

moins périlleuses : sur 44 opérés, M. Legouest n'a compté que 10 morts. Mais à mesure que l'on s'éloigne des premiers temps de la blessure, les chances de salut augmentent, surtout si l'opération est faite dans des conditions favorables : M. J. Roux a obtenu trois succès de suite sur des sujets dont la blessure remontait à cinq, six et onze mois.

SECTION TROISIÈME.

OPÉRATIONS SPÉCIALES.

CHAPITRE PREMIER.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES YEUX.

Nous traiterons successivement, sous ce titre, des opérations qui se pratiquent sur l'appareil lacrymal, sur les paupières, sur les muscles de l'œil ; des opérations de la cataracte et de la pupille artificielle ; et enfin de celles qui intéressent le globe oculaire entier.

La plupart ont ceci de commun que, quand on opère sur l'œil gauche, on se sert à merveille de la main droite ; mais pour l'œil droit, on recommande de tenir les instruments de la main gauche, chose souvent imprudente et toujours difficile. Quelques chirurgiens, pour échapper à cet inconvénient, ont fait fabriquer des instruments coudés, pour agir avec la main droite par-dessus la saillie du nez. J'ai depuis longtemps rejeté l'une et l'autre manière d'agir, et j'ai établi ce principe nouveau, qui me paraît d'une haute importance :

Dans tous les cas où il est conseillé de se servir de la main gauche, le chirurgien devra se placer en arrière ou à côté du malade, et agir toujours de la main droite.

Art. I^{er}. — Opérations qui se pratiquent sur l'appareil lacrymal.

1^o Extirpation de la glande lacrymale.

La glande lacrymale, située à la partie supérieure, antérieure et externe de l'orbite, se compose de deux parties fort distinctes ; l'une supérieure, plus considérable, de la forme d'une amande, occupe

la fossette lacrymale et est immédiatement recouverte par le périoste ; l'autre, inférieure, aplatie, quadrilatère, déborde l'orbite, se prolonge en bas jusqu'au niveau de l'angle externe des paupières, en avant jusqu'au cul-de-sac supérieur de la conjonctive, à une distance de 5 à 6 millimètres du cartilage tarse, entre le muscle droit externe et le tendon du releveur de la paupière qui la recouvre en partie. Chez les sujets qui ont peu d'embonpoint, on peut sentir cette portion sous le doigt à la partie externe de la paupière supérieure ; et j'ai indiqué un très bon moyen de la rendre plus saillante, qui consiste à presser sur le côté interne de l'œil.

La glande lacrymale a été enlevée dans deux conditions très différentes : 1° à l'état sain, pour faire cesser le larmolement incurable ; 2° à l'état morbide, notablement accrue en volume par une hypertrophie simple ou par d'autres altérations.

1° *A l'état sain.* — Cette opération a été pratiquée pour la première fois par M. Paul Bernard, imité ensuite par M. Textor. Voici le procédé suivi par ce dernier.

Il fit une incision de 4 centimètres de longueur, oblique en bas et en dehors, et longeant la moitié externe du rebord orbitaire, entre le sourcil et la paupière supérieure. Ensuite il pénétra dans le tissu cellulaire compris entre le périoste de l'orbite et l'aponévrose oculaire, saisit la glande avec une pince-érigne et l'extirpa en grande partie. Mais quand il voulut achever l'ablation, le malade refusa de s'y soumettre.

Il paraît que M. Paul Bernard n'avait également enlevé qu'une partie de la glande, et qu'il fut obligé plus tard de compléter l'extirpation. Toutefois le sujet de M. Textor n'eut pas besoin d'une opération nouvelle ; le larmolement, disparu à la suite de la première, n'avait pas reparu onze mois après.

2° *A l'état morbide.* — La glande, accrue en volume, chasse plus ou moins l'œil de l'orbite, et fait elle-même une forte saillie sous les téguments. Les procédés également applicables aux autres tumeurs de la partie supérieure de l'orbite peuvent se réduire à trois.

