

Bibliothèque numérique

medic@

**Malgaigne, J.-F.. - Quel traitement
doit-on préférer pour la fistule
lacrymale ?**

1835.

Paris : Imprimerie de A. Éverat

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1835x02x09](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1835x02x09)

QUEL TRAITEMENT

DOIT-ON PRÉFÉRER

POUR LA FISTULE LACRYMALE?

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS

POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Le 20 août 1853,

PAR J.-F. MALGAIGNE,

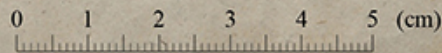
D. M. P., chevalier du mérite militaire de Pologne, chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris, membre de la Société médicale d'émulation et de la Société anatomique de Paris; de la Société d'émulation des Vosges, et de la Société médico-chirurgicale de Berlin.



PARIS.

IMPRIMERIE DE A. ÉVERAT, RUE DU CADRAN, N° 16.

1853.



JUGES DU CONCOURS.

MM. Jules Cloquet, président.

Gerdy,

Marjolin,

Roux,

Velpeau,

professeurs.

MM. Laugier,

Blandin, } agrégés.

A. Sanson, suppléant.

COMPÉTITEURS.

MM. Bois-de-Loury.

Camus.

Delmas.

Huguier.

Larrey.

Lebaudy.

MM. Lécorché-Colombe.

Lenoir.

Loir.

Malgaigne.

Rigolot.

Sédillot.

Quel traitement doit-on préférer

POUR

LA FISTULE LACRYMALE?

La fistule lacrymale, dans l'acception propre de ce mot, est un ulcère fistuleux du grand angle de l'œil communiquant avec les voies lacrymales. Mais l'usage, plus puissant que la logique, a étendu ce nom à diverses affections qui précèdent l'ulcère, et qui se révèlent le plus ordinairement par une tumeur du sac lacrymal. C'est donc du traitement des tumeurs et des fistules à la fois que nous devons nous occuper.

Cette question est une de celles qui ont été le plus souvent rebattues. Traitée nombre de fois et par les maîtres et par les élèves, et dans les traités de pathologie et dans ceux de médecine opératoire, il semble, au premier abord, qu'elle n'offre à de nouvelles recherches qu'un champ où il ne reste pas même à glaner. Peut-être cet essai, composé avec toute la rapidité de la circonstance, en fera-t-il juger autrement. Je n'ai point voulu entrer dans les détails de tous les procédés qui ne m'intéressaient que médiocrement; et cependant j'ai eu à signaler, en passant, diverses inexactitudes dans la description de ceux qu'on croit le mieux connaître, divers essais tentés avant ceux auxquels on accorde généralement la

priorité, et même des méthodes non-seulement proposées, mais appliquées avec succès, et dont ne parlent point nos auteurs modernes les plus recommandables. Mais c'est surtout l'histoire des idées théoriques et de leurs déductions thérapeutiques qui avait besoin d'être faite; je ne l'ai trouvée nulle part; et quelque insuffisant que soit ce travail, comme il a été puisé directement aux sources, peut-être sous ce point de vue offrira-t-il quelque intérêt (1).

Avant d'examiner cette foule de méthodes tour à tour mises en usage, il fallait chercher à établir quelles sont, dans l'état actuel de la science, les diverses variétés de fistules lacrymales, chose essentielle pour préciser les indications. L'anatomie pathologique faisait défaut; obligé de m'en rapporter à l'observation extérieure, j'ai voulu au moins recueillir sur ce point les opinions des hommes qui avaient vu davantage, et, dans cette vaste enquête chirurgicale, pour ne point être entraîné à de graves erreurs d'appréciation, tâcher de contrôler à la fois les faits par les théories, et les théories par les faits.

L'histoire vraiment chirurgicale et raisonnée du traitement de la fistule lacrymale ne commence qu'au dix-huitième siècle. Sans doute, en feuilletant cette longue liste des auteurs qui se sont succédé depuis Celse jusqu'à Maître-Jean, on trouve une immense quantité de recettes, baumes, emplâtres, caustiques, et même des procédés opératoires assez variés; et je sais bien que plusieurs écrivains de haute renommée, tels que Sprengel et Sabatier lui-même, ont fait l'honneur aux anciens de leur attribuer des intentions fort judicieuses, comme de chercher, par la perforation de l'os unguis, à créer aux larmes une nouvelle issue vers les narines; mais il y a erreur manifeste: les anciens ne connaissaient nullement le cours anatomique des larmes, et l'on ne trouve chez eux, sur ce point, qu'incertitudes, hypothèses vagues et obscurité. Galien, le plus célèbre d'entre eux, et le seul peut-être qui ait véritablement aperçu les points lacrymaux, les regardait comme les méats de deux glandes qui versaient leur liquide sur l'œil, ainsi que les glandes salivaires versent le leur dans la bouche (2).

Pour les anciens, la tumeur et la fistule lacrymale n'étaient donc qu'un simple abcès, *anchilops*, terminé par un ulcère fistuleux, *ægilops*, et dont l'opiniâtreté était attribuée à la carie de l'os unguis. Quelques-uns avaient noté que la pression fait rejaillir le pus par le grand angle de l'œil, mais ils croyaient que le pus, dans ces cas, avait érodé la caroncule lacrymale. Antiles, cité par

Rhazès (3), avait ajouté aux autres symptômes le larmolement ; mais le larmolement était généralement regardé comme une affection à part, sous le nom de *rhæas*, et qui tantôt existait avec, et tantôt indépendamment de la fistule.

Avec de semblables idées, on peut concevoir à quel traitement ils étaient conduits. C'était donc absolument le même que celui de tout ulcère fistuleux, entretenu par des callosités ou par une carie osseuse ; on excisait toute la cavité de la fistule jusqu'à l'os ; on cautérisait celui-ci avec un fer rouge, quel que fût son état ; s'il était carié, on recommandait seulement de cautériser plus fortement ; puis le pansement était le même qu'après toute autre brûlure (4). D'autres préféraient divers topiques caustiques ; Archigène, cité par Galien, faisait à l'os plusieurs trous, *cum tenui perforato terebello* (5) ; et il paraît, d'après le même passage, que quelques-uns employaient le plomb fondu pour mieux cautériser l'os. Plusieurs historiens ont cru que ces perforations avaient pour but d'ouvrir une route nouvelle à la matière de l'abcès. Archigène ne paraît avoir eu en vue ici que la carie : ces perforations multiples, fort inutiles pour créer une route nouvelle, devaient favoriser l'exfoliation ; *discedent enim squamæ et sanabuntur*. D'autres, au rapport d'Eugène Paul, qui les désapprouve, exécutèrent cette perforation pour faire passer en effet l'humeur ou le pus dans les narines (6).

Severus, chirurgien qui paraît s'être occupé spécialement de l'ophtalmiatrie, et dont Aétius nous a consacré quelques fragmens, a noté dans cette cautérisation deux circonstances qui font voir combien il avait été près de découvrir l'une des conditions essentielles de la fistule, et combien il en était resté éloigné. « Il faut faire attention surtout, dit-il, dans la première application du cautère, à un très-petit orifice situé en haut et obliquement, qui laisse suinter dans l'ulcère comme une petite larme liquide ; c'est pourquoi il faudra appuyer fortement en ce point le cautère (7). » Il n'est guère douteux que ce petit orifice n'ait été celui d'un des canaux lacrymaux, que le chirurgien recommande si soigneusement de boucher. D'ailleurs, quand il n'y avait que tumeur lacrymale, *anchilops*, il la traitait comme un simple athérome, en enlevant le kyste qui renfermait le liquide.

Paul d'Égine ne cautérisait que quand l'os était carié ; autrement il se contentait de le ratisser.

Si l'on en croit K. Sprengel, les Arabes auraient ajouté à ces procédés la compression, les injections, et, bien plus, l'introduction d'un fil dans les voies

lacrymales obstruées; ce qui suppose des connaissances fort étendues sur la nature de l'affection. Je crois pouvoir affirmer que les Arabes n'ont songé à rien de semblable. Albucasis indique la cautérisation d'abord, et, si elle ne réussit pas, la perforation (8). Rhazès déclare même formellement que la cautérisation est meilleure (9).

A partir donc de Paul d'Égine jusqu'aux premières années du dix-huitième siècle, durant un intervalle de près de onze cents ans, le traitement de la fistule lacrymale, bien que revu par les plus grandes capacités chirurgicales, Guy de Chauliac, Jean de Vigo, Franco, Paré, les deux Fabrice, M. A. Severin, Dionis, etc., n'avait pas avancé d'un pas; car nous n'acceptons pas comme un progrès la compression, inventée avec ses instrumens par Fabrice d'Aquapendente.

Il y a dans ce résultat, auquel arrive l'historien, quelque chose de bien extraordinaire; car nous n'avons plus pour nous l'expliquer l'ignorance où étaient les anatomistes de la disposition des voies lacrymales. Dès 1561, Fallope avait donné l'indication la plus précise, la plus exacte des points et des conduits lacrymaux, du sac lacrymal et du canal nasal; il avait reconnu que la fistule lacrymale est une collection de matière dans le sac exulééré; il avait constaté de la manière la plus évidente, *ut nihil manifestius conspici possit*, ce phénomène qu'Anel croyait avoir été le premier à reconnaître, et qui lui suggéra sa méthode, le reflux de la matière par les points lacrymaux, quand on comprime le sac (10). Comment, avec tant de données, Fallope ne changea-t-il rien au traitement reçu jusqu'à lui? On peut en accuser jusqu'à un certain point une erreur physiologique; il pensait et il avait cru observer *dans les pleurs des femmes*, dit-il, que la plus grande partie des larmes sortait par les points lacrymaux. Quant aux chirurgiens de son époque et à ceux qui suivirent, ils laissèrent complètement ces importantes observations dans l'oubli. Fabrice de Hilden lui-même ayant eu occasion de voir, tandis qu'un de ses malades pleurait, les larmes passer à travers la fistule, en tirait seulement cette conséquence, que la caroncule était érodée. Le temps n'était pas encore venu où l'anatomie devait être considérée comme la plus solide base de la chirurgie.

Ce fut en 1707 que parut le premier ouvrage où les données anatomiques, soutenues par de saines vues de physiologie, furent enfin appliquées à la patho-

logie des voies lacrymales. Antoine Maître-Jan décrit avec soin les conduits lacrymaux et le canal nasal, et conçut le premier une idée précise de la véritable nature des fistules lacrymales. Ni ses contemporains, ni la postérité ne me paraissent avoir été assez justes à l'égard de ce chirurgien, à qui l'on doit cependant des observations et des détails dont plus d'un auteur moderne a cru faire la première découverte.

Les fistules lacrymales succèdent tantôt à des tumeurs phlegmoneuses, tantôt à des tumeurs de la nature des athéromes. Les simples tumeurs, qui se vident par le grand angle de l'œil ou par le canal nasal, sont le plus souvent causées par la matière même des larmes, *qui s'amasse dans le sac lacrymal à cause de quelque obstruction de ses conduits*. L'os unguis est loin d'être toujours carié; souvent c'est l'apophyse montante de l'os maxillaire qui l'est en sa place. De ces fistules, les unes coulent continuellement, les autres restent un temps sans fluer pour se rouvrir après. Maître-Jan en a même vu guérir spontanément; une entre autres où l'os unguis était manifestement carié. Enfin, il note une sorte de tumeur qui doit son origine au voisinage d'abcès qui n'intéressent pas le sac lacrymal, ou à des inflammations des angles des yeux guéries par suppuration; il en reste quelquefois, dit-il, de ces sortes d'écoulemens de matières claires et glaireuses, pendant plusieurs mois et même des années entières.

Les tumeurs lacrymales, ou fistules cachées, doivent être ouvertes avec la lancette si elles sont purulentes, et le foyer pansé d'abord avec de la charpie sèche, puis avec des dessiccatifs. Mais si la tumeur est petite, sans douleur, sans inflammation; si l'humeur en est claire et glaireuse, elle se guérit le plus souvent d'elle-même, en la vidant seulement de temps en temps par pression; mais si elle est ancienne, le liquide dégénère, et il faut quelquefois en venir à l'incision.

Quand la tumeur s'était ouverte au dehors, il cherchait à modifier et dessécher le sac lacrymal par des topiques appropriés. Si, enfin, l'os unguis était carié, il appliquait le feu pour guérir la carie; opération qui entraîne d'ordinaire la perforation de cet os. Mais, ajoute-t-il, quand on a percé l'os unguis, il reste souvent deux trous ou conduits pour les larmes, le trou artificiel et le conduit naturel. Ce dernier, souvent obstrué ou par des chairs fongueuses, *ou par l'épaisseur de la membrane enflammée*; se désopile par la suite, ou par la suppuration des chairs fongueuses, *ou par la réduction de la membrane épaissie*



en son état naturel, à cause de la cessation de l'inflammation et du dessèchement qui suit l'écoulement libre des matières qui s'amassaient auparavant dans la fistule (11).

Comment des idées si précises et si claires ont-elles passé inaperçues, et comment n'ont-elles pas mis l'auteur lui-même sur la voie d'une méthode plus efficace pour la désobstruction du canal nasal? Bien des questions de ce genre se représenteraient dans le cours de cette histoire. Quoi qu'il en soit, en 1743 enfin, Dominique Anel ayant reconnu que le pus des fistules lacrymales, au lieu de passer à travers une ulcération de la caroncule, comme il le croyait, jaillissait par les deux points lacrymaux, eut l'idée de sonder la tumeur par l'un de ces points pour reconnaître l'état des parties, puis de déboucher le canal avec la même sonde, et enfin de pratiquer des injections pour guérir les ulcérations présumées du sac lacrymal (12). De brillans succès ayant couronné ses premières tentatives, il les communiqua à l'Académie des sciences : toute l'Europe en retentit. Dès-lors la théorie et les indications du traitement de la fistule lacrymale furent définitivement fondées.

