeur qui se vidait par la pression, et qui ne tardait pas à se reproduire. Cette dame avait un écoulement involontaire de larmes sur la joue; l'œil de ce côté était toujours chassieux, larmoyant, la narine toujours sèche. Cette petite tumeur augmenta bientôt de volume; la peau qui la recouvrait s'enflamma, s'aminçit; les paupières se tuméfièrent. Ces accidents la firent recourir aux soins d'un chirurgien, qui ouvrit de suite cette tumeur: du pus, des larmes, du mucus et du sang s'écoulèrent; la malade fut soulagée, l'inflammation tomba; mais à la tumeur succéda une fistule qu'il fallait guérir, et voici les moyens qui furent employés.

On fit d'abord des injections. Quoique continuées pendant

un temps assez long, elles n'eurent aucun résultat heureux. Ce premier moyen ayant échoué, on en essaya un second, c'est-à-dire qu'on tenta de faire passer dans les fosses nasales un ressort de montre. On fit des essais pendant plusieurs jours; leur inutilité porta à adopter le moyen suivant, dans l'intention de désobstruer par cautérisation les voies lacrymales. Un stylet rougi au feu fut introduit entre les lèvres de la fistule, et les cautérisa: du gonflement survint; au bout de quelques jours il diminua; bientôt les escarrés formés se détachèrent; des bourgeons charnus s'élevèrent; mais le chirurgien s'appliqua chaque jour à introduire, pendant quelques instants, un cylindre de nitrate d'argent poudré. Cette manière d'agir eut pour résultat l'agrandissement de la fistule, l'adhérence de ses bords aux os; les bords prirent une organisation cutanée; enfin on introduisit pendant long-temps une espèce de broche en plomb. Tous ces moyens, loin de guérir la maladie, l'avaient rendue presque incurable. Désirant trouver un remède à son infirmité, madame Daive se présenta chez M. Dupuytren; elle se trouvait alors dans l'état suivant:

Au grand angle de l'œil gauche existait une ouverture de trois lignes de diamètre; les bords tapissés par la peau amincie avaient pris l'organisation cutanée dont s'emparent toujours les ouvertures fistuleuses qui donnent passage à des corps étrangers. Par là s'écoulaient sans cesse des larmes qui venaient irriter l'œil, enflammer et excorier la peau de la joue.

Au grand angle de l'autre œil existait depuis quatre ans une petite tumeur, plus grosse pendant le temps humide, plus aussi le matin que le soir. Cette tumeur pouvait être facilement vidée par la pression; alors il s'écoulait par les points lacrymaux une matière purulente, muqueuse, mêlée à l'humeur des larmes; la narine de l'un et l'autre côté était sèche.

La guérison de la tumeur lacrymale était certaine, celle de la fistule pouvait être douteuse; la malade en fut prévenue, et l'opération pratiquée le 4 mai 1821 de la manière suivante.

La malade était assise sur une chaise placée vis-à-vis