Procédé ordinaire. — On divise la paupière parallèlement à ses plis tégumentaires, sur le point le plus saillant de la tumeur ; on attire celle-ci en dehors avec une pince-érigne, et on la dissèque, en ménageant avec soin la conjonctive et le globe de l'œil. Quand la tumeur est très considérable, il est quelquefois nécessaire de faire tomber une incision verticale sur la première.

Procédé de M. Velpeau. — On prolonge d'un coup de bistouri la commissure externe des paupières vers la tempe, assez pour pouvoir les renverser ; cette simple manœuvre suffit pour mettre à découvert les deux tiers externes de la circonférence orbitaire. Si toutefois la dissection souffrait quelques difficultés, on pourrait circonscrire encore la tumeur par une incision semi-lunaire de la conjonctive du côté de la cornée.

Procédé de M. Halpin. — On attire fortement en bas la paupière supérieure, jusqu'à amener la moitié du sourcil au-dessous de l'arcade orbitaire, et on le fait maintenir ainsi par un aide. Le chirurgien pratique alors, sur le sourcil même, une incision courbe à convexité supérieure, commençant immédiatement au-dessus du tendon de l'orbiculaire, pour se terminer à 12 ou 13 millimètres au-dessus de la commissure externe. On dissèque et l'on renverse le lambeau ainsi décrit ; on passe une ligature autour de la glande, que l'on détache partie avec le doigt, partie avec le bistouri ; et enfin on réunit par suture.

Appréciation. — F. Cunier, après avoir opéré lui-même deux malades et en avoir examiné sept autres opérés par le procédé ordinaire, lui reproche de laisser une difformité assez apparente, et qui se prononce surtout à mesure que la cicatrice a eu plus de temps pour se rétracter. Quant au procédé de M. Velpeau, outre l'incision inévitable de la conjonctive, M. Desmarres a toujours vu que la division de la commissure externe, quand on n'obtient pas la réunion immédiate, ne s'affronte plus exactement, et laisse aussi une certaine difformité. Dans le procédé de M. Halpin, au contraire, la cicatrice est cachée dans l'épaisseur du sourcil ; Fl. Cunier l'a employé quatre fois avec un complet succès ; seulement, au lieu de la suture entrecoupée, il réunit à l'aide d'épingles à insectes. La suture peut être employée en effet, mais elle exige une grande vigilance ; il est à craindre que la suppuration retenue n'envahisse le tissu adipeux de l'orbite ; cet accident, arrivé à une opérée de M. Desmarres, a déterminé la perte de l'œil.

2° Cathétérisme des conduits lacrymaux.

On pratique ce cathétérisme, selon les cas, par le point lacrymal inférieur, ou par le point lacrymal supérieur.

1° *Par le point lacrymal inférieur.* — Le point lacrymal inférieur est l'orifice du conduit du même nom, qui, après s'être enfoncé perpendiculairement dans l'étendue de 2 millimètres environ, se coude

en dedans à angle presque droit, pour aller gagner le sac lacrymal. On peut aisément redresser sa direction en tirant fortement en dehors et un peu en bas la paupière inférieure ; mais il forme un autre angle droit avec le sac lacrymal et le canal nasal, qui empêche la sonde de pénétrer plus loin : aussi on ne tente guère le cathétérisme par cette voie que pour faire des injections.

Le malade assis en face du jour, s'il s'agit de l'œil gauche, le chirurgien se place devant lui, et, avec le pouce ou les autres doigts de sa main gauche, attire la paupière inférieure en dehors et un peu en bas, de manière à ramener en avant et en dehors le point lacrymal. La main droite, tenant la seringue d'Anel comme une plume à écrire, prend un point d'appui sur la pommette, et introduit avec ménagement le siphon d'or de la canule dans le point lacrymal, d'abord obliquement en dedans et en bas ; puis, après 2 millimètres de trajet, directement en dedans. Quelques-uns enfoncent la canule jusqu'à 7 millimètres de profondeur, d'autres même jusqu'à 9 millimètres pour arriver dans le sac lacrymal ; mais Anel n'allait pas au delà de 2 à 3 millimètres ; sa canule d'or n'avait que cette longueur, et il se plaignait même des fabricants qui déjà de son temps la faisaient plus longue. L'introduction à 2 ou 3 millimètres suffit d'ailleurs pour l'injection.

