

et percé à l'autre bout d'un œil propre à recevoir un fil. L'instrument était plongé dans le sac lacrymal, et dirigé le long du canal nasal. Lorsque l'opérateur l'avait fait arriver dans le nez, il poussait le stylet, et celui-ci étant courbé, tendait à se porter hors des narines, d'où il était tiré avec le fil destiné au placement de la mèche, qui était introduite de bas en haut.

Voici quelques-uns des procédés proposés pour tirer hors des narines le fil propre à faire ensuite remonter la mèche dans le canal nasal.

*Procédé de Desault.* Une petite incision est faite au sac; une sonde cannelée sert à désobstruer le canal. Un stylet est introduit, et sur ce stylet une canule. Le stylet étant retiré, on insinue le fil dans la canule, et le malade chasse le bout du fil hors du nez en faisant des efforts pour se moucher.

*Procédé de Pamard.* Un ressort de montre terminé d'un côté par un bouton, et présentant un œil à l'autre extrémité, est introduit par la canule; l'élasticité le porte naturellement vers les narines, d'où il est retiré, le fil est saisi, et l'on s'en sert pour l'introduction de la mèche.

*Procédé de M. Fournier (de Lempde).* Un grain de plomb est attaché à l'extrémité du fil glissé dans la canule, et l'entraîne.

*Procédé de Samson.* Une sonde cannelée sert à introduire dans le canal une corde à boyaux, que l'on remplace au bout de deux ou trois jours par un fil de soie, au moyen duquel on conduit le séton.

D'autres chirurgiens sont revenus au corps dilatant solide de J. L. Petit, sous des formes particulières. Ainsi Scarpa employait un clou de plomb, qu'il enfonçait dans le canal nasal (1, 2, 3, fig. 412); Ware, un clou d'argent; Larrey, un clou de corde à boyau recouvert d'une mouche de taffetas.

*Procédé de Méjean.* Un stylet long de 0<sup>m</sup>,15 à 0<sup>m</sup>,18, très-fin, terminé d'un côté par une extrémité arrondie, et de l'autre, percé d'un œil dans lequel on passe le bout d'un fil, est introduit par le point lacrymal supérieur. Si ce stylet ne peut pénétrer, Méjean lui en substitue un pointu. Lorsque l'instrument est arrivé dans les fosses nasales, une sonde cannelée, trouée à son extrémité, est conduite sous le cornet inférieur, et l'on tâche d'engager le stylet dans la cannelure, puis de le faire entrer dans le trou dont elle est percée; quand on y est parvenu, on retire la sonde, et le stylet sort avec le fil. Le bout supérieur du fil, roulé en peloton, reste sous le bonnet du malade. On laisse le fil sans y toucher pendant un ou deux jours, pour que le point lacrymal s'y habitue; au bout de ce temps, on attache à l'extrémité inférieure du fil une

mèche de coton enduite de basilicum, que l'on fait remonter dans le canal nasal. Cette mèche est garnie inférieurement d'une ligature qui sert à la tirer à chaque pansement. On la change tous les jours, employant chaque fois une longueur nouvelle du peloton de fil.

*Double plaque de Cabanis.* Une difficulté du procédé précédent est la sortie du stylet hors du nez. En vue de cette difficulté, Cabanis (de Genève) imagina un petit instrument formé de deux plaques trouées et mobiles l'une sur l'autre. On introduisait l'instrument sous la narine, et l'on engageait le stylet dans un des trous; on tirait ensuite sur l'une des plaques, et le stylet se trouvant pris entre les deux, était facile à retirer. Guérin, Desgranges et d'autres se servaient d'une érigne mousse pour aller chercher l'extrémité du stylet.

*Procédé de Cabanis.* Cabanis, outre la modification dont nous venons de parler, imagina de combiner le procédé de Laforest avec celui de Méjean. Un fil est passé par le point lacrymal supérieur: le bout nasal en est attaché à deux petites anses d'une sonde creuse appropriée au canal nasal, dans lequel on la fait monter en tirant sur le fil par en haut. Cette sonde ainsi placée sert à pratiquer des injections dans les voies lacrymales.

*Procédé de Laforest.* En 1739, Laforest, chirurgien de Paris, essaya de pénétrer dans les voies lacrymales de bas en haut. Bianchi avait eu cette idée en 1715; de La Faye l'avait exprimée dans ses notes au livre de Dionis, et, de l'aveu de Laforest, ce fut le passage de La Faye qui le conduisit à faire ses essais. Les instruments nécessaires pour cette méthode sont des sondes pleines, des sondes creuses et une seringue avec un long siphon. Les sondes sont courbées en arc de cercle, et adaptées au diamètre du canal. Le malade assis sur une chaise, la tête un peu renversée en arrière et maintenue par un aide, on porte une sonde pleine dans le nez, de bas en haut et de dedans en dehors, de manière à l'engager sous le cornet inférieur. Quand on y est parvenu, on fait décrire à l'instrument un demi-tour assez semblable à celui par lequel on introduit une algalie dans la vessie urinaire. L'extrémité nasale de la sonde doit glisser de bas en haut et de dedans en dehors, tandis que l'autre extrémité est portée en bas et en dedans. On sent que la sonde est dans le conduit lorsqu'elle ne peut plus vaciller. Par un mouvement de bascule et à l'aide de petites secousses, on la fait progresser jusque dans le sac. On la laisse pendant plusieurs jours; après quoi on la remplace par une sonde creuse, à travers laquelle on fait des injections aussi souvent et aussi longtemps que cela est nécessaire. Ce manuel opératoire, assez facile sur le cadavre, est



moins aisé sur le vivant, par suite du chatouillement pénible et des éternuements que la sonde détermine. En outre il y a des variétés individuelles dans la disposition des parties; le cornet inférieur est plus ou moins recourbé, et la cloison des fosses nasales peut être très-inclinée du côté malade.

