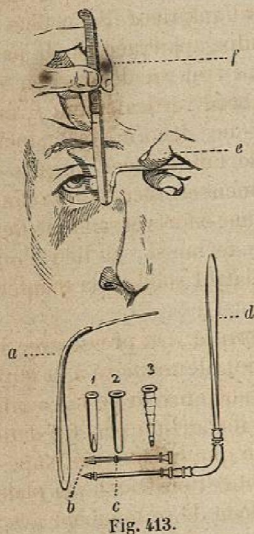


placement d'une canule à travers l'os unguis. Foubert est cité par Louis comme ayant mis plusieurs fois avec succès une canule à demeure dans le canal nasal, et de La Faye parle de cette méthode comme d'une pratique en usage de son temps. Blâmée par Louis, préconisée, en 1783, par G. Pellier, employée depuis longtemps à Strasbourg et en Allemagne, elle ne fut reprise à Paris qu'après les essais de Dupuytren. Elle a joui d'une grande vogue; mais on en voit mieux aujourd'hui les inconvénients.

Instruments. La canule de Pellier a deux bourrelets, l'un en haut, l'autre au milieu; celle de Dupuytren n'en a qu'un en haut. Quelques chirurgiens la terminent inférieurement en bec de plume, ce qui expose à déchirer la paroi du canal nasal (1, fig. 413). D'autres la préfèrent arrondie, 2; Gerdy en a fait construire une conique à cercles saillants, 3, pour l'empêcher de remonter. Lenoir en employait une plus étroite dans le milieu de sa longueur qu'à ses deux extrémités, dont l'inférieure, composée de plusieurs valves, se dilatait après son introduction, au moyen d'un pas de vis, et ne pouvait remonter. Dans la canule de Dupuytren, le bourrelet correspond à une rainure intérieure, dans laquelle s'engagent les saillies *b* d'un petit cône formé par deux branches métalliques élastiques, maintenues rapprochées par un anneau *c*. Si l'on veut retirer la canule du canal nasal, l'instrument *d* est introduit fermé



dans la canule; le rebord de cette dernière ne laisse pas pénétrer l'anneau *c*, qui glisse sur son manche et permet ainsi l'écartement des deux branches, qui se trouvent arrêtées par la rainure interne de la canule au moment où l'on vient à tirer à soi cette espèce de pince à engrenage d'un mécanisme vraiment ingénieux; il suffit, dès lors, d'un effort pour entraîner et extraire la canule. Celle-ci doit être solide et du métal le moins altérable: d'or, d'argent, de platine; on lui donne la longueur du canal nasal.

Pour introduire la canule, Dupuytren se servait d'un mandrin *a*, formé d'une tige montée à angle presque droit sur un manche; la tige du mandrin est moulée sur l'intérieur de la canule, dans laquelle elle s'engage supérieurement et qu'elle dépasse un peu inférieurement.

Manuel opératoire. On commence par reconnaître l'orifice supérieur du canal nasal. En général, le tendon du muscle orbiculaire, que l'on fait saillir en tirant les paupières en dehors, est une indication assurée, et c'est immédiatement au-dessous que se trouve l'orifice du canal. Le doigt reconnaît d'ailleurs, à moins de tuméfaction des parties molles, le rebord antérieur de ce dernier; il faut pour cela suivre de dehors en dedans la saillie orbitaire. On se rappellera que le canal nasal est oblique en bas et en dehors. Si les parties molles sont tuméfiées, on se guidera par comparaison sur le côté sain.

Premier temps. Incision du sac. Le doigt indicateur de la main gauche étant placé en arrière du rebord antérieur de l'orifice du canal nasal et déprimant l'œil par sa pulpe appliquée sur la paupière, un bistouri droit est porté, le tranchant en dehors, en arrière du rebord précité; on l'enfonce d'abord verticalement *f*, ensuite un peu obliquement, de dedans en dehors, le manche rapproché de la ligne médiane, et on le fait avancer jusqu'à ce qu'il soit arrêté. On reconnaît que l'instrument est bien dans le canal nasal à ce qu'il s'y trouve fixé solidement sans efforts et sans vaciller. Ce premier temps de l'opération serait le même si, au lieu d'une canule, on voulait introduire un corps dilatant solide à la manière de Petit, ou une mèche comme Lecat.

Second temps. Introduction de la canule. On presse avec le bistouri sur le bord postérieur de la plaie, de manière à la faire bâiller; on introduit par l'ouverture le mandrin revêtu de la canule *e*, et on retire le bistouri aussitôt que le mandrin a pénétré dans le canal; le mandrin est enfoncé jusqu'à ce que le bourrelet supérieur de la canule ait disparu, puis on le retire; on bouche la plaie avec le doigt, et l'on commande au malade de se moucher avec force; s'il sort du sang par la narine correspondante et ensuite un peu de sang mêlé d'air par la petite plaie, on est assuré que la canule est dans le canal. On met une mouche de taffetas gommé sur l'ouverture, qui est quelquefois fermée dès le lendemain.