Quant à l'œil droit, pour éviter de se servir de la main gauche, il suffit que le chirurgien se place derrière le malade, et prenne son point d'appui sur l'apophyse orbitaire externe de l'os frontal.

L'injection elle-même réclame quelques précautions. Il faut prendre garde que l'orifice de la canule n'appuie contre la paroi du conduit ; le moindre inconvénient serait de faire obstacle à l'issue du liquide ; mais on pourrait aussi rompre cette paroi et pousser l'injection dans le tissu cellulaire ; c'est un accident que M. Desmarres a constaté deux fois.

On commence par pousser une petite quantité de liquide ; s'il revient par le conduit supérieur, on retire la canule, et l'on presse sur le sac pour en expulser le mucus ; puis on réitère l'injection, en augmentant peu à peu la pression sur le piston, pour forcer au besoin le rétrécissement du canal nasal. Si l'injection distend le sac sans passer dans la narine, cela indique une obstruction du canal ; si elle ne distend pas le sac, c'est le conduit lacrymal même qui est oblitéré.

Au reste, pour sonder le conduit avec un stylet, on n'aurait qu'à pousser celui-ci jusque dans le sac, à la profondeur indiquée.

2° Par le point lacrymal supérieur. — A partir du point lacrymal

supérieur, le conduit du même nom remonte perpendiculairement dans l'étendue de 2 millimètres environ, puis se recourbe en dedans pour aller gagner le sac lacrymal. Il affecte alors, quand les paupières sont fermées, une direction transversale, qui devient oblique en bas et en dedans quand elles sont ouvertes.

Il n'est pas besoin pour cette opération de changer de main selon les côtés. Le malade assis en face du jour, la tête inclinée en arrière, le chirurgien placé en face relève la paupière en la tirant un peu en dedans avec le pouce ou l'indicateur de la main gauche : la main droite appuyée sur le front, et tenant la sonde d'Anel comme une plume à écrire, il introduit son extrémité ovalaire par le point lacrymal, d'abord de bas en haut ; puis, après 2 millimètres de trajet, obliquement de dehors en dedans et de haut en bas, suivant la direction qu'affecte le bord libre de la paupière depuis le point lacrymal jusqu'à la commissure. Quand on est arrivé dans le sac, on cesse de tendre la paupière ; on ramène le stylet en dedans sur la ligne perpendiculaire, et on l'enfonce de haut en bas jusqu'à ce qu'il ait pénétré dans la fosse nasale, où sa présence est annoncée par un léger chatouillement, et même par l'effusion de quelques gouttes de sang.

Anel recommande de courber un peu la sonde, pour qu'elle s'accommode mieux à la ligne courbe que décrit le canal depuis le point lacrymal supérieur jusqu'à son ouverture dans le méat inférieur. M. Desmarres, trouvant la sonde d'Anel trop flexible, en a fait faire d'acier et d'un plus gros calibre ; de plus, il en a de droites et de courbures différentes pour se prêter à toutes les dispositions du canal.

3° Oblitération des conduits lacrymaux.

Quand le conduit lacrymal est oblitéré dans une certaine étendue, il n'y a rien à tenter ; mais quand l'oblitération siège uniquement à l'orifice externe ou à l'orifice interne, on peut essayer de la détruire.

A l'orifice externe, Heister veut qu'on perce la pellicule qui recouvre le point lacrymal avec une aiguille, et qu'on maintienne le passage libre en y introduisant de temps à autre un fil d'argent. G. Pellier dit avoir réussi à rouvrir de cette manière le point lacrymal inférieur fermé par une cicatrice de petite vérole, et à le maintenir ouvert par de simples injections répétées pendant trois semaines deux fois par jour.