A dater de cette époque, la fistule lacrymale fut l'objet de nombreux et importants travaux. Assez d'historiens se sont plus à décrire la longue série des procédés opératoires; les noms de Woolhouse, de Méjean, de Laforest, de Foubert, etc., sont populaires dans nos écoles. Mais peut-être en attaquant ce côté, à la vérité beaucoup plus brillant, a-t-on laissé trop complètement dans l'ombre la succession des idées physiologiques et pathologiques qu'amenaient les faits nouveaux, et qui préparaient à leur tour des déductions thérapeutiques nouvelles; et cependant cette étude est indispensable si l'on veut bien apprécier la valeur des méthodes, de même que l'histoire des idées théoriques antérieures nous a suffi pour juger la pratique des anciens.

Les chirurgiens des siècles précédens n'avaient pas toujours eu recours à des moyens aussi rigoureux que le feu et le fer. Rhazès avait guéri un *ægilops* par des pansemens et des frictions simples; Fabrice de Hilden, qui avait presque renoncé au cautère actuel, se loue principalement du séton à la nuque; Manget, en 1695, avait guéri une fistule lacrymale par les moyens généraux, et notamment par les fumigations aromatiques dans les narines. Tous, enfin, recommandaient d'avoir recours au traitement médical d'abord; mais la nouvelle théorie, qui renversait si complètement leurs idées, fit également oublier leur

pratique; exemple trop commun dans notre art, où les faits, quoi qu'on en dise, n'ont guère eu jusqu'à présent d'autre crédit que celui que leur prêtaient les doctrines. Table rase était faite; il fallait tout recommencer.

Anel avait donc établi sa théorie sur ces deux points, ulcérations du sac lacrymal, obstruction du canal nasal; les injections cicatrisaient les premières, le stylet débouchait l'autre. L'obstruction précédait la tumeur et l'ulcération; celle-ci n'arrivait même qu'à la fin, et par l'âcreté que contractaient les larmes retenues. Anel parlait ainsi en 1713; il n'avait encore vu que des tumeurs lacrymales purulentes, qui cédaient fort bien à ses injections.

En 1716, quelques succès attirèrent son attention sur une forme de la maladie qu'il nomma *hydropisie du sac lacrymal*. Le liquide contenu dans la tumeur est clair et visqueux, assez rarement mêlé à un peu de matière purulente; le canal nasal est obstrué pour l'ordinaire, mais non pas toujours; les points lacrymaux sont en général sains. Mais ce qui prouve cependant que l'amas de liquide ne dépend pas des larmes seulement, et qu'il est sécrété par le sac, c'est que dans un cas où l'hydropisie existait, les points lacrymaux étaient complètement oblitérés. Bien souvent, à cette hydropisie se mêle du vent que la pression fait sortir en sifflant par les points lacrymaux. Cette hydropisie, soit à l'état simple, soit à l'état de fistule, dégénération très-fréquente, est beaucoup plus difficile à guérir que la fistule vraie, due à l'ulcération ou à l'excoriation du sac: ce sont ces fistules, ajoute-t-il, qui sont si rebelles aux opérations et aux remèdes, et si sujettes à la récurrence. A ses sondes, à ses injections, il était obligé alors de joindre l'usage d'un bandage compressif fait exprès, et très-long-temps continué.

Saint-Yves distingue de même deux sortes de tumeurs; l'une purulente, l'autre contenant une matière visqueuse. Il pensait que la lymphe lacrymale pouvait s'altérer ainsi d'elle-même; quelquefois cependant cette lymphe n'est nullement viciée; mais il survient une inflammation aux membranes qui forment le conduit lacrymal, et ce conduit est bouché par le gonflement de son tissu spongieux.

Au commencement, Saint-Yves fait saigner, purger de temps en temps, prescrit des boissons laxatives, des bains. Alors principalement convient l'usage des injections par les points lacrymaux, mais avec une précaution que je n'ai vue indiquée nulle autre part, et qui consiste, quand le sac est très-dilaté, à le com-

primer un peu avec le doigt pendant qu'on le seringue ; sans quoi l'injection le dilaterait encore davantage et serait plus pernicieuse qu'utile. Il y ajoute les compressions, les frictions stimulantes, les collyres excitans. Quand la tumeur renferme du pus, il l'ouvre avec une lancette ; dans les cas de fistule, il faisait des injections par la plaie. Enfin, la dernière opération est la perforation de l'os unguis. C'est ici pour la première fois que je trouve la mention des tentes introduites dans la voie nouvelle pour la maintenir ; moyen dont Maître-Jan lui-même ne parle pas encore. Saint-Yves nous laisse ignorer le nom de l'inventeur, mais il adopte cette pratique lui-même.

Woolhouse, à peu près vers le même temps (13), rejeta le feu pour cette opération ; et surtout, en remplaçant la tente par une canule qu'il laissait à demeure, il fit faire au traitement de la fistule lacrymale un progrès dont on devait plus tard sentir toute la portée (14) ; mais ces modifications même écartaient les chirurgiens de la route tentée par Anel.

Heister, l'un de ses plus chauds partisans, popularisait et perfectionnait sa méthode en Allemagne. Il reconnut l'*hydropisie* d'Anel, qu'il décrit comme une variété d'épiphora. La cause de cette tumeur est une obstruction du canal nasal, ou une matière trop épaisse pour le traverser.

Il la traite par des résolutifs, dont il instille quelques gouttes dans le grand angle de l'œil ou qu'il injecte avec la seringue d'Anel. La vraie fistule ne va jamais sans purulence ; tantôt elle succède à une inflammation, soit du sac lui-même, soit des tissus voisins ; plus souvent elle est due à l'exulcération du sac ; assez souvent aussi à l'obstruction du canal nasal ; mais quelquefois ce canal est libre, en sorte que le pus s'échappe à la fois par le nez et par les points lacrymaux ; il en a vu très-souvent de cette dernière espèce, et il affirme en voir encore chaque jour. Enfin la fistule survient quelquefois spontanément et sans cause manifeste. Les callosités, que les anciens jugeaient si fréquentes, sont rares.

Le traitement, suivant les cas, doit varier. Au début de l'inflammation, il faut tâcher de la résoudre ; si la tumeur suppure, il faut l'ouvrir de bonne heure, et déterger l'abcès. Quand il la croit entretenue par l'exulcération du sac, qu'elle est récente d'ailleurs et que le sujet est sain, on peut la guérir fréquemment par les injections à la méthode d'Anel, aidées des moyens généraux, purgations, saignées, vésicatoires, scarifications et le régime convenable.

Lorsqu'elle est ancienne et d'un mauvais caractère, l'incision ne suffit plus; alors le principe du traitement est nettement posé. « Si l'on ne détruit pas l'obstruction du conduit nasal lorsqu'il est fermé, et qu'on n'ait pas soin de l'entretenir ouvert ou de frayer une nouvelle route aux larmes en perçant l'os unguis, on ne saurait compter sur une guérison constante. » Il débouche donc le canal avec la sonde d'Anel, soit que l'oblitération ne dépende que de la présence d'une matière visqueuse, soit qu'elle soit complète et qu'il y ait adhérence vicieuse des parois. J'insiste sur tout ce traitement, parce qu'il ne s'agit pas ici de vagues spéculations; Heister avait sur ce point spécialement une vaste expérience. Or il déclare avoir guéri par cette méthode un grand nombre de ces fistules, dans l'espace seulement de trois ou quatre jours; d'autres demandent huit, quatorze ou quinze jours, ou même davantage; mais il n'y en a point de si opiniâtre qui ne puisse céder à la méthode d'Anel, pourvu qu'elles ne soient compliquées ni de carie ni de callosités. Encore même a-t-il guéri, par des injections continuées durant six mois, une jeune fille de onze ans atteinte d'une fistule avec une légère carie. La guérison ne se démentit point.

Mais c'est quand la tumeur s'est ouverte à l'extérieur que Heister a modifié et amplifié avec bonheur la méthode d'Anel. Il pousse alors la sonde directement à travers la fistule, et il emploie une sonde boutonnée bien plus forte; car quelquefois même il se servait du stylet boutonnée de la trousse ordinaire. Ce n'est pas tout; et il serait difficile de ne pas voir dans le passage suivant la première idée d'une méthode qui se croit infiniment plus récente. « L'on touche alternativement, de deux jours l'un, le conduit nasal, avec un morceau de pierre infernale auquel on a donné la forme d'un coin renversé, jusqu'à ce que les parois en soient durcies au point qu'il n'y ait plus lieu de craindre qu'ils se reprennent jamais. »

Avec tous ces moyens il avoue cependant qu'il a trouvé des fistules rebelles. Ce ne sont pas seulement celles que complique la carie étendue ou des callosités; il arrive assez souvent que les injections ne peuvent pas entretenir le conduit nasal ouvert, empêcher que les matières corrompues ne s'accroissent continuellement; et ces injections ne peuvent même arriver dans le nez quoique la sonde y pénètre. J'ai vu plusieurs exemples de ce dernier cas, ajoute-t-il, et je n'en puis assigner la véritable cause. Il ne voit alors d'autre moyen de guérison que dans l'opération de Woolhouse; seulement il trouve inutile d'extirper le sac lacrymal; et il laisse à demeure une canule beaucoup plus longue et plus

large. N'est-il pas étonnant qu'arrivé à ce point, il n'ait pas franchi le court intervalle qui le séparait de cette idée si simple de laisser la canule dans le canal même ?

Monro en Angleterre cherchait aussi à perfectionner la méthode d'Anel. Il traitait avec succès par le cathétérisme et les injections l'hydropisie du sac lacrymal ; l'incision simple lui réussit également dans les cas d'ulcération présumée du sac ou de tumeur lacrymale purulente ; mais si après l'incision, on trouve le canal nasal *excorié*, ce qu'on connaît, entre autres signes, *par la difficulté d'y faire passer une sonde*, il faut y porter ou y injecter les remèdes convenables, et empêcher que ses parois ne se collent en y introduisant quelques substances propres à cet effet. Il préférerait dans ce cas une petite tente de charpie soutenue par un fil et chargée de remèdes convenables à une bougie ou à toute autre matière huileuse, parce que celle-ci ne s'imbibe pas des topiques. Si enfin le canal est tellement obturé qu'il y ait impossibilité d'y introduire une sonde, Monro propose de le rétablir à l'aide d'une alène de cordonnier, et de tenir ce passage artificiel ouvert par le moyen d'une tente ou d'un séton afin de le rendre calleux (15).

Mais il importe de noter surtout une terminaison de la fistule, dont personne n'avait fait mention jusqu'ici. Si le canal nasal s'est trouvé bouché dans un enfant et que la fistule ait persisté jusqu'à l'âge adulte, ce conduit est trop effacé ou trop petit pour qu'on puisse le rétablir, même avec l'alène. On ne peut s'assurer de cette circonstance qu'après l'ouverture du sac ; mais dès qu'elle est reconnue, la perforation de l'os unguis est le seul moyen ; et Monro a guéri ainsi plusieurs personnes qui avaient cette maladie depuis l'enfance, sans qu'il leur restât même de larmolement. Ce dernier fait est d'autant plus remarquable que Monro ne se servait point de la canule.

A comparer la doctrine de Monro avec celle d'Heister, on voit que le premier néglige davantage les phénomènes inflammatoires qui président au développement et entretiennent souvent la durée de la fistule ; il est frappé avant tout du phénomène mécanique, l'obstruction du canal. Nous allons voir un chirurgien d'une bien plus vaste renommée faire prévaloir en France ces idées, les ériger en système, et leur donner pendant long-temps la vogue par la puissante autorité de son nom. Voici la doctrine posée par J. L. Petit, autant qu'elle se rapporte à notre sujet.

Les voies lacrymales représentent un siphon, destiné à pomper les larmes dans

le lac lacrymal, et à les transvaser dans les fosses nasales. Deux choses sont essentielles à ce siphon pour bien remplir ses fonctions; la première, qu'il soit plein de fluide, et la seconde, que la branche qui trempe dans le fluide soit plus haute que celle qui le dépose. De là suit tout d'abord qu'en perçant un nouveau canal à travers l'os unguis à la hauteur des points lacrymaux, la longue branche du siphon devient inutile; les deux branches égales en longueur ne peuvent plus fonctionner: c'est par-là que Petit s'explique le larmolement qui succède à la plupart des perforations, même entretenues par la canule de Woolhouse.

Partant de cette théorie toute mécanique, Petit regarde la tumeur lacrymale comme une simple rétention des larmes causée par l'obstruction du canal nasal. La matière blanche qui sort quelquefois par la pression n'est point du pus; ce sont des larmes qui ont séjourné. Les larmes n'entrent plus dans le sac par l'action du siphon, mais par la pression des paupières; c'est cette pression qui dilate le sac et parvient même à le rompre: en vertu de cette loi, que les fluides poussés par une petite ouverture dans un lieu spacieux, comme dans une vessie, agissent sur chaque partie de cette vessie égale à l'ouverture avec la même force qui les pousse dans cette ouverture; de sorte que si le fluide qui entre a un degré de force, et que la surface de la vessie ait mille parties égales à l'ouverture, la vessie sera dilatée par mille degrés de force, quoique la liqueur ne soit poussée que par un seul degré. De tout quoi se déduit la nécessité de rétablir la longue branche du siphon, ou selon le langage de Petit, de la déboucher. De là l'emploi des bougies, par une ouverture préalable faite à la tumeur.