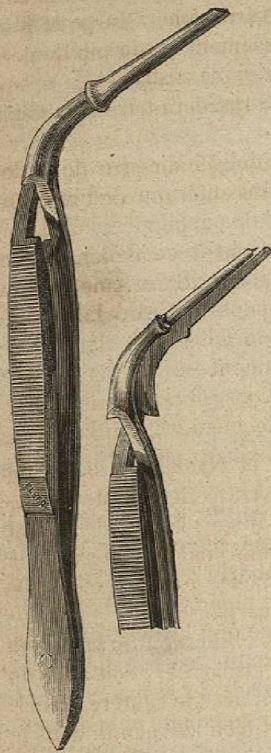
La canule peut être, avec plus de sûreté et de facilité, introduite sur un stylet; c'est le procédé que nous avons adopté.

Quand il existe une ouverture fistuleuse, on la comprend dans l'incision extérieure; si elle est trop éloignée, on ne s'en occupe pas, et elle ne tarde pas à se fermer.

La canule présente de nombreux inconvénients: elle irrite les parties, produit des érysipèles, des céphalalgies; elle remonte souvent. M. Darcet cite vingt-sept cas où l'on fut obligé de la retirer. On l'a vue plusieurs fois traverser la voûte palatine; elle peut se remplir, soit de tabac, soit de mucosités plus ou moins concrètes.

Cependant la canule agit, par l'issue qu'elle offre aux larmes et par la compression qu'elle exerce de dedans en dehors, sur les parois du canal nasal, et chez les personnes lymphatiques et peu irritables, le succès est souvent immédiat.

Extraction de la canule. On peut se servir d'une simple pince à disséquer ou de la pince à crochets de Dupuytren, décrite plus haut (d, fig. 413). M. Stœber se sert d'une pince à pression continue à branches entre-croisées et coudées, dont les extrémités terminales réunies représentent une tige conique à surface rugueuse. La tige est introduite dans la canule, la pince étant fermée; une pression sur les branches de la pince écarte les deux parties de la tige, qui prennent un point d'appui assez solide sur des parois internes de la canule pour permettre de l'enlever (fig. 414).



SCHWEITZER & LEVY SC.
Fig. 414.

C. FORMATION D'UNE VOIE ARTIFICIELLE. Une pratique fort ancienne et qui remonte aux Arabes, consiste à percer l'os unguis pour permettre aux larmes de s'écouler dans le nez. Cette méthode fut oubliée pendant plusieurs siècles, jusqu'à Woolhouse, qui la remit en honneur.

Procédé de Woolhouse. Une incision semi-elliptique est pratiquée au grand angle de l'œil; le sac est ouvert et extirpé. La plaie est remplie de charpie, et l'on attend deux ou trois jours pour

ne pas être embarrassé par le sang. Alors une tige pointue est enfoncée de haut en bas et de dehors en dedans à travers l'os unguis; une tente est introduite dans la plaie pour l'empêcher de se fermer, puis on y met une canule d'or un peu étranglée à sa partie moyenne. Scobinger, Monro et Boudou, cités par Velpeau, perçaient l'os avec un trocart. Ravaton le détruisait en partie avec une pince.

Procédé de Hunter. Hunter imagina un emporte-pièce qui perforait l'os unguis, pendant qu'une plaque de corne, introduite

dans le méat moyen, soutenait cette lame osseuse. C'est un procédé difficile, rajeuni par Reybard, et que nous ne citons que pour mémoire.

Procédé par le cautère actuel. Les chirurgiens qui, comme Dionis, appliquaient le cautère actuel sur l'os unguis pour l'exfolier, devaient souvent le perforer sans le vouloir. Scarpa et plusieurs modernes ont recommandé expressément ce moyen de perforation.

Gerdy a proposé de détruire toute la paroi interne du canal nasal.

Procédé de Wathen. Ce chirurgien conseille de faire de toutes pièces, avec un foret, un canal dans la direction du conduit naturel, et d'y placer une canule.

Procédé de M. Laugier. Se fondant sur un cas dans lequel M. Pécot pénétra malgré lui dans le sinus maxillaire sans qu'il en fût résulté d'accidents, M. Laugier a proposé de perforer de prime abord le sinus maxillaire, et de placer une canule dans l'ouverture.

D. OBLITÉRATION DES VOIES LACRYMALES. Les anciens détruisaient le sac lacrymal par les caustiques, et Nannoni a beaucoup recommandé cette méthode, que notre savant collègue, M. le professeur Stœber, a aussi préconisée. Le fer rouge, la pâte de Vienne et la pâte de Canquoin sont les meilleurs moyens de cautérisation. M. Magne, vers 1850, préconisa cette méthode, qui avait été à peu près abandonnée depuis les critiques de Scarpa.

Les uns cautérisent immédiatement après l'incision du sac, soit au moyen d'un petit spéculum bivalve (Desmarres), soit avec un stylet cannelé garni de nitrate d'argent, soit avec le cautère actuel. D'autres tamponnent le sac ou placent un clou de plomb dans le canal nasal, et terminent l'opération le lendemain, après que la plaie est devenue sèche, en y introduisant du beurre d'antimoine, de la potasse à l'alcool ou de la pâte de Canquoin. Ce dernier caustique mérite, à notre avis, d'être préféré aux autres, en raison de la facilité avec laquelle il peut être manié.

E. ABLATION DE LA GLANDE LACRYMALE. P. Bernard, Textor et quelques autres chirurgiens ont cru remédier aux accidents par l'ablation de la glande lacrymale. Cette opération ne guérirait certainement pas une carie de l'unguis ou du rebord orbitaire, mais elle supprimerait les larmes, et l'on ne sait pas encore très-exactement quelles en seraient les conséquences; mais on peut, *a priori*, les