A l'orifice interne, J.-L. Petit força une fois le passage avec la

sonde, puis introduisit dans le conduit un fil d'or dont il ramena l'extrémité au dehors par la fistule. Le sujet guérit sans larmoiement ; ce qui n'empêche pas le chirurgien de dire qu'il n'eut qu'un médiocre succès.

On peut donc renouveler ces tentatives, d'autant mieux qu'elles sont absolument sans danger. Si l'on échoue, M. Bowman a proposé de rétablir l'orifice externe par l'incision du conduit lacrymal.

4° Incision du conduit lacrymal.

Elle n'a été pratiquée jusqu'ici que pour remédier à la déviation en dehors du point lacrymal inférieur.

Procédé de M. Bowman. — Si le point lacrymal est libre, on commence par y introduire un stylet d'Anel, que l'on porte jusque dans le sac lacrymal. Sur ce stylet on soulève la conjonctive, qui en est si rapprochée, qu'on aperçoit souvent le stylet par transparence ; et avec un bistouri on divise sur le stylet toute la paroi conjonctivale du conduit, à partir du point lacrymal jusqu'à une distance de 3 à 4 millimètres, en prenant soin que cette incision soit en rapport avec le lac lacrymal, c'est-à-dire le lieu où les larmes se rassemblent près de la caroncule.

Le lendemain, les deux bords de la division tendant à se réunir, on détruit les adhérences commençantes avec un stylet ; et de même les jours suivants. Vers le quatrième ou cinquième jour, les bords restent écartés et cicatrisés à part ; les larmes pénètrent dans le conduit lacrymal par cette ouverture béante, et sont transmises dans le sac lacrymal comme dans l'état normal.

Si le point lacrymal était oblitéré, il n'y aurait rien de plus simple que de percer l'oblitération pour introduire le stylet d'Anel ; et le reste se ferait à l'ordinaire.

M. Bowman avait essayé de pratiquer l'incision en travers du conduit, sans toucher au point lacrymal ; mais l'incision ainsi faite a une tendance invincible à se réunir et s'oblitérer.

Le premier procédé, au contraire, a été appliqué deux fois avec succès par M. Bowman, et M. Desmarres en a obtenu également deux guérisons.

5° Cathétérisme du canal nasal.

Anatomie. — Le canal nasal, qui fait suite au sac lacrymal, est un tube membraneux qui tapisse le canal osseux de l'os maxillaire, et se continue avec la muqueuse des fosses nasales. Son orifice inférieur, le plus important au point de vue du cathétérisme, se trouve

à la partie supérieure et antérieure du méat inférieur, au-dessous du bord supérieur du cornet nasal, à 45 millimètres du bord antérieur de l'apophyse montante, et à peu près à égale distance du plancher des fosses nasales. De là le canal remonte obliquement en dedans, suivant une ligne qui irait croiser la ligne médiane sur le front, à 3 centimètres environ au-dessus des bosses nasales, en formant avec la ligne médiane un angle de 40° à 42°. En général, l'orifice est large, l'évasé en entonnoir, et n'offre aucun obstacle à l'entrée de la sonde ; mais assez souvent il est muni d'une petite valvule muqueuse de forme variable ; quelquefois, au lieu de se trouver au sommet du méat, il descend sur sa paroi externe à 2, 3 et 4 millimètres ; et alors il n'offre plus qu'une sorte de fente verticale, qui peut se rétrécir au point d'échapper même à l'œil de l'anatomiste. Il est arrivé à Morgagni de ne pouvoir le découvrir qu'après y avoir porté un stylet par le canal nasal ; M. Sappey a rencontré quatre fois une disposition analogue ; d'où il résulte que l'introduction de la sonde, facile quand l'orifice siège au sommet du méat, devient plus difficile et même impossible sans déchirure de la muqueuse, à mesure qu'il est descendu plus bas.