Gensoul (de Lyon) a fait confectionner des sondes parfaitement adaptées au canal nasal, en prenant le moule de ce canal à l'aide de l'alliage fusible de d'Arcet.

*Procédé de M. Manec.* M. Manec a imaginé une sonde à dard, qui est introduite par le nez. Lorsqu'elle est arrivée dans le sac lacrymal, on pousse le dard, qui traverse la paroi antérieure de ce sac. Le dard porte un œil dans lequel on passe un fil, qui est retiré par en bas, et au moyen duquel on place une mèche.

M. Bowman a modifié le procédé de Méjean, en fendant les points et les conduits lacrymaux sur une sonde cannelée d'une ténuité appropriée aux parties. Il porte ensuite des sondes dans le canal nasal pour le désobstruer et le dilater. Ces sondes sont métalliques, en baleine, élastiques ou en laminaria digitata, algue marine susceptible de se gonfler et recommandée par M. Critchett. M. Giraud-Teulon préfère à la sonde cannelée une espèce de bistouri caché, semblable, en petit, au lithotome de frère Côme. M. Luer a proposé une lame tranchante mobile, comme celle de nos uréthrotomes. Si ces procédés de rétablissement du cours des larmes ne réussissent pas, on a recours à la cautérisation. En somme, il n'y a en cela de nouveau que la division des conduits lacrymaux, dont l'utilité reste à démontrer, quand on parvient à la pratiquer.

**2° Cautérisation.** *Procédé de M. Harveng.* M. Harveng proposa, en 1822, de cautériser le canal nasal avec un cautére actuel conduit à travers une canule, ou au moyen d'une mèche enduite de nitrate d'argent.

*Procédé de M. Deslandes.* Après avoir désobstrué le canal nasal à l'aide d'un mandrin ordinaire, on glisse à la place de ce dernier un instrument de la même forme portant deux rainures verticales remplies de nitrate d'argent fondu; on tourne l'instrument sur son axe, et l'on cautérise ainsi toute la circonférence du canal.

*Procédé de M. Bermond.* Un fil est passé à travers les voies naturelles, suivant la méthode de Méjean, qu'il y ait ou non fistule; à ce fil est attachée une sonde de cire, que l'on tire de bas en haut et avec laquelle on prend l'empreinte du rétrécissement. Cette sonde est retirée par le nez à l'aide d'un fil; on la remplace par une mèche enduite d'une pâte solide rendue caustique dans le point qui doit

correspondre au rétrécissement. C'est une illusion de penser que le caustique n'agira que sur le point malade; et il est peu convenable de faire passer un fil par l'un des conduits lacrymaux quand il y a une fistule par laquelle ce fil pourrait être introduit. S'il n'y avait pas de fistule, il serait encore préférable d'ouvrir le sac et de passer le fil par l'ouverture.

*Procédé de Gensoul.* Un petit cathéter est porté dans le canal nasal et reconnaît le siège du rétrécissement, que l'on attaque ensuite avec un porte-caustique. (Voy. *Oblitération des voies lacrymales.*)

**3° Incision du rétrécissement.** *Procédé de M. Stilling.* D'après un travail tout récent de M. Stilling, les rétrécissements siègent toujours dans le sac lacrymal, soit à l'embouchure des conduits lacrymaux, soit à l'entrée du canal nasal. Il les traite comme les rétrécissements de l'urèthre, c'est-à-dire par l'incision. Pour pratiquer cette opération, M. Stilling se sert d'une sonde de Bowman, n° 1, pour explorer le siège du rétrécissement, et d'un petit couteau dont la pointe, quoique arrondie, est très-tranchante. Cette lame a une longueur de 0<sup>m</sup>,013 et une largeur de 0<sup>m</sup>,003 à la base et de 3/4 de millimètre à la pointe. Elle est enfoncée par le point lacrymal et incise le conduit lacrymal jusqu'au sac. Si le rétrécissement siège à l'entrée du canal nasal, on y enfonce le couteau; puis on retire légèrement l'instrument pour l'enfoncer dans une autre direction; on fait ainsi trois ou quatre incisions. On se sert alors de la sonde pour s'assurer qu'il n'existe plus de rétrécissement.

La guérison est ensuite abandonnée à la nature; elle ne pourrait qu'être troublée par l'introduction journalière de sondes ou de corps dilatants.

L'opération n'est peut-être pas toujours aussi facile que le dit M. Stilling, mais elle mérite d'être expérimentée; elle le sera sans doute, car les cas où la méthode si vantée de Bowman reste sans efficacité sont trop nombreux pour ne pas engager les opérateurs à tenter l'incision avant de recourir à la destruction du sac lacrymal.

M. Jæsch, qui a été le premier à proposer l'incision des parties rétrécies, la fait avec un couteau différent, qu'il glisse sur une sonde cannelée. Après l'incision, il pratique la dilatation au moyen de sondes, ce que M. Stilling recommande d'éviter.

**4° Introduction d'une canule dans le canal nasal.** On ne confondra pas cette méthode avec celle qui consistait dans le