Il a cependant vu ce canal se déboucher naturellement, ou par le seul effet du bandage compressif sur la tumeur. Mais ces faits étaient pour lui des exceptions, dont il ne tenait nul compte pour les indications thérapeutiques. Aussi rejette-t-il, en thèse générale, l'emploi de la compression qui ne tend, selon lui, qu'à augmenter la tumeur en l'obligeant à se dilater d'un autre côté. Il est des cas seulement où, après l'opération, le sac ne revient point sur lui-même; alors l'eau froide ou un petit morceau de glace appliqué deux ou trois fois par jour a suffi; sinon il faut appliquer un bandage qui comprime modérément le sac, sans fermer les conduits lacrymaux.

Petit a observé le premier que la tumeur et même la fistule lacrymales pouvaient se montrer sur le trajet des conduits lacrymaux; il guérissait ces sortes de fistules à l'ordinaire, en incisant le sac lacrymal et dilatant le canal, sans toucher aux orifices fistuleux.

Telles étaient donc, à l'époque où nous sommes arrivés, les doctrines les plus avancées en Allemagne, en France, en Angleterre. Alors, comme aujourd'hui, la chirurgie allemande, plus studieuse et plus médicale à la fois, conservait mieux les traditions et se livrait moins à l'entraînement des inventions opératoires; tandis que les chirurgiens anglais et français, oubliant trop volontiers ce qu'on avait fait avant eux, préféraient hâter par le fer des guérisons qu'ils auraient pu obtenir autrement, mais avec moins d'éclat et de rapidité.

Petit, Monro et Heister ont émis quelques idées qui leur sont communes, et qui tirent de cette unanimité d'opinions une grande autorité. Il est très-remarquable de les voir tous trois tenter de déboucher le canal nasal, l'un avec une forte sonde, l'autre avec une sonde également forte, mais de plus presque pointue, le troisième avec une alène. Tous trois s'accordent aussi à rejeter le cautère actuel pour la carie de l'os unguis. Petit découpait l'os en petits fragmens avec un burin; Monro enlevait la carie avec de petites tenailles; et Heister remarque très-bien qu'en perforant largement cet os, on enlève tout ce qui est altéré (16).

Tous les trois se rencontrent encore pour le traitement tout nouveau d'une complication des fistules lacrymales déjà notée par Anel, l'oblitération des points ou des conduits lacrymaux. Heister ne regarde comme curable que l'oblitération causée seulement par une légère pellicule à l'ouverture des points lacrymaux; il perce cette pellicule avec une aiguille, et introduit de temps en temps dans le trou qu'on y a fait, une soie de porc ou un fil d'argent très-délié, jusqu'à ce que l'oblitération ne soit plus à craindre. Monro va plus loin; quel que soit le degré de l'oblitération, il conseille d'ouvrir le sac, puis de percer avec une aiguille ronde et courbe une des éminences des paupières où se trouve le point lacrymal, de manière que l'aiguille ressorte par l'incision du sac, et de laisser dans son trajet un fil ciré en manière de séton. Pareille opération sera faite pour l'autre point, et les petits sétons entretenus jusqu'à ce que les conduits soient bien formés. Petit a observé que l'oblitération des conduits lacrymaux n'est quelquefois qu'apparente, et cède à de simples injections; si elle est réelle, il essaie de forcer l'obstacle avec la sonde lacrymale, puis il conserve le passage à l'aide d'injections fréquentes; une fois même il passa dans le conduit lacrymal inférieur un fil d'or très-mince qu'il laissa à demeure quelque temps; et, bien que le conduit supérieur restât bouché, le malade guérit sans larmolement.

L'impulsion donnée par ces trois grands praticiens continua long-temps dans

le même sens. Après Heister, Platner enseigna que l'inflammation est la cause la plus fréquente des tumeurs lacrymales. Dans le premier degré, c'est-à-dire, quand la tumeur est récente et contient un liquide clair et à peine mêlé d'un peu de puite blanche, le cathétérisme et les injections d'Anel réussissent presque toujours, et n'échouent presque que dans les mains des chirurgiens inexpérimentés. Ici se trouve une remarque pratique qui peut être importante à noter, c'est que ce traitement est moins souvent suivi de succès chez les individus qui ont le nez retroussé et très-déprimé.

Sharp, au contraire, déclare qu'il ne comprend pas de quel secours peuvent être les injections d'Anel, et il attribue les succès de celui-ci à la compression qu'il employait quelquefois. Quant à lui, il y va de propos très-délibéré; s'agit-il d'une tumeur lacrymale simple, il l'ouvre, panse avec les détersifs; et dès que la suppuration commence à diminuer, il introduit à chaque pansement dans le canal une petite sonde ou un fil d'argent pour le dilater: si l'abcès est tellement sordide que l'incision ne le guérisse pas, il faut emporter un morceau du sac. Sharp a établi un des premiers que la carie de l'os unguis est fort rare; il n'en avait jamais vu un seul exemple. Cela ne l'empêchait pas, s'il trouvait cet os dénudé, de le perforer, en essayant toutefois de déboucher le canal naturel; et ce n'était que quand celui-ci n'admettait aucun instrument, qu'il cherchait à entretenir le canal artificiel.

Sans avoir tout-à-fait recours à une chirurgie aussi expéditive, tous les efforts en France étaient dirigés vers un seul but, dilater le canal rétréci ou obstrué. Les uns, avec Lecat, se servaient de sétons, les autres de bougies; quelques praticiens, dit Lafaye, préférèrent mettre dans le canal une petite canule d'or, d'argent ou de plomb, qu'ils y laissent lors même que la plaie se ferme, et qui tombe par la suite dans le nez (17). Laforest, encouragé par quelques mots de Lafaye, imagina de pratiquer par le canal nasal même toutes les opérations qu'on avait faites jusqu'alors par les points lacrymaux ou par l'incision du sac; la dilatation avec des sondes pleines laissées à demeure, les injections avec des sondes creuses, le seton à l'aide de la sonde aiguillée (18). Le premier moyen convenait dans les cas d'obstruction ou rétrécissement du canal; le second, dans ceux d'ulcération ou d'engorgement du sac lacrymal, et même dans les cas de carie de l'os unguis; le troisième, dans les cas de fistule ouverte à l'extérieur. Cependant il finit par rejeter le seton, ayant trouvé plus d'avantages à l'emploi de la sonde creuse à demeure, qui lui servait aussi à faire des injec-

tions. Enfin, si le sac était trop dilaté et relâché, il cherchait à lui rendre son ressort avec des injections astringentes et spiritueuses, sans avoir jamais recours à la compression. L'un des grands avantages de cette méthode était de ne pas nécessiter d'incision. Méjean voulut parvenir au même but en tirant un séton de bas en haut, à l'aide d'un fil passé à travers le conduit lacrymal supérieur.

Louis, en rendant compte de ce dernier mémoire, réhabilita l'incision comme nécessaire dans certains cas. Ainsi, quand la tumeur dépend de l'état du sac lacrymal même, devenu fongueux et fort ulcéré, ce qu'on connaît à deux signes, savoir : la quantité de pus qui sort avec les larmes, et la facilité de faire passer le pus dans les narines par la compression ; alors sondes, bougies, sétons, tout est inutile ; il faut ouvrir la tumeur et panser mollement avec des bourdonnets chargés de remèdes détersifs, dessiccatifs ou fortifiants : cette opération lui réussit trois fois. Ses réflexions sur les variétés de cette maladie, le souvenir des cures spontanées relatées par Maître-Jan, lui firent poser en principe l'utilité des procédés les plus doux et les plus simples ; les fumigations vulnéraires et balsamiques lui semblaient devoir, dans quelques cas, servir à déterger les voies lacrymales. Il approuvait pourtant, en bien des cas, l'usage de la canule ; et par exemple, lorsque la peau qui recouvre le sac, trop amincie, laisse replier en dedans les lèvres de la plaie ; circonstance qu'il avait vue entretenir la fistule même après la liberté du canal rétablie.

Déjà quelques années auparavant, Ledran, l'un des plus dignes rivaux de J.-L. Petit, avait émis des idées assez différentes de celles de son émule. La tumeur provient de deux causes : tantôt c'est une dilatation du sac par une obstruction quelconque du canal nasal, et il suffit pour cela du gonflement de la membrane pituitaire qui obstrue l'orifice inférieur du canal, ou d'un léger gonflement des membranes du sac lui-même, et les larmes s'y arrêtent ; d'autres fois il y a inflammation soit des parties ambiantes, soit du sac et du canal nasal même. Au début, on combat la maladie par le régime, les saignées, et tous les adoucissans possibles employés en collyres, en fomentations ou en cataplasmes ; il faut vider le sac par la pression plusieurs fois par jour. Si les larmes qui refluent ainsi ont une couleur blanche, c'est un signe que la paroi du sac commence à souffrir ; au lieu des injections par les points lacrymaux, il suffit de mettre dans l'œil deux ou trois gouttes d'eau de Balaruc ou d'une autre solution dessiccative, attendu que, si les points lacrymaux sont ouverts, la liqueur est prise par eux et portée dans le sac. « J'ai vu, ajoute Ledran, guérir plusieurs

de ces fistules qui n'avaient commencé que depuis quelque temps, et où le sac lacrymal n'était encore que médiocrement dilaté. »

Si le sac était trop dilaté, il l'ouvrait et faisait des injections dans le canal; il agissait de même quand l'inflammation avait amené la suppuration du sac. Il rejette l'emploi des bougies, 1^o parce qu'elles peuvent déchirer le canal; 2^o parce que leur introduction et leur séjour causent beaucoup de douleur; 3^o parce que le canal ne peut être dilaté, et n'a pas besoin de l'être. Il avoue cependant qu'on en a employé quelquefois avec succès.

Cette sorte de réaction contre les idées mécaniques de Petit n'eut pas d'abord grand retentissement. Pendant long-temps encore on ne vit dans la fistule qu'un rétrécissement à traiter; bien plus, malgré les inconvénients du séton de Méjean, si bien signalés par Louis et depuis démontrés par l'expérience, Pouteau nous apprend qu'il était généralement préféré; on trouvait les procédés de Laforest trop difficiles, et ceux de Petit et de Lecat obligeaient à faire une incision. Ce fut pour éviter la cicatrice apparente de cette incision, que Pouteau imagina de la faire entre la caroncule lacrymale et la paupière inférieure. Quelques chirurgiens gardaient le procédé de Petit, mais la plupart préféraient le séton. C'est ainsi qu'il a passé entre les mains de Desault, de Sabatier, de Boyer, et qu'avec M. Roux il a de nouveau repris sa prééminence à l'Hôtel-Dieu.

Cependant, à côté de ces traditions, si fidèlement transmises, de l'Académie royale de chirurgie, nous ne devons pas omettre d'autres travaux qui eurent malheureusement moins de retentissement parmi nous qu'à l'étranger, et auxquels j'accorde une très-haute importance: je veux parler de ceux de Janin et des deux Pellier.

Janin, à qui l'on doit le meilleur travail de physiologie sur l'appareil lacrymal, regardait le sac lacrymal comme un réservoir analogue à la vessie urinaire, idée que Petit semble aussi avoir eue, mais qu'il sacrifia à sa théorie du siphon. Si l'on instille dans l'œil quelques gouttes de teinture d'aloès, dit Janin, elle sera bientôt pompée par les points lacrymaux; cependant deux ou trois minutes s'écouleront avant que le liquide arrive au gosier, où sa présence est annoncée par une amertume insupportable. Donc cette liqueur a séjourné dans le sac lacrymal; donc ce sac se remplit avant d'entrer en contraction et de vaincre la résistance de son sphincter. Ce sphincter se trouve vers le milieu du canal; en effet, quand on veut le déboucher à l'aide d'une sonde, c'est là que se

trouve la résistance; de plus, quand on se sert de mèches, on remarque que la portion de mèche abreuvée de matière se retire avec aisance, tandis que si l'on veut retirer, deux minutes après, la portion qu'on vient de lui substituer, on sent celle-ci fortement retenue. Enfin, il citait à l'appui un cas d'autopsie qui démontrait parfaitement, selon lui, la présence de ce sphincter. Cependant, chez quelques sujets, il pense que ce sphincter est situé plus bas, et même à l'orifice inférieur.

La cause principale de la rétention des larmes est donc la constriction spasmodique du sphincter, qu'on peut vaincre par des injections émoullientes avec la sonde d'Anel, ou en instillant un collyre dans le grand angle de l'œil. Si la rétention a été portée jusqu'à faire perdre au sac sa faculté de contraction, c'est aux toniques et aux stimulans qu'il faut recourir; ils conviennent également quand la tumeur rend une humeur puriforme. Si la résistance du sphincter est trop forte, il faut ouvrir le sac et passer un séton dans le canal.

Dans certains cas, qu'il a observés bien des fois, la rétention des larmes est due au passage, dans le sac lacrymal, de la chassie sécrétée par les glandes de Méibomius altérées, et qui sollicitent la constriction du sphincter; il suffit alors de remédier à l'ophthalmie et à l'état vicieux des glandes de Méibomius. Il prescrivait à cet effet l'usage de sa pommade ophthalmique, de se laver les yeux soir et matin avec de l'eau de saturne, de se purger tous les trois jours, de suivre un bon régime et de se tenir la tête peu couverte. On reconnaît ici les idées et jusqu'au traitement de Scarpa pour le flux puriforme. Enfin, Janin, dans sa longue carrière, n'avait vu qu'une seule carie de l'os unguis, encore était-elle causée par un coup de feu; aussi il doute que cet os puisse se carier sans causes externes.

Il ne faut pas omettre une observation très-précieuse et qu'a tort on a laissé oublier. On sait que J.-L. Petit, admettant la pression des paupières et l'action du siphon pour expliquer la marche des larmes, avait avancé que la tumeur lacrymale, vidée le soir, se remplit durant le sommeil. Saint-Yves, bien avant J.-L. Petit, avait noté au contraire que la tumeur se remplit le jour et se vide dans la nuit; ce qu'il attribuait à un pli formé par la muqueuse du canal dans l'état de station, qui disparaissait dans le décubitus. Janin démontra que la tumeur se remplit aussi bien dans le décubitus, lorsque les yeux sont ouverts; il pensait qu'alors la pression continue des paupières forçait la résistance du

sphincter; théorie infiniment contestable, mais qui n'ôte rien à la valeur du fait. Il ne s'agissait donc que d'assurer cette pression des paupières en tenant les yeux fermés; il essaya, et en effet la tumeur ne reparut point; le trente-neuvième jour le malade était guéri, et un succès aussi complet fut obtenu sur dix autres personnes. Malheureusement pour l'efficacité de ce moyen si simple, Janin crut devoir y joindre des injections matin et soir.

Ces injections elles-mêmes doivent souvent varier; il a vu des malades dont l'affection ne cède qu'à l'eau céleste ou collyre bleu (solution de sel ammoniac dans l'eau de chaux); d'autres à l'eau de camphre; quelques-uns à son eau stimulante, solution d'un demi-gros de pierre infernale dans deux onces d'eau de fontaine, mais à laquelle il ajoutait d'ordinaire huit onces d'eau pour s'en servir en injections.

A côté des beaux travaux de Janin, ceux des deux Pellier, père et fils, méritent une place honorable. Pellier père revint à la canule oubliée, la perfectionna et obtint de grands succès (19). Il avait commencé par la mettre dans une perforation de l'os unguis; mais le tuyau étant uni, comme l'avait décrit Platner, des replis du sac lacrymal en obstruèrent l'orifice; le malade ne guérit point. Pellier établit un bourrelet vers cet orifice; essaya la nouvelle canule sur un autre malade, et la guérison se maintint sept ans; après quoi la canule remonta et sortit par un trou qui se fit à la peau, à la suite d'un dépôt purulent dans le sac lacrymal. Il ajouta donc un second bourrelet, afin que, les parties se resserrant dans l'intervalle étranglé qui le séparait de l'autre, l'instrument fût fixé d'une manière immobile; et enfin, en 1777, il la plaça dans le canal nasal, et ne se servit plus d'autre procédé, même quand l'os était carié. Ce qui était particulier à Pellier, c'est qu'il faisait plusieurs jours de suite des injections par la petite plaie, qu'il ne laissait cicatriser qu'après.

Cette canule, un peu plus longue que celle des anciens, doit varier de longueur et de grosseur suivant les sujets. Pellier ajoute que le cornet inférieur se colle quelquefois de telle façon à l'orifice du canal, ou que le canal osseux lui-même peut se trouver si étroit *qu'on ne peut l'enfiler*, et que ces hasards peuvent rendre la cure imparfaite entre les mains des plus habiles opérateurs. Dans ce cas, il revenait au séton qu'il introduisait par un procédé très-ingénieux (20).

G. Pellier, son fils cadet, qui a écrit sur la fistule lacrymale le travail le

plus volumineux que je connaisse, distingue avec assez de soin les indications. Dans la tumeur lacrymale simple, sans inflammation ni obstruction, le mucus étant seulement un peu trouble, il se loue des injections faites comme Anel et Janin. Il a vu un cas où l'étroitesse des points lacrymaux ne lui permit pas d'introduire la canule; il eut recours alors aux injections à la méthode de Laforest. Quand un obstacle ferme aussi à la sonde l'orifice inférieur du canal, il recommande l'incision simple de la tumeur, et, chez les femmes qui craignent la cicatrice, l'incision de Pouteau qu'il a faite avec succès, mais qui entraînerait des inconvéniens chez les sujets de mauvaise constitution.

Si les inconvéniens de la maladie se bornent à un épiphora, on peut encore essayer des injections d'Anel ou de Laforest; mais si elles échouent, il est plus prudent d'abandonner le mal à la nature que de chercher d'autre traitement pour le guérir. Les lotions avec l'eau céleste ou un collyre vitriolique empêcheront ses progrès, et même à la longue peuvent amener la guérison.

Quand il y a hydropisie avec épaissement des larmes, mêmes injections; le bandage compressif est de nulle valeur. Au reste, cette affection est la plus opiniâtre de toutes, le séton même n'y réussit point; si bien que G. Pellier avait été conduit, quand elle était de vieille date et accompagnée d'une obstruction un peu forte, à la traiter tout d'abord par la canule à double bourrelet passée à travers l'os unguis.

Quand il y a obstruction, et que le mucus est jaunâtre et épais, tous les dilatans peuvent guérir, et il employait même quelquefois les tentes d'éponge préparée; mais la canule mérite la préférence; et chez les femmes il l'introduisait à l'aide de l'incision de Pouteau. Pour celles même qui refusaient toute incision, il dilatait le canal avec la sonde pleine de Laforest, et terminait le traitement par les injections d'Anel.

Enfin dans la carie de l'os unguis, qu'il a vue plusieurs fois, la canule dans le canal n'ayant pas empêché chez un de ses malades le retour de la fistule, il la plaçait dans une ouverture faite à l'os unguis.

Ainsi G. Pellier ne rejetait aucune méthode; et ses jugemens ont d'autant plus d'autorité qu'il les a à peu près essayés toutes. Il a l'air de pencher quelquefois pour le séton et même le séton de Méjean; mais il faut se souvenir qu'il

avait imaginé plusieurs instrumens pour retirer le stylet par les narines, et faire la part de la prédilection de l'inventeur pour ses découvertes. G. Pellier se recommande encore à l'historien par une opération bien rarement faite; car c'est le seul après J. L. Petit qui l'ait pratiquée. Il s'agit de la perforation des points lacrymaux oblitérés complètement par suite de la variole, avec un stylet bien aigu, qu'il remplaça plus tard par une aiguille spéciale; il perça le mamelon du point lacrymal inférieur, enfonça l'instrument à une profondeur d'une à deux lignes vers le sac lacrymal, en soutenant de l'autre main la paupière tendue à propos pour ne pas faire fausse route. Il s'assura avec un stylet mousse que la ponction était parvenue dans le sac lacrymal; des injections continuées deux fois par jour pendant environ trois semaines assurèrent la position du conduit; et dans les deux cas où il fit cette opération le larmolement disparut presque complètement (24).

Pour terminer ce qui a trait à l'histoire de la fistule lacrymale en France durant le 17^e siècle, je mentionnerai une méthode toute nouvelle et dont peu d'auteurs ont parlé, proposée par M. Bosche de Lyon dans une thèse soutenue à Montpellier, en 1783. Elle consiste, quand tous les moyens ont échoué, à cauteriser les points lacrymaux pour en obtenir l'oblitération. Pellier la traite tout simplement d'absurde (22).

Je reviens actuellement à la chirurgie anglaise. De même que Louis et Ledran en France, P. Pott voulut aussi faire la part des agens médicaux dans le traitement des fistules lacrymales. Il en distinguait quatre variétés.

Quelquefois il n'y a qu'un écoulement séreux, par lequel la muqueuse du canal est épaissie au point de l'obstruer; il n'y a ni inflammation ni douleur; la tumeur contient une matière claire et visqueuse, tout au plus quelquefois trouble, et comme mêlée avec du lait ou de la crème. Le sac est plus ou moins dilaté; et Pott lui-même rapproche cette variété de la hernie ou hydro-pisie du sac. Secondement, il peut survenir une inflammation, par suite de laquelle le liquide prend un aspect purulent. On admet qu'il y a un abcès ou un ulcère du sac ou du canal: c'est à tort; cette matière jaune n'est que du mucus altéré par son séjour et par l'irritation du sac; et la muqueuse garde son intégrité. Troisièmement enfin, il y a fistule; quatrièmement carie de l'unguis; mais ceci est fort rare; et n'arrive guère que dans la fistule qui dépend du virus syphilitique.

Dans le premier cas, Pott rejette toute opération. Il a essayé la compression, sans jamais l'avoir trouvée utile; les injections d'Anel lui ont souvent réussi, quand le sac était peu dilaté et le mucus parfaitement clair. Mais il suffirait alors de vider de temps en temps le sac par la pression, et d'entretenir les paupières dans un état de fraîcheur et de propreté par le fréquent usage d'un collyre vitriolique, pour empêcher les progrès de la maladie et lui ôter tout inconvénient. Nous venons de voir ce précepte répété par G. Pellier.

Dans le second cas, il faut inciser le sac et le distendre modérément, avec une éponge préparée, avec un linge sec, durant deux ou trois jours, puis panser mollement, et surtout s'abstenir des irritans et des caustiques. Il a vu souvent, quand la première inflammation était tombée, un pansement superficiel, avec une pression modérée, suffire pour la guérison. Ce n'était donc qu'en cas d'obstruction plus forte, qu'il plaçait dans le canal une bougie ou une sonde de plomb; et quand on le juge assez dilaté pour fermer la plaie extérieure, il faut, durant la cicatrisation de celle-ci, faire une pression modérée sur le sac pour prévenir un nouvel amas de mucus. Pott fait ici cette importante remarque, que plus d'une fois, bien que le canal nasal fût resté libre, comme le prouvait le passage des injections et du mucus même, cependant un nouvel amas de mucus se formait. Il recommençait le traitement, et tantôt alors la cure se soutenait, tantôt la tumeur récidivait encore. Déjà Louis avait vu, avec Verdier, de semblables récidives avoir lieu chez des sujets auxquels J.-L. Petit avait rendu le canal bien libre; ils ne guérèrent qu'après la perforation de l'os unguis.

Enfin, quand il y avait fistule, Pott agrandissait l'ouverture par une incision, et agissait ensuite comme il vient d'être dit. Dans la carie, il perforait l'os unguis à l'aide d'un trocart courbe.

Les préceptes de Pott firent aussi peu d'effet sur ses compatriotes que ceux de Louis et de Ledran en France; en effet, en 1775, nous voyons Warner s'écrier que l'opération seule peut guérir cette maladie; et son unique opération, à lui, était l'incision ou même l'excision de la peau, et la destruction de l'os unguis, carié ou non (25). En 1780, W. Blizard, n'apercevant dans les injections d'Anel qu'un moyen de vaincre le rétrécissement, les pratiquait avec le mercure (24); en 1781, Wathen imaginait de placer la canule dans le canal, sans se douter de la priorité de Foubert et de Pellier (25); quelques an-

nées plus tard, B. Bell, réservant le traitement médical aux cas franchement et primitivement inflammatoires, tels qu'un catarrhe violent, rejetait à la fois dans tous les autres, et les injections d'Anel, et celles de Blizard, et l'incision simple du sac; mais il portait dans le canal un stylet assez fort, puis il entretenait la dilatation à l'aide d'une sonde de plomb qu'il ne retirait qu'après huit à neuf semaines; ou bien il perforait l'os unguis à la manière de Pott, et ne mettait de canule dans ce canal artificiel que lorsqu'il y avait eu récurrence. Comme on voit, il avait pris de la doctrine de Pott ce qui se rattache à l'idée de l'obstruction, et avait laissé de côté tout le reste. Il confesse d'ailleurs qu'il est rare d'obtenir par ces moyens aucun avantage permanent. J.-F. Pellier ayant pratiqué devant lui la méthode de la canule, il l'adopta avec enthousiasme. Hunter, vers le même temps, imaginait son instrument, modifié en France par Manoury, pour la perforation de l'os unguis.

L'ouvrage très-intéressant de Ware clôt pour la Grande-Bretagne cette revue du 18^e siècle. L'obstruction des voies lacrymales peut siéger dans les points et les conduits lacrymaux, dans le sac lui-même et dans le canal nasal. Dans le sac, l'obstruction est produite par l'épaississement de la muqueuse, ou par le dépôt d'un mucus épaissi dans la partie inférieure du sac, ou enfin par la contraction du sphincter. Ces trois causes peuvent exister ensemble ou séparément. Dans ces divers cas, on a obtenu de bons effets d'onctions stimulantes aux bords des paupières et sur le sac lui-même, mais c'est un espoir fort incertain; les injections de mercure, qui lui ont réussi deux fois, ont échoué dans le plus grand nombre de cas. Si l'on pouvait nettement diagnostiquer ces divers cas, lorsqu'il n'y a qu'un mucus épaissi, il suffirait des injections d'eau chaude à la manière d'Anel; pour l'épaississement de la muqueuse, les solutions vitrioliques ou saturnines, et l'extraction d'une petite quantité de sang, soit par les sangsues posées près du sac lacrymal, soit par la ponction de la veine angulaire, seraient plus convenables; enfin dans la constriction simple, les remèdes devraient être de nature relâchante et sédative. Mais ce diagnostic étant fort incertain, Ware commençait en général par les injections d'eau chaude durant quatre ou cinq jours; si ces injections ne passaient pas, il ouvrait la veine angulaire ou mettait des sangsues, et en même temps essayait les effets d'une faible lotion vitriolique ou anodyne; si l'obstacle résistait encore, il pratiquait le cathétérisme d'Anel, après lequel les injections passaient sans difficulté; enfin quelquefois il recommandait un sternutatoire

fortement stimulant, une heure environ avant le coucher; et le flux déterminé sur la muqueuse nasale contribuait souvent beaucoup à dégager le canal. La compression lui avait paru utile dans quelques cas de tumeur et d'obstruction légères.

Dans les cas d'obstruction très-forte, auxquels il réservait spécialement le nom de fistule lacrymale, il avait renoncé à la canule pour le stylet placé à demeure, procédé très-remarquable, auquel on n'a pas fait en France toute l'attention qu'il méritait. Le hasard lui montra qu'un stylet métallique placé dans le canal faisait cesser le larmolement presque immédiatement; il en conclut que les larmes passaient entre le stylet et la muqueuse; c'est là une de ces idées que l'emploi de la sonde à demeure dans l'urètre a rendues familières, et que personne que Ware n'avait appliquée au rétrécissement du canal nasal. Il croit cependant que le stylet ainsi placé a une autre vertu, qui est d'attirer les larmes par une attraction semblable en quelque sorte à celle des tubes capillaires. Si le canal était entièrement oblitéré, il perforait l'os unguis et y plaçait de même son stylet.

A travers ces innovations de Ware, on reconnaît néanmoins une tendance à se rapprocher des idées médicales; il a emprunté à Heister jusqu'à sa division des tumeurs en *épiphora* et en *fistule lacrymale*; division que Heister lui-même avait assez mal à propos copiée des anciens. Mais c'est en Allemagne surtout que ces idées conservaient leur vigueur, et prenaient une forme qui domine encore l'école allemande actuelle.

Richter, l'auteur classique de cette époque, plus riche encore des faits d'autrui que des siens, les classa d'une manière très-remarquable, et qui fit une profonde sensation. La première espèce de fistules est due à une obstruction réelle du canal. Mais cette obstruction est très-rare; les récidives, bien que le canal soit ouvert, les tumeurs lacrymales intermittentes, la facilité de faire couler l'humeur dans les narines par la pression en sont autant de preuves. Il rejette l'épaississement du mucus comme cause d'oblitération. L'inflammation amène quelquefois immédiatement la fistule, en gonflant la muqueuse du canal; les antiphlogistiques sont le seul remède; et toute manœuvre chirurgicale doit être rejetée. Si l'inflammation distend tellement le sac qu'il menace de rupture, il faut l'inciser, pour éviter l'ulcération qui a toujours lieu quand il s'ouvre de lui-même. L'inflammation peut aussi laisser à sa suite une oblitération réelle du canal.

La seconde espèce est entretenue par un simple épaissement et une tuméfaction inflammatoire des membranes du canal ; la fistule diminue ou augmente en raison du gonflement ; la dilatation du canal, ne détruisant point cette tuméfaction, n'est d'aucune utilité. La cause première est syphilitique, ou scrophuleuse, ou rhumatismale. La répercussion d'une dartre, et même de la gale peut y donner lieu ; mais elle succède fréquemment aux fièvres éruptives.

La troisième espèce est due à l'atonie du sac ; c'est cette variété qui constitue fréquemment les récidives ; elle est alors d'autant plus difficile à guérir.

Ces trois variétés se présentent chacune sous plusieurs degrés ; dans le premier, le liquide est clair ; dans le second il devient puriforme et il y a inflammation ; dans le troisième, fistule ; dans le quatrième, ulcération de l'intérieur du sac qui se remplit de chairs fongueuses ; l'os unguis est carié pour l'ordinaire. Ce dernier degré est rare, et ne se rencontre guère que dans la seconde espèce. Du reste, la fistule peut rester toujours au premier degré, ou se montrer tout de suite au second ; ses phénomènes ne sont soumis à aucun ordre régulier de succession.

Le traitement varie suivant tous ces cas. L'oblitération passagère due à une simple inflammation ne veut que des antiphlogistiques. Si elle est réelle, il faut ouvrir le sac, panser avec la charpie durant quelques jours, puis déboucher le canal avec une aiguille à tricoter ; on le dilate alors avec des cordes à boyau dont on accroit successivement le volume ; quand il est suffisamment dilaté, on le dessèche avec des injections dessiccatives ou une bougie de plomb, et on réunit la plaie. Aucun des autres procédés ne trouve grace aux yeux de Richter ; aux injections d'Anel, il préfère la pression sur la tumeur pour forcer le liquide à traverser le canal nasal, procédé dont M. Demours dit aussi s'être servi nombre de fois avec succès. Toutefois il convient qu'il arrive *très-souvent* des récidives.

Pour la seconde variété, il faut agir d'après la cause qui a occasioné la maladie. La fistule qui a suivi la variole est une des plus opiniâtres ; le tartre stibié à doses nauséuses est ce qui convient le mieux. Pour la fistule syphilitique, le mercure ; dartreuse ou galeuse, la pommade de Jasser ; scrophuleuse, des injections d'une solution d'un scrupule de pierre infernale dans deux onces d'eau et autant d'eau-de-vie ; le soufre d'antimoine, la ciguë et le mercure doux à l'intérieur. Si elle est rhumatismale, le vin d'antimoine avec l'extrait d'aconit est

recommandé; plus, des lotions sur le sac avec l'esprit de Mindérérus. Les bains et les antimoniaux conviennent à celle qui suit la rougeole. Si la cause demeure inconnue, des purgatifs et un exutoire.

Dans la troisième espèce qui succède d'ordinaire aux deux autres, la perforation de l'os unguis est le moyen le plus sûr. Cependant elle cède assez souvent aux topiques fortifiants et astringens et aux injections de solution de pierre infernale; la compression même peut encore être utile.

Ces règles générales se modifient suivant les degrés du mal. Dans le premier degré, on ne doit jamais recourir à l'opération, après laquelle le larmolement persiste d'ordinaire, surtout s'il s'agit d'une fistule de la seconde espèce, et surtout encore chez les enfans, chez qui l'opération présente des difficultés particulières. Dans le second degré, l'inflammation très vive demande l'incision du sac. Dans le troisième, ou bien on agrandit l'ouverture, ou bien on en fait une autre dans un lieu plus convenable; dans le quatrième il faut perforer l'os unguis et y mettre une canule. La figure donnée par Richter convient à la canule de Lecat.

Les points lacrymaux peuvent être oblitérés, quelquefois dès la naissance; il note une autre cause de cet accident, l'usage des mèches. Richter n'a foi alors en aucune opération, et laisse la maladie à elle-même.

On voit quelle distance sépare ce chapitre de Richter de ceux que nous avons parcourus jusqu'à présent, et quelle foule d'indications nouvelles s'y trouvent jetées. A la vérité, avant lui et même avant Maître-Jan, on avait noté la dépendance où étaient certaines fistules lacrymales de quelques vices généraux; mais part leurs conséquences, leurs symptômes, leur traitement n'avaient été si bien nulle déduits, si clairement systématisés. Dans le dix-neuvième siècle, les grandes guerres de l'empire rompant les communications avec l'Allemagne, nous firent long-temps perdre de vue ces belles idées pathologiques que Beer devait encore amplifier.

Nous avons peu à dire des autres pays. Calliseen dans le Nord écrivait un traité fort sec, fort dogmatique, fort classique, où l'amour de la classification est si flagrant dans les moindres choses, qu'on ne saurait dire au juste où s'arrête l'imagination et où prend place l'expérience de l'auteur. L'Italie suivait les lois de l'académie de chirurgie, qui lui étaient transmises par Bertrandi. Cependant Angiolo Nannoni n'ayant obtenu de succès complet ni avec la bougie de Pott, ni par la perforation de l'os unguis, proposa et mit en pratique la des-

truction du sac lacrymal. Il l'ouvrait avec le bistouri, le remplissait de charpie douce, et quand la douleur était passée, le détruisait avec un escarrotique composé d'alun et de précipité. Son fils, Lorenzo Nannoni, avait gardé cette pratique, et même dans les cas rebelles il recourait au cautère actuel.

Nous voici arrivés à cette brillante époque du dix-neuvième siècle; mais les principaux auteurs qui ont écrit depuis trente ans sont entre les mains de tout le monde, et nous ne rappellerions en les analysant que des choses connues, où la mémoire de chacun de nos lecteurs nous aurait devancé. D'ailleurs, après tant de travaux antérieurs, il était difficile d'innover sur la matière. Scarpa, dont les idées sur le flux palpébral parurent si hétérodoxes, n'avait eu que le tort de trop généraliser une observation de Janin. Monteggia et Baratta qui viennent après, ont donné plus d'attention à l'obstruction du canal, ainsi que l'ont fait en France nos meilleurs pathologistes. Une vive réaction s'est cependant prononcée depuis quinze à dix-huit ans; M. Demours en a donné le signal; M. Lisfranc a transporté dans les grands hôpitaux la méthode antiphlogistique appliquée avec vigueur et succès aux tumeurs et même aux fistules lacrymales, et dans cette école même, M. P. Dubois lui a fait une large part; enfin l'ouvrage de M. Steeber a pour but de la répandre davantage parmi les praticiens. En Allemagne, Beer et Weller ont continué l'école de Richter représentée en Angleterre par M. Mackensie; tandis que M. Travers insiste davantage sur la désobstruction du canal.

Du reste, si le génie de la chirurgie française l'a entraînée un peu trop peut-être dans la voie des manœuvres opératoires, on a vu dans ce résumé que les idées médicales n'ont jamais été entièrement négligées parmi nous; nous avons trouvé marchant parallèlement, pour ainsi dire, dans cette double voie, Maître-Jan et Anel, Ledran et Petit, Janin et Pellier, Boyer et M. Demours, Dupuytren et M. Lisfranc; et si l'Allemagne offre dans sa médecine oculaire quelques travaux plus complets et mieux systématisés que les nôtres, elle est restée du moins bien loin en arrière pour les ressources opératoires, perfectionnées en France surtout par l'étude approfondie de l'anatomie chirurgicale.

En résumant maintenant tous ces faits et ces doctrines diverses, on voit que la tumeur et la fistule lacrymale sont bien loin d'être toujours identiques, et qu'elles comptent de fort nombreuses variétés. On peut cependant les réduire aux suivantes :

- 1^o Tumeur et fistule des conduits lacrymaux;
- 2^o Tumeur du sac lacrymal, sans inflammation ni rétrécissement du canal nasal;
- 3^o Tumeur du sac lacrymal avec inflammation;
- 4^o Rétrécissement organique du canal nasal;
- 5^o Obstruction complète du canal;
- 6^o Fistule du sac lacrymal, entretenue par l'une des circonstances précédentes;
- 7^o Carie de l'os unguis;
- 8^o Tumeur ou fistule compliquée de l'oblitération des points lacrymaux.

Nous parcourrons successivement ces affections, en indiquant le traitement que chaque cas nous paraît réclamer de préférence. C'est ainsi seulement que la question proposée nous a paru pouvoir être résolue.

1^o *Tumeurs et fistules des conduits lacrymaux.*

J. L. Petit a observé le premier cette sorte de tumeur. Morgagni, dit-on, en cite un cas que je n'ai pu vérifier; M. Boyer en nie la possibilité. Elle paraît cependant démontrée, et M. Perrier (thèses de Paris, 1821, n^o 173), dit avoir constaté par l'autopsie une dilatation de ce genre du conduit lacrymal supérieur; le canal nasal était sain. La fistule pourrait y succéder; mais le plus souvent les fistules communiquant avec les conduits lacrymaux proviennent d'un abcès du tissu cellulaire ambiant; M. Boyer en a vu une qui était la suite d'une plaie.

Le traitement ne diffère pas de celui des tumeurs lacrymales ordinaires; seulement quand le canal nasal est obstrué, c'est le sac lacrymal qu'il faut ouvrir pour le déboucher (J. L. Petit). Nous n'en dirons pas davantage.

2^o *Tumeur du sac lacrymal, sans inflammation, ni rétrécissement du canal nasal.*

Elle est caractérisée en général par la nature du liquide, qui est limpide et

aqueux, ou visqueux et consistant comme de l'albumine, ou seulement un peu blanchi comme par addition d'un peu de crème.

Quel est dans ces cas l'état du sac, l'état des conduits lacrymaux, l'état du canal nasal? Il est fâcheux de le dire; après cent trente années de recherches, *nous n'en savons absolument rien*. Aucune autopsie que je sache n'a été publiée sur ce point; et quant aux hypothèses des auteurs, on sait quelle confiance elles méritent quand la preuve de fait n'est point venue les appuyer.

Celle qui m'a paru réunir à la fois le plus des suffrages et de probabilités est celle de Janin, qui admet une contraction spasmodique du sphincter, mais qui avoue que ce sphincter et cette contraction peuvent se trouver dans tous les points du canal. Sans admettre ici ni un sphincter spécial, ni une organisation musculaire, je pense que le spasme (j'emploierai ce mot faute d'un autre) peut avoir lieu dans la doublure fibreuse de la muqueuse du canal, ou dans la muqueuse même. Le derme ne se contracte-t-il pas par tout le corps sous l'impression du froid? Ne sait-on pas que, sous l'influence de la même cause, l'orifice du prépuce se rétrécit tellement chez les individus atteints de phimosis naturel, que la sortie de l'urine devient très-difficile et même douloureuse? Enfin, ce qu'on appelle rétrécissemens spasmodiques de l'urètre, n'ont-ils pas lieu dans des points de ce canal où nulle fibre musculaire n'existe pour les expliquer? Cette hypothèse, car je ne l'accepte qu'à ce titre, rend d'ailleurs compte de la grande majorité des faits.

Dans d'autres cas, il s'y joint une cause de rétention toute nouvelle. Le liquide contenu dans le sac n'est pas seulement formé par les larmes; sa viscosité atteste souvent une sécrétion muqueuse. Ces phénomènes n'ont pas lieu sans une légère irritation, qui, après avoir été effet, devient cause à son tour et augmente à la fois la tumeur et l'obstruction spasmodique. Il arrive alors ce que tout le monde a vu dans ces restes de gonorrhée chronique, qui sont le premier degré des rétrécissemens. Dans la portion irritée se sécrète un mucus plus épais, qui sort avec l'urine sous forme filamenteuse, et qui, lorsque le rétrécissement est très-étroit, le remplit tout-à-fait sous forme de bouchon. Richter a nié cette circonstance; une observation de M. Demours me paraît en démontrer la réalité. Une jeune fille avait une tumeur lacrymale; en la comprimant fortement avec le pouce, le chirurgien fit passer toute la matière dans les narines; elle tomba sur le mouchoir de la malade, entraînant avec elle une petite croûte sèche qui surnageait,

et que je regardai, dit l'auteur, comme l'obstacle sinon original, du moins actuel, qui avait complètement intercepté la communication. Il ajoute qu'il possède une assez grande quantité de faits de ce genre. M. Jobert m'a dit aussi avoir constaté par l'autopsie, chez un sujet très-robuste, mais scrophuleux à la vérité, que la partie inférieure du sac était bouchée par un amas de matières que quelques-uns prirent pour du pus concret, et qu'il jugea être de la matière tuberculeuse; le canal, à part cette circonstance, était libre et se laissait très-facilement traverser par un stylet ordinaire. Enfin, ne sait-on pas que le mucus épais obstrue très-souvent les canules? Janin et Scarpa ont pensé aussi que la chassie altérée et passée dans le sac pouvait obstruer le canal; je n'oserais soutenir sans preuve une pareille opinion. M. Demours, enfin, admet un épaissement de l'humeur du sac par des substances venues du dehors, comme chez les boulangers, les plâtriers, etc. L'observation qu'il cite à l'appui me paraît bien plus propre à combattre cette hypothèse.

Chez les sujets scrophuleux, il semble y avoir une cause d'obstruction presque permanente, et différente de celles qui viennent d'être signalées. C'est un engorgement des tissus qui en fait comme une espèce d'éponge, se gonflant par les temps humides, se raréfiant dans un air sec, et que nul remède ne peut complètement détruire; il est lié à la constitution.

Enfin, il est une autre sorte de tumeur qui est pour ainsi dire consécutive et tient au développement extrême du sac; c'est l'hydropisie d'Anel, la hernie de J. L. Petit, etc. Le canal est libre, la tumeur persiste; le sac, qui se confond avec le canal pour l'ordinaire, est devenu ici comme une espèce de vessie accidentelle, de réservoir véritable où les larmes s'accumulent naturellement. Comment s'est faite cette dilatation? Comme celle de l'urètre derrière un rétrécissement de vieille date; sans phlegmasie proprement dite; mais par une perturbation de la nutrition qu'on peut comparer aux dilatations de toutes les tuniques des artères, à l'ampliation de l'estomac, etc. Il paraît qu'alors les tuniques du sac sont un peu amincies; dans un cas, Janin les a trouvées tellement résistantes que le sac craquait sous la pression, et qu'à l'incision on aurait dit qu'elles étaient devenues cartilagineuses. Il y a là des indications toutes spéciales.

Dans le premier cas, nous avons vu la plupart des chirurgiens; et, chose à noter, principalement les oculistes rejeter toute opération. Les injections d'eau pure-tiède ou froide, ou de solutions astringentes, excitantes, aromatiques,

anodines, tout a réussi. Quand elles ne passent pas de prime-abord dans le canal nasal, il suffit de le déboucher avec la sonde d'Anel ; de même que quand la sonde vésicale a traversé un rétrécissement spasmodique, l'obstacle vaincu reste quelque temps sans reparaitre. Les fumigations dans les narines, les collyres entre les paupières, les bains d'yeux ont eu le même résultat ; et c'est probablement dans ces cas aussi que les douches des Eaux-Bonnes ont réussi à Borden, et les douches simples à M. Demours. Le soin de tenir l'œil fermé paraît aussi devoir singulièrement favoriser la cure.

Si l'on suppose qu'un mucus épaissi oblitère le canal, la sonde et les injections d'Anel suffiront pour la plupart des cas, et au besoin les injections à *tergo* par la méthode de Laforest. Pour détruire ensuite la prédisposition aux récidives, le remède dont on se loue le plus est la solution de nitrate d'argent.

Lorsque l'affection est scrophuleuse, il faut, pour compter sur une cure radicale, dompter d'abord le vice de la constitution ; mais je traiterai plus spécialement de la fistule scrophuleuse dans l'article suivant.

Enfin reste l'hydropisie ou la hernie du sac lacrymal. Tous ceux qui ont parlé de ces tumeurs sans les confondre avec d'autres, s'accordent à dire qu'elles sont extrêmement rebelles ; et cela se conçoit ; quel remède rendrait au sac sa petitesse primitive ? Le temps paraît ici le plus sûr moyen. Toutefois dans quelques cas favorables, Anel dit s'être bien trouvé du cathétérisme, des injections et d'un bandage compressif *très-long temps* continué ; J. L. Petit vante les réfrigérans ; d'autres l'incision et les caustiques. Si la difformité obligeait à recourir à une opération, il me semblerait beaucoup plus simple et plus sûr d'inciser une portion des parois du sac, comme Boyer dit l'avoir fait avec succès.

3^o Tumeur avec inflammation du sac lacrymal.

L'inflammation du sac lacrymal peut se montrer d'une manière aiguë. Elle paraît avoir été assez souvent confondue avec l'inflammation bornée au tissu cellulaire ambiant, qui est beaucoup plus rare. « Toute tumeur au grand angle de l'œil, dit M. Demours, à l'exception d'un cas sur cent peut-être, a son siège dans le sac lacrymal. » La suppuration du sac en est souvent la suite ; et l'abcès tend à se faire jour au-dehors.

Mais bien plus souvent l'inflammation est chronique. Je range dans cette classe les tumeurs lacrymales qui contiennent un liquide puriforme, blanc, jaune, ou même verdâtre. M. Demours pense encore que quand le pus prend ce dernier caractère, c'est un signe d'ulcération. Je ne nie point la possibilité des ulcérations; seulement je n'ai pas trouvé un seul fait où elles fussent démontrées par l'autopsie, si l'on en excepte les cas de fistule où lesac est nécessairement ulcéré en même temps que la peau. Mais on sait bien, par l'exemple de la gonorrhée, que le pus des muqueuses peut prendre tous les caractères du pus des ulcères sans qu'il soit besoin d'admettre des ulcérations.

Cette inflammation chronique offre une foule de nuances; tantôt légère et ne donnant que quelques gouttes de pus; tantôt le versant avec une abondance prodigieuse; ceci a lieu principalement chez les scrophuleux.

Le traitement de l'inflammation aiguë doit être totalement antiphlogistique. Si l'abcès du sac menace de percer la peau, il faut recourir à l'incision sans attendre; puis des pansemens simples, des topiques et des injections émollientes remettront toutes choses dans leur état normal; et s'il reste une disposition du canal à se resserrer, les injections résolutives et anodines la feront cesser.

L'inflammation chronique est trop négligée parmi nous. Une tumeur s'offrirait à Dupuytren; il l'opérerait sans hésiter; de là bon nombre d'insuccès. M. Lisfranc a montré quel parti on pourrait tirer dans ces cas des antiphlogistiques et des révulsifs sagement administrés, et il est souvent ainsi parvenu sans opération à une cure radicale. Mais lui-même n'a point voulu faire de cette manière d'agir une règle générale; l'inflammation peut en effet se trouver compliquée d'un rétrécissement, dont le plus souvent elle est elle-même la cause; les véritables indications dans ce cas sont de traiter l'inflammation d'abord, puis de s'attaquer au rétrécissement. Les premières fistules guéries par Anel étaient de ce genre, mais probablement avec un rétrécissement plutôt spasmodique qu'organique. D'ailleurs, nous ne bornons point le traitement antiphlogistique aux sangsues et aux émolliens; les solutions un peu irritantes conviennent sur la fin pour hâter la résolution; tous les oculistes en ont senti le besoin, et au premier rang, presque tous mettent le nitrate d'argent soit en pommade, soit en collyre, soit en injections.

L'inflammation du sac, chez les scrophuleux, s'accompagne généralement de celle des paupières et du canal nasal. Lorsque les phénomènes vraiment phleg-

matiques sont tombés, il reste cependant toujours cet engorgement dont j'ai déjà parlé, et qui disparaissant souvent de lui-même, pour revenir un peu plus tard, ne laisse pas plus de certitude contre ses récidives quand il a paru céder aux remèdes. C'est probablement là la cause principale de la rébellion de certaines fistules dont se sont plaints tous les oculistes. Il faut agir d'abord sur la constitution par les moyens généraux ; puis traiter le mal dans son siège local. On a conseillé l'incision ; je ne vois pas bien son but positif. La pression répétée pour vider la tumeur, les injections d'Anel, le soin de tenir l'œil bandé ; le cathétérisme d'Anel et de Laforest, tels sont les moyens à essayer avant d'en venir à une opération plus grave. Si la tumeur persiste néanmoins, je pense qu'il ne faut pas hésiter à placer une canule, et voici pourquoi.

Il n'y a pas rétrécissement, à proprement parler, mais c'est pourquoi tous les dilatateurs possibles ne sauraient répondre du succès. La muqueuse se gonfle en temps humide, et à la moindre irritation ; il faut donc opposer à cette tuméfaction sans cesse imminente, un obstacle également permanent. Le stylet de Ware et la canule remplissent seuls cette indication. Je dirai plus loin pourquoi la canule est préférable.

Mais il y a une autre objection. Lorsque l'inflammation est calmée, que la tumeur ne contient plus qu'un liquide limpide, et que le malade en est quitte pour un léger larmolement, est-il rationnel de pratiquer une opération ? « C'est une question que l'on résoudrait négativement avec moi, dit M. Demours, si je pouvais me permettre de nommer les habiles médecins et chirurgiens que je connais, qui ont un conduit nasal obstrué, et qui après avoir pesé, avec toutes les connaissances requises, les avantages et les inconvénients des procédés opératoires, conservent leur simple larmolement, les uns en s'injectant eux-mêmes tous les jours, et d'autres en négligeant même cette utile et facile précaution. »

Quand M. Demours parlait ainsi, il ne connaissait pas encore la canule, et j'avoue que pour ma part je préférerais aussi garder un larmolement, à me soumettre à toute autre méthode. Mais quand le larmolement n'a cédé à aucun des moyens indiqués, l'opération est si simple, si prompte, si légère, que je ne vois aucun motif pour la repousser.

On a dit cependant encore : le larmolement ne dépend pas, chez les scrophuleux, de cette seule cause, et l'opération ne la détruira pas toujours. Cela est vrai ; mais comme on ignore, avant l'opération, si le larmolement est indé-

pendant de la fistule, les motifs d'agir subsistent dans toute leur force; et enfin, même dans les cas les moins heureux, on aura au moins enlevé une des causes qui produisaient le larmolement.

Enfin, quand l'écoulement a duré long temps, et qu'il formait pour l'économie une sorte d'émonctoire, il est prudent de le remplacer par un cautère ou un vésicatoire au bras. Faute de cette précaution, M. Demours dit avoir vu nombre de fois la fistule lacrymale remplacée par une autre maladie.

5^o Rétrécissement organique du canal nasal.

A en juger par ce que disent les auteurs du point où ils ont rencontré l'obstacle, le siège du rétrécissement varierait beaucoup. Janin prétend que le plus souvent il occupe le milieu du canal; et en effet on sait que le canal osseux offre là même un peu moins de largeur qu'en haut et en bas. Mais Janin lui-même dit en avoir rencontré inférieurement, d'autres à l'orifice supérieur. Concluons que, comme à l'urètre, ils peuvent exister dans tous les points.

Plusieurs auteurs ont accusé des plis morbides de la muqueuse qui représenteraient des brides, pure hypothèse qui jusqu'à présent ne s'appuie, à ma connaissance, sur aucun fait. Je n'ai pu trouver que trois autopsies de lésions de ce genre, je vais les rapporter brièvement.

Janin a disséqué une tumeur lacrymale datant de quelques années sur une femme de 57 ans. La partie supérieure de la tumeur occupait plus d'une ligne et un quart au-dessus de la partie supérieure de la gouttière de l'os unguis, et les conduits lacrymaux paraissaient dilatés; la partie du canal où la tumeur se terminait était étranglée, et le reste de ce canal était flétri jusqu'à son orifice. La tunique du sac était plus mince que de coutume, sa paroi interne unie, sans vestige d'ulcération, et on remarqua que ses pores excréteurs étaient plus dilatés que dans l'état naturel; à sa partie supérieure étaient de très petites tumeurs de la grosseur de grains de pavot blanc, logées dans l'épaisseur de la membrane, et qui par la compression laissaient sortir par des pores une humeur jaunâtre pareille à celle des glandes de Méibomius. L'étranglement était épais d'un tiers de ligne environ, il était plus roide et plus dur que les autres parties du canal; sa circonférence était plissée en manière de poignet de chemise; ces mêmes plis se retrouvaient dans la partie inférieure du canal.

M. Blondlot, sur une femme atteinte d'une fistule fort ancienne a trouvé un épaissement considérable du périoste du canal; les tissus étaient durs, serrés, consistans, élastiques. Delpech a rapporté un fait analogue.

Une autre espèce de rétrécissement affecte le canal osseux lui-même. Il peut être congénial, comme chez les sujets où on n'a trouvé à ce canal qu'une ligne de diamètre; mais il paraît être la conséquence fréquente des tumeurs lacrymales développées chez des enfans et long-temps négligées. Monro le premier en avait fait la remarque; nul autre après lui ne l'avait relevée, et nous avons vu Richter recommander de ne pas tenter l'opération sur les enfans dans certains cas; Boyer et d'autres ont généralisé ce précepte. M. Velpeau a fixé son attention sur ce point. Quatre fois déjà, sur trois malades dont l'un était atteint des deux côtés, il a opéré de ces vieilles tumeurs négligées dès l'enfance; quatre fois le canal se trouva rétréci, la canule ne put entrer que sous la pression d'une force très considérable: cependant elle s'y maintint. M. P. Dubois a cité dans sa thèse le cas d'un homme de 50 ans qui courut tous les hôpitaux de Paris; les chirurgiens les plus habiles ne purent traverser le canal nasal même avec un stylet aigu. On a répété jusqu'à satiété l'histoire de la perforation pratiquée avec un forêt par Dupuytren pour une fistule congéniale; mais à tous ces faits manquait la preuve anatomique. Voici trois faits qui rempliront cette lacune et qui n'ont pas encore été publiés.

Les deux premiers sont à M. Velpeau. Un jeune homme de 19 ans mourut par suite d'une chute à l'hospice de perfectionnement. Il portait depuis dix ans une fistule non opérée; à l'autopsie on trouva un resserrement très-dur des parties molles vers le milieu du canal nasal; le canal osseux était notablement rétréci dans toute son étendue.

Un homme de 27 ans, atteint d'une fistule double depuis l'âge de 12 ans, vint en 1852, mourir à la Pitié d'une inflammation du poumon. Les deux canaux osseux étaient tellement rétrécis qu'un stylet ordinaire ne pouvait les traverser; les canaux muqueux n'étaient cependant point oblitérés.

Enfin, je tiens de M. Lenoir, l'un de mes compétiteurs, qu'il a disséqué une fistule lacrymale dans des circonstances analogues, et qu'il a trouvé le même résultat.

Il semblerait dès lors qu'il faut opérer les enfans même d'assez bonne heure,

pour éviter une complication aussi grave. Je dirai cependant que la question n'est pas complètement résolue pour moi. N'est-il pas possible que les sujets de ces autopsies et même de ces opérations aient eu un rétrécissement congénial du canal osseux qui les aurait prédisposés à la fistule, et aurait été cause au lieu d'être effet? M. Marchal a vu opérer par la canule une jeune fille de 18 ans qui portait sa fistule depuis l'âge de cinq ans; aucune difficulté ne se rencontra et le succès fut complet. M. Velpeau croit lui-même avoir remarqué que quelques tumeurs lacrymales anciennes élargissent l'orifice supérieur du canal; ce pourrait être encore une disposition congéniale, mais du moins la tumeur n'aurait pas tendu à le rétrécir. C'est une question toute neuve que l'observation ultérieure parviendra sans doute à résoudre.

Comme dans les rétrécissemens de l'urètre, une foule de moyens dilateurs ont été proposés; mais ici ils sont bien plus nombreux. Les injections d'Anel et de Laforest répondent assez bien à celles de M. Serres d'Uzès et à celles de M. Amussat; les sondes et les stylets de toute sorte, introduits de temps à autre ou laissés en permanence jusqu'à suffisante dilatation ont aussi leurs analogues; M. Blondlot a même imaginé un procédé fort ingénieux pour opérer une dilatation progressive avec une seule sonde, qui équivaut à peu près aux bougies à ventre; si l'urètre a été dilaté par des instrumens à air, le canal nasal l'a été par des sétons, des mèches, des tentes d'éponges préparée; il a été cautérisé par le feu et par les caustiques; et je m'étonne que quelques innovateurs intrépides n'aient pas encore songé à le scarifier. Enfin le stylet perpétuel de Ware et la canule à demeure sont des méthodes propres au canal nasal.

Il est facile de juger toutes ces choses en peu de mots. Pour un rétrécissement organique de l'urètre, canal souple, extensible, très dilatable, on n'oserait sérieusement proposer des mèches ou des sétons. La cautérisation tant pronée a déjà perdu beaucoup de son crédit, tant elle laisse le champ libre aux récidives. Les scarifications sont abandonnées; les injections ne font céder que des rétrécissemens spasmodiques; la dilatation plus simple, plus facile, plus commode, et tout aussi efficace que les autres méthodes tend à prévaloir généralement, surtout par le procédé expéditif de M. Mathias Mayor. Mais quand la dilatation a cessé, l'urètre tend à reprendre plus ou moins promptement sa conformation primitive; une guérison radicale est la pierre philosophale qu'aucun chirurgien n'oserait promettre d'obtenir. Tout ce qui est vrai pour l'urètre est bien plus vigoureusement exact pour le canal nasal; et si je voulais

critiquer tour à tour chaque méthode, chaque procédé, j'aurais des faits en foule à leur opposer; mais bien plus, j'aurais à reproduire l'aveu de tous ceux qui les ont employés (je ne parle pas des inventeurs), qui tous se plaignent de leurs insuccès, et dont quelques-uns, M. Demours par exemple, font une loi de n'y recourir que quand le malade l'exige lui-même. Je ne veux pas omettre cependant un fait assez important et qui n'a été publié nulle part. Lorsqu'en 1842, M. Dupuytren voulut essayer à l'Hôtel-Dieu la canule, Pelletan qui suivait le procédé de Desault, montra d'abord une vive répugnance pour le nouveau moyen. M. Lisfranc, alors élève dans ce service, fut chargé par les deux professeurs de visiter en ville une vingtaine de malades, sortis des salles de Pelletan et qualifiés guéris, pour s'assurer si la guérison se maintenait constante. Plus des deux tiers présentaient des récidives plus ou moins avancées. Dès ce jour la canule fut adoptée à l'Hôtel-Dieu comme méthode ordinaire.

Deux méthodes seules échappent à ces reproches, le stylet de Ware et la canule; tous deux agissent sans cesse contre le rétrécissement. Mais outre que le stylet de Ware partage le reproche essentiel qu'on fait à la canule, d'être là un corps étranger, il exige la conservation d'une plaie fistuleuse à la face, inconvénient qu'il ne rachète par aucun avantage appréciable. La canule seule nous reste donc à examiner; comme cette méthode, vivement pronée aujourd'hui, ne manque pas non plus de détracteurs, comme c'est la seule que nous admettions dans tous les cas de rétrécissement organique encore perméable du canal nasal, nous examinerons avec détails toutes les objections qu'on lui adresse, et les modifications qu'il faudrait lui faire subir peut-être pour répondre à toutes les difficultés.

Nous avons vu que les premières canules furent appliquées par Woolhouse à la perforation de l'os unguis: il en avait deux, l'une provisoire, portant un bourrelet à l'orifice supérieur; l'autre définitive, sans bourrelet, de sept à huit lignes au plus, et qui tombait souvent dans les fosses nasales. Foubert paraît s'être servi de la première pour la loger dans le canal. Lecat en imagina une autre pour la perforation de l'os unguis, qui d'après les dessins des écrivains postérieurs, paraît avoir été de près d'un pouce de longueur; elle était d'or, portait un pavillon très-évasé qui se plaçait dans le fond du sac lacrymal, un col rétréci embrassé par l'ouverture faite à l'os, et une extrémité inférieure renflée en olive, recourbée et percée de trois de trois orifices. Les faits me manquent pour juger les inconvénients propres à ces canules; Louis dit seulement

en général que ces corps étrangers entretiennent quelquefois, surtout chez les sujets mal constitués, des fluxions et des inflammations dangereuses; et Foubert recommandait à ses opérés de ne pas tirer de tabac du côté du nez où était la canule; et si elle était bouchée par oubli de cette précaution, de tirer de l'eau tiède par la même narine.

En 1767, Pellier père commença par mettre dans le trou de l'os unguis une canule unie; elle tomba et le trou s'oblitéra. Il en fit une autre avec un bourrelet supérieur, elle remonta et perça la peau. Il y ajouta un second bourrelet, puis il l'appliqua au canal nasal; cette canule avait de sept à huit lignes; elle était du volume d'une grosse plume de corbeau. Celle de Wathen à un seul bourrelet ne paraît pas avoir été plus longue. En 1802, Marchal, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg, et Lombard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire, se servaient avec un grand succès d'une canule de six lignes à un seul rebord supérieur. En 1809, Lassus, après avoir long-temps appliqué les bougies, y avait renoncé comme à un moyen trop incertain, et s'en tenait à une canule d'or, un peu conique, et longue seulement de trois lignes. Enfin, Dupuytren, en 1812, reprit la canule conique à un seul bourrelet, d'abord longue de huit à onze lignes pour les adultes, de cinq à six pouces pour les enfans, et taillée en bec de cuiller à son extrémité inférieure, mais plus tard il l'allongea beaucoup; car, en 1824, M. Marx écrivait sous sa dictée à M. Travers qu'elle devait avoir de dix à quatorze lignes sur une à une et demie de diamètre; et toutes celles qu'on emploie à Paris sont faites sur ce modèle.

On conçoit que la forme et la longueur variant, les inconvéniens ne sauraient être tout-à-fait les mêmes. G. Pellier qui dit assez volontiers ce qu'il pense de tous les procédés et qui les pratiquait tous, ne reproche à la canule de son père aucun inconvénient; mais Ware s'éleva fortement contre en Angleterre. D'abord associé à Wathen, il partagea son enthousiasme pour sa canule; puis peu à peu l'admiration se refroidit, et enfin il l'abandonna complètement. La canule, dit-il, change assez souvent de place, tantôt elle remonte trop haut, tantôt descend trop bas; de là, le retour de tous les symptômes. Quelquefois ces désagrémens arrivent à une époque très-rapprochée de l'opération; d'autres fois ils tardent de plusieurs semaines, plusieurs mois. Mais la récurrence de la tumeur arrivait si fréquemment que, plusieurs années avant 1790, ni M. Wathen, ni moi, dit-il, nous n'avions plus grande confiance en ce mode de traitement. L'historien impartial doit ajouter que l'association cessa en 1790, et que Wathen

vanta toujours sa canule, tandis que Ware préconisait son stylet. Il dit avoir essayé aussi celle de Pellier ; toutes s'oblitérent par le dépôt d'un mucus épais dans leur cavité, et qui se durcit quelquefois tellement qu'on ne peut l'extraire qu'à l'aide d'une force très-considérable. Il cite une observation particulière dans laquelle la canule était remplie d'une substance noire solide qu'il attribue au mucus ; il fallut retirer la canule.

Dans les observations rapportées par Marchal, on voit qu'une fois la canule tomba après huit jours dans les narines : dans tous les autres cas elle tint et la guérison fut complète.

Mais c'est contre la canule de Dupuytren qu'on a accumulé le plus d'objections, et cela se conçoit parce qu'elle a été plus généralement appliquée et ses effets mieux étudiés. Dupuytren lui-même admettait qu'elle pouvait ou remonter ou descendre, et forcer ainsi à l'extraire ; mais ces accidens étaient très-rares ; et il calculait que sur trois mille opérations faites en vingt années, le nombre des guérisons étaient de deux mille sept cents ; neuf sur dix, ou quatre-vingt-dix sur cent ; les insuccès tenaient ou à des circonstances de l'opération ou au déplacement de la canule, ou enfin aux causes générales entretenant la fistule, par exemple aux scrophules.

M. Darcet a publié sur ce sujet une fort bonne thèse dont nous allons donner une rapide analyse, en la complétant avec les faits qui sont venus à notre connaissance.

Les accidens causés par la canule de Dupuytren sont primitifs ou consécutifs. Les accidens primitifs surviennent durant les premiers jours qui suivent l'opération ; ainsi le lendemain ou le surlendemain on la voit remonter dans le sac lacrymal ou même faire saillie à travers la plaie ; une fois elle est tombée le septième jour dans les fosses nasales, (nous avons vu M. Marchal citer un fait analogue) ; enfin, il peut survenir une ophthalmie, un érysipèle de la face et même un érysipèle phlegmoneux ; ou bien encore la plaie s'irrite et résiste à la cicatrisation.

Les accidens consécutifs arrivent ordinairement du 15^e ou 25^e mois. Tantôt encore la canule remonte et tantôt elle descend, mais ce déplacement en bas offre beaucoup de variétés. Ainsi elle peut tomber dans les fosses nasales et être rendue en se mouchant, ou bien passer dans l'arrière-gorge et enfler l'œso-

phage ou même la trachée. En 1829, dans un concours de la nature de celui-ci, M. Jobert argumentant M. Bérard sur les corps étrangers dans la trachée-artère, rapporta une observation communiquée à M. Darcet par un médecin de province, d'une canule ainsi tombée dans la trachée et qui nécessita la trachéotomie. D'autres fois la canule descend perpendiculairement pour ainsi dire, touche le plancher des fosses nasales par son orifice inférieur, et se trouve ainsi oblitérée, ou même perfore cette voûte et saillit à l'intérieur de la bouche. Ce cas singulier n'est pas très-rare, M. J. Cloquet dès 1830, avait été obligé de retirer cinq fois la canule par cette voie. M. Lisfranc m'a communiqué un fait du même genre; M. Bourjot St-Hilaire en cite deux cas qui se sont offerts à lui presque à la fois, et il nous serait facile de multiplier ces citations.

Enfin, la canule peut s'oblitérer par des mucosités qui se concrètent: M. Darcet y a trouvé une fois une sorte de pseudo-membrane à demi-organisée, une autre fois une sorte de concrétion calculeuse qui produisait à l'écrasement le même bruit qu'un petit gravier; M. Maunoir, cité par M. Velpeau, l'a vue remplie de tabac, accident noté déjà par Foubert; mais ce qui est le plus remarquable, c'est une accumulation d'une espèce de ciment noirâtre, déjà vu par Wathen, plus ou moins dur et solide, et ressemblant à du sulfate d'argent mêlé de mucosités. L'analyse n'en a point encore été faite; ce qui fait présumer la décomposition de l'argent de la canule, c'est que celle-ci est de beaucoup diminuée. M. J. Cloquet en a extrait une dont l'épaisseur avait diminué de moitié. Il y a quinze à dix-huit mois que M. Bérard jeune m'a fait voir deux canules qu'il avait été obligé d'extraire, et qui étaient à la fois oblitérées et converties en une sorte d'oxide noir, fragile; elles étaient même rompues en deux ou trois pièces. M. Bérard possédait alors cinq observations de ce genre.

M. Darcet a vu en cinq ans de service à l'hôpital St-Louis, vingt-sept cas où la canule tomba ou dut être retirée par des causes de ce genre; six fois la guérison se maintint après la chute de la canule, quatre fois on la remplaça avec succès, mais dans dix-sept cas l'insuccès fut complet. On regrette de ne pas trouver plus de détails, et surtout de ne pas savoir sur combien de cas a eu lieu cette proportion, et si ces insuccès venaient tous d'un même hôpital ou d'un autre.

Taddei, de Livourne, sur neuf malades en guérit cinq du 5^e au 21^e jour; les quatre autres présentèrent une amélioration plus ou moins notable. Malheureusement, ou l'auteur lui-même, ou le journal à qui j'emprunte ces faits ne donne pas d'autres détails.

M. Janson raconte aussi qu'il a employé la canule dix ou douze fois, deux ou trois fois elle s'est bouchée, d'autres fois elle est remontée; si bien qu'il y a renoncé.

Enfin, aux accidens de la canule même s'ajoutent ceux qui dépendent de l'opération; M. Darcet a vu une fois la canule portée dans le sinus maxillaire; c'était aussi le cas de M. Pécot que nous citerons plus tard; et l'accident peut passer pour léger. Mais dans un cas déjà mentionné, M. Jobert a vu la canule enfoncée à travers le sinus jusque dans l'arcade alvéolaire et y devenir la cause, au moins très-probable, d'un ramollissement de l'os; plus d'une fois elle s'est trouvée engagée dans la muqueuse, entre la muqueuse et l'os, et enfin à travers l'os unguis.

De ces accidens si nombreux, les uns sont de la faute de l'opérateur: on n'en saurait accuser le procédé. D'autres tiennent évidemment au procédé opératoire; d'autres à la forme de la canule; quelques-unes enfin à la canule en elle-même; il s'agit de faire à chaque cause sa part.

La réascension de la canule, dans les premiers jours, paraît tenir d'abord à sa forme un peu conique; toutes les canules antérieures, hors une seule, ont offert cet inconvénient. M. Brachet, de Lyon, a ajouté à la sienne un second renflement à la partie inférieure. Je n'oserais juger un instrument que je ne connais que par le peu de mots qu'en dit M. Velpeau; peut-être cependant ce renflement, placé si bas, doit-il mettre obstacle à son introduction; mais la canule de Pellier remplit parfaitement la première condition, celle d'offrir un point d'arrêt qui l'empêche de remonter et de descendre, et à mon avis elle mérite la préférence.

Lorsqu'elle remonte après un long intervalle de temps, M. Darcet a trouvé que la plupart étaient oblitérées, et que les larmes filtraient entre elles et la muqueuse. On peut donc accuser à double titre la trop grande étroitesse de l'instrument, qui l'empêche de remplir suffisamment le canal et le laisse trop facilement engorger par diverses substances.

Cet engorgement paraît tenir encore à une autre cause, la nature du métal. Quel que soit le nouveau composé produit, toujours est-il que l'argent subit une combinaison qui lui est propre. Les canules d'argent devraient donc être
s canules d'or ou de platine.

La chute de la canule tient aussi à son étroitesse, et surtout au peu de développement du bourrelet supérieur; enfin, si elle a été quelquefois toucher et même perforer la cloison naso-buccale, la raison en est dans son excessive longueur et dans le bec de flûte qui la termine. Ces deux points méritent de nous arrêter quelques instans.

Les anatomistes donnent, en général, au canal nasal de six à huit lignes de longueur. M. Vésigné l'a trouvé long de trois à six lignes; M. Bourjot-Saint-Hilaire, de trois à cinq lignes; tandis que l'espace compris entre l'orifice supérieur et le plancher des fosses nasales varie de dix à quatorze lignes. Il est étonnant que, jusqu'à M. Bourjot, personne n'ait signalé le défaut énorme de la canule de Dupuytren; il est évident que, dans la plupart des cas, elle doit arriver presque au contact du plancher des fosses nasales, et, dans quelques cas, le percer directement. Que lui servait aussi son bec de flûte pour la garantir d'une valvule qui se trouve à six ou huit lignes au-dessus? La largeur du canal, mesurée sur des têtes du Muséum de la Pitié, par M. Vésigné, s'est trouvée d'une ligne et demie à deux lignes et demie pour le diamètre transversal; l'antéro-postérieur a toujours une demi-ligne de plus. M. Bourjot, au Muséum du Jardin-des-Plantes et à celui du Val-de-Grâce, a trouvé chez quelques sujets une ligne de diamètre seulement; chez le plus grand nombre, une ligne trois quarts à deux lignes un quart; chez quelques-uns, trois lignes. Il faut ajouter que la partie moyenne du canal est plus ronde qu'ovale, et est un peu rétrécie.

D'après ses propres données, M. Bourjot conseille donc une canule de quatre à cinq lignes et demie de longueur, dont une ligne à une ligne et demie, taillée en biseau, restera dans le sac pour en distendre les parois; trois lignes seulement occuperont le canal. Cette dernière portion sera légèrement conique; sa largeur varierait de trois-quarts de ligne à deux lignes trois-quarts de diamètre; elle se rapproche assez, comme on voit, de celle de Lassus.

Cette canule nous paraît pécher par plusieurs points. Le biseau supérieur est inutile, et, en cas de réascension, trouverait trop facilement les chairs; rien n'empêche la canule de remonter ni même de descendre, car jamais on ne peut être sûr de choisir un tube qui remplisse parfaitement le canal; enfin, elle est trop courte, même pour certaines longueurs du canal osseux mesuré par M. Bourjot; et il faut bien ajouter que rarement la canule descend jusqu'au

niveau du bord orbitaire, ce qui lui fait perdre toujours un peu de sa longueur, et que le canal, revêtu de sa muqueuse, descend aussi un peu plus bas. Au total, la canule, à notre avis, n'a pas trop de huit lignes de longueur; elle doit avoir, règle générale, une ligne et demie de diamètre; un bourrelet supérieur, un bourrelet moyen; à partir de celui-ci, elle offrirait un cône tronqué très-lisse, comme celle de Pellier; et comme sa longueur lui ferait dépasser d'une ligne au moins la valvule du canal, elle n'a nullement besoin d'être taillée en bec de flûte. On objectera que sa largeur la rendra inapplicable chez quelques sujets, mais ceux-là rentrent dans la catégorie des sujets à canal atrophié, auxquels nous consacrerons quelques mots plus tard.

Enfin, l'opération elle-même a ses dangers. En plongeant à l'aveugle un bistouri pointu dans le canal, et le faisant suivre par un mandrin presque pointu poussé avec force, il n'y a pas un seul opérateur qui puisse dire avec certitude ce qu'il fait et où il va. Combien de fois Dupuytren lui-même, faisant moucher ses opérés et ne voyant rien sortir par la plaie, demeura-t-il incertain de son succès? Déjà plusieurs opérateurs, par un autre motif, il est vrai, se contentent d'inciser le sac d'abord, pour porter ensuite une bougie dans le canal, et l'accoutument ainsi peu à peu au contact d'un corps étranger. C'est ainsi qu'en usent les lithotriteurs pour l'urètre, et la précaution me paraît sage; on évite ainsi de vives douleurs et quelquefois des inflammations. M. Bourjot conseille le séton durant cinq à six semaines; j'ai dit le peu de foi que j'avais au séton considéré comme corps dilatant, et ici il ne faut que de la dilatation. J'avoue que j'inclinerais volontiers à me servir ici du cathétérisme forcé, comme l'entend M. Mayor, avec des sondes solides variant d'une demi-ligne à une ligne et demie, et avec une sonde conique construite sur ces dimensions. En deux ou trois jours on aurait acquis la dilatation nécessaire, attendu qu'on pourrait aller avec plus de hardiesse sur ce canal, garanti par sa doublure osseuse, que sur le canal frêle et délicat de l'urètre; la canule serait poussée alors sans difficulté, et la plaie réunie presque par première intention. On parerait ainsi, ce me semble, à tous les inconvénients attachés à l'usage des canules ordinaires.

Je terminerai par une observation sur la pratique à suivre dans les cas de réascension de la canule. Dans la plupart des cas, M. Darcet veut qu'on la retire. Quand elle n'a fait que remonter, il est plus simple de presser avec le doigt sur la saillie qu'elle forme, pour la repousser dans le canal. M. Lisfranc m'a communiqué le fait d'une canule placée depuis long-temps, et qui avait fini par

remonter; il la repoussa en place, et elle s'y maintint parfaitement durant dix-huit mois. Même quand elle a suscité une inflammation vive, il n'est pas toujours ni rationnel, ni indispensable de l'extraire. Dans trois cas de ce genre, l'inflammation était si forte que M. Lisfranc n'osa inciser les tissus pour enlever la canule. Il traita donc la phlegmasie d'abord; mais quand elle fut apaisée, la canule, demeurée en place, remplissait parfaitement ses fonctions.

50 *Obstruction complète du canal nasal.*

Le canal nasal peut être obstrué par un calcul développé dans le sac lacrymal même, cas assez rare; par un polype né dans ce sac, cas bien plus rare, dont Janin cite un exemple; par un polype des fosses nasales; par un exostose des os qui constituent ses parois: on l'a vu une fois bouché par un noyau de cerise enfoncé dans le nez contre son orifice inférieur. Il paraît, enfin, qu'il peut manquer par un vice de conformation congénial.

Mais la question principale est celle-ci: ce canal peut-il s'oblitérer par suite d'une affection de sa muqueuse? M. Demours le nie, fondé sur l'autorité de Bichat, qui affirme que les muqueuses ne peuvent pas se réunir ensemble. Cette assertion de l'auteur de l'*Anatomie générale* a cependant souffert de bien nombreux démentis; l'œil se soude avec les paupières, les joues avec les gencives; et pour ne pas sortir de notre sujet, n'a-t-on pas obtenu l'oblitération du sac lacrymal même à l'aide d'un bandage compresseur, et les conduits lacrymaux ne sont-ils pas très-sujets à l'oblitération? Les auteurs citent un assez grand nombre de cas où l'oblitération paraissait complète d'après les symptômes, où à l'opération même on ne trouvait aucun indice du canal. Enfin, j'ai eu occasion de disséquer moi-même une tumeur lacrymale sous laquelle le canal nasal était obstrué dans toute son étendue. Je rapporterai cet exemple plus loin.

Il reste alors un bien plus grand nombre de moyens que les auteurs n'en indiquent d'ordinaire. On peut percer le canal devenu fibreux, avec l'âlène de Monro; perforer l'os, s'il est besoin, avec le foret de Ware ou de Dupuytren; traverser l'os unguis ou la cloison du sinus maxillaire; oblitérer le sac par la compression ou les caustiques, ou enfin oblitérer les points lacrymaux.

Les deux premiers moyens me paraissent peu convenables. Une fois le sac

oblitéré, c'est une voie nouvelle à créer aux larmes; or, mieux vaut alors la pratiquer dans des points où l'opération soit plus simple, plus facile et moins grave à la fois. Les deux derniers sont des ressources extrêmes que la nécessité ne justifie pas assez : restent la perforation de l'os unguis et du sinus maxillaire.

L'os unguis se perfore en deux endroits; ou directement et à peu près vis-à-vis la tumeur elle-même, ou obliquement en dedans et en bas, de manière que le nouveau canal vienne aboutir entre le cornet moyen et le cornet inférieur. C'est pour la première méthode qu'ont été imaginés les instrumens de Hunter, de Manoury, etc.; dès long-tems J.-L. Petit en avait démontré les désavantages. En effet, l'orifice de ce nouveau trajet se trouve situé presque au niveau des conduits lacrymaux, ce qui, dans la théorie du siphon, devait déranger tout l'appareil; ce qui, dans toutes les théories, rendra toujours plus difficile le passage des larmes. Nous rejetons donc entièrement ce procédé.

En quelque point qu'on perfore l'os, on peut se servir du fer ou du feu. Le cautère actuel, unanimement rejeté sur la fin du dernier siècle, n'a guère trouvé que Scarpa pour partisan dans celui-ci. Ses inconvéniens sont nombreux; Garregeot lui reprochait déjà de détruire le sac lacrymal, d'exposer à l'inflammation et à l'oblitération des conduits lacrymaux, etc. Ses partisans disaient seulement que la perforation avec un trocart ou un autre instrument laisse un trou trop facile à se boucher; l'objection est juste, mais elle s'applique aussi bien à l'opération faite par le cautère actuel. De quelque procédé qu'on se serve, dit Garregeot, le larmolement subsiste toujours : cette accusation se répète d'échos en échos dans presque tous les écrits du dix-huitième siècle. Il y a en effet trois causes d'occlusion : la muqueuse du sac lacrymal, qui se gonfle ou laisse pulluler des bourgeons qui bouchent l'ouverture; la muqueuse nasale, qui est bien plus épaisse et bien plus disposée à la tuméfaction; enfin, toutes les pertes de substance artificiellement faites à nos tissus, surtout quand elles ont une forme ronde, tendent à se rétrécir continuellement; le tissu osseux n'est pas même exempt de ce travail intestin, qui rétrécit jusqu'aux couronnes de trépan sur le crâne. Il n'y a que deux moyens assurés de prévenir cette oblitération; le premier consiste à détruire à peu près toute la paroi du sac; c'est ce qui avait lieu chez ce malade que Boyer avait guéri, et dont l'affection n'avait pas récidivé au bout de quatre années, lorsque sa mort permit de constater anatomiquement l'état des voies lacrymales. Le second moyen est la canule, employée par Wool-

house, Lecat et G. Pellier ; mais la canule est trop mal assujettie à travers la simple perforation de l'os ; elle doit