On a signalé aussi quelques autres valvules ou replis muqueux irréguliers dans l'intérieur du canal. Mais l'obstacle le plus sérieux, lorsque la sonde est introduite, provient d'une certaine convexité en avant et en dedans, qu'affecte le canal, et qui varie suivant les sujets.

Au total, ce cathétérisme présente, même à l'opérateur le plus exercé, des difficultés très réelles. Pour les atténuer, Gensoul a imaginé de mouler la sonde sur le canal même, à l'aide de l'alliage fusible de Darcet, et c'est de sondes ainsi courbées que l'on se sert communément ; seulement les unes sont pleines, les autres percées d'un canal central ; enfin quelques-uns se sont servis de sondes de caoutchouc portées sur un mandrin métallique.

Procédé opératoire. — Le malade assis, la tête droite, le chirurgien placé en arrière pour le côté droit, en avant pour le côté gauche, fixe la tête de la main gauche, et tenant de l'autre la sonde par son pavillon comme une plume à écrire, il en porte le bec sur le plancher des fosses nasales et contre la paroi externe, de telle sorte que la concavité de l'instrument regarde la commissure labiale correspondante. Quand les trois quarts de la courbure ont pénétré dans la narine, on fait pivoter la sonde sur son bec, et exécuter à la main un quart de cercle, jusqu'à ce que le manche soit situé verticalement vis-à-vis l'angle interne de l'œil. Alors la sonde est arrivée sous le cornet inférieur ; sa partie convexe repose sur le plancher

des fossés nasales, tandis que son bec est au sommet du méat inférieur. On s'en assure, en essayant de relever la sonde par un mouvement de bascule ou de totalité, à la résistance qu'on éprouve; sinon il faudrait recommencer ce premier temps de l'opération.

On cherche ensuite l'orifice du canal nasal, en faisant exécuter à la sonde des mouvements en avant et en arrière, jusqu'à ce que l'on sente son bec engagé dans le canal; ce qui a lieu quand il ne peut plus vaciller. Pour le faire pénétrer plus avant, on abaisse le manche lentement et sans effort, en le portant vers le lobe du nez, et en le ramenant au côté opposé dans la direction d'une ligne qui, de l'angle interne de l'œil malade, viendrait se rendre à la première dent incisive supérieure du côté sain. Si le canal est libre, la sonde arrive avec une extrême facilité jusque dans le sac lacrymal, ce dont on s'assure par le toucher; alors le manche est parallèle à l'horizon ou à peu près, et répond à la première dent incisive.

Le temps le plus difficile de l'opération est celui de la bascule. Il importe de bien suivre la direction indiquée: en abaissant directement le manche, on courrait risque de rompre le cornet inférieur ou les parois du canal. Il faut agir doucement, et si quelque obstacle se présente, imprimer à la sonde des mouvements de friction, de petites secousses, ou même la retirer légèrement pour l'enfoncer de nouveau.

Une exagération quelconque dans l'abaissement, l'élévation, la courbure du cornet inférieur, ou encore une déviation très marquée de la cloison nasale, empêchent quelquefois de trouver l'orifice inférieur. A l'orifice supérieur aussi, la sonde est quelquefois arrêtée par un petit bourrelet osseux qui existe du côté externe ou antérieur, principalement chez les individus qui ont la racine du nez étroite. Quand on suppose que le bec de l'instrument arc-bouté contre cette saillie, pour le dégager, on relève le manche légèrement, et l'on cherche à lui imprimer un mouvement de rotation qui en dirige le bec vers la gouttière lacrymale. Enfin les petites valvules de la muqueuse peuvent aussi faire obstacle au passage de la sonde; mais l'obstacle le plus difficile à franchir sur le vivant tient surtout au rétrécissement du canal.

6° De la tumeur et de la fistule lacrymales.

La tumeur lacrymale résulte presque toujours, à son origine, de l'inflammation et de la suppuration du sac lacrymal. Elle ne contient alors que du pus; plus tard, lorsque l'inflammation s'apaise, le liquide est formé de muco-pus, ou même de mucus mêlé seulement

d'une certaine quantité de larmes. Alors la tumeur est entretenue par un rétrécissement, et quelquefois par une oblitération du canal nasal; il peut même s'y joindre une oblitération des conduits lacrymaux, et la tumeur se rapproche des kystes et réclame un traitement analogue. Lorsqu'elle s'est ouverte à l'extérieur, c'est la fistule proprement dite; et enfin une complication assez fréquente, soit de la tumeur, soit de la fistule, est la carie de l'os unguis.

On constate ces divers états par les injections, par le cathétérisme des conduits ou du canal nasal, et enfin par l'ouverture de la tumeur.

Selon l'état présumé ou reconnu des parties, et les obstacles à la guérison, il y a quatre indications principales auxquelles répondent quatre méthodes. La première consiste à ramener le sac à son état naturel; la seconde à détruire le rétrécissement du canal; la troisième à lui substituer un canal artificiel; la quatrième, en désespoir de cause, s'attache à empêcher le passage des larmes par la destruction des voies lacrymales. Enfin nous aurons à parler de quelques procédés dirigés contre les complications.

PREMIÈRE MÉTHODE. *Traitement de l'inflammation du sac.* — Ce traitement est d'abord essentiellement médical, surtout quand l'inflammation est aiguë; plus tard on a eu recours aux injections, à la compression et à la cautérisation.

1° Les injections se font, comme il a été dit, soit par le conduit lacrymal inférieur, soit par le canal nasal; elles peuvent être émoullientes, excitantes, ou même cathérétiques.

2° La compression, imaginée par Fabrice d'Acquapendente, s'exerce à l'aide d'une petite pelote supportée par une tige d'acier, fixée à son tour à une courroie ou un ressort qui embrasse le front et la tête. M. Bonnafont a guéri plusieurs tumeurs lacrymales par la compression seule; pour d'autres, il a été obligé d'y joindre des injections avec l'eau tiède pure ou l'eau de sureau. Le traitement a duré généralement de deux mois à deux mois et demi.

3° La cautérisation s'exerce sur la surface interne du sac, moyennant une incision préalable faite à la tumeur, ou à travers la fistule que l'on dilate au besoin. Le nitrate d'argent est le caustique préféré.

DEUXIÈME MÉTHODE. *Traitement du rétrécissement du canal.* — Elle comprend un grand nombre de procédés. La plupart sont dirigés contre le rétrécissement du canal muqueux, et se rattachent à la

dilatation temporaire, à la cautérisation, à la dilatation permanente; enfin Gerdy s'est proposé d'élargir le canal osseux même.

4° *Dilatation temporaire.* — Elle consiste à porter dans le canal divers corps dilatants, bougies emplastiques, de gomme élastique, d'ivoire dépouillé de ses sels calcaires; tiges de baleine, cordes à boyau, sétou; enfin sondes métalliques, de plomb, d'argent, d'acier, etc. Ces sondes sont introduites, soit par le conduit lacrymal supérieur, soit par le méat inférieur, soit par une ouverture à la tumeur même, selon le procédé de J.-L. Petit.

Par le conduit lacrymal supérieur. — Nous avons décrit le procédé d'introduction. M. Desmarres dit avoir réussi dans un bon nombre de cas, en laissant la sonde en place, d'abord quelques minutes, puis peu à peu une ou plusieurs heures; et répétant l'opération tous les jours pendant un ou deux mois. La sonde est supportée sans gêne; il cite une dame que sa présence n'empêchait nullement de lire ou de broder.

Par le méat inférieur. — La sonde introduite par cette voie peut arriver à un assez grand volume; pour la laisser un certain temps en place, il suffit de dégager le manche, et de passer dans l'anneau du pavillon une anse de fil qu'on arrête sur la joue avec une mouche de taffetas. Mais l'introduction est souvent si difficile pour le chirurgien et si douloureuse pour le malade, qu'on n'y a presque jamais recours.

Par une ouverture à la tumeur. — Quand il y a une fistule, il n'y a qu'à la dilater ou à l'agrandir d'un coup de bistouri; pour la tumeur, le bistouri est dirigé par sa saillie même. Cependant, non-seulement pour l'incision, mais encore pour l'introduction des sondes, il importe de savoir toujours reconnaître l'orifice supérieur du canal nasal.

Sa position varie sur divers sujets, selon que la racine du nez est large ou étroite, que la commissure des paupières est plus ou moins éloignée; le tendon du muscle palpébral n'est lui-même qu'un guide infidèle, attendu qu'il s'attache quelquefois plus en dedans qu'à l'ordinaire, et jusque sur la partie antérieure de l'apophyse montante de l'os maxillaire. Une donnée fixe est fournie par le rebord osseux qui limite antérieurement la gouttière lacrymale.

Pour reconnaître cette saillie, on porte le doigt sur le bord orbitaire inférieur, et on le fait filer vers l'angle interne de l'œil, où il est arrêté par la lèvre antérieure de la gouttière lacrymale, derrière laquelle se trouve l'orifice du canal. Il se présente là trois variétés

de rapports bien remarquables : tantôt le doigt est arrêté, et l'incision doit être faite en dehors de la commissure palpébrale; ou bien c'est au niveau de la commissure et immédiatement au-dessous; ou enfin en dedans de la commissure, et au-dessous du tendon du muscle orbiculaire.

L'incision ne se pratique pas autrement que pour un abcès ordinaire, en affectant seulement la direction en bas et en dehors.

Quelques chirurgiens opèrent par ponction, en plongeant la pointe du bistouri dans le canal nasal, aussi avant que possible; ce procédé, sans offrir aucun avantage, a l'inconvénient très réel de diviser la muqueuse du canal, et d'exposer ainsi à faire des fausses routes.

L'incision faite, quelques chirurgiens portent de vive force une sonde ou un stylet dans le canal, sans s'occuper du rétrécissement qui peut exister. Cela est tout à fait irrationnel; il faut faire pénétrer l'instrument doucement, sans effort, en proportionnant son calibre à l'étroitesse du rétrécissement, ainsi qu'on fait pour le canal de l'urètre; et dans tous les cas, se souvenir que le canal suit la direction d'une ligne qui, partant de l'orifice supérieur, irait croiser la ligne médiane à 3 centimètres environ au-dessus des bosses nasales, en formant par cette réunion un angle à sinus inférieur de 40° à 42°.

Sharp se contentait d'introduire à chaque pansement dans le canal un stylet d'argent, qu'il retirait presque aussitôt; mais la plupart des chirurgiens laissent à demeure les sondes, bougies, ou autres corps dilatants, sauf à les remplacer de temps à autre par des instruments de plus gros calibre. J.-L. Petit changeait sa bougie tous les jours. M. Blondlot, afin de n'avoir pas à extraire la sonde une fois placée, avait proposé des bougies à ventre. Du reste, lorsqu'on emploie les bougies, on fixe le bout supérieur au front avec une bandelette de sparadrap; les sondes métalliques sont généralement munies d'une sorte de petite tête aplatie qui les fait ressembler à un clou, et qui s'arrête d'elle-même en dehors de l'ouverture.

Quant au choix à faire entre tous ces corps dilatants, comme ils n'agissent pas autrement que par leur présence, les plus simples sont les meilleurs; et ici comme pour l'urètre, une fois le passage ouvert, les bougies emplastiques ou les clous métalliques réclament légitimement la préférence. Les bougies qui se dilatent elles-mêmes, comme la corde à boyau et le clou d'ivoire, ont parfois déterminé des accidents; le sétou exige, pour être mis en place, des manœuvres spéciales plus ou moins fastidieuses, et qui ne sont rachetées par aucun avantage réel.

Combien de temps doit-on poursuivre le traitement par la dilatation? Boyer parle de six semaines à quatre mois; d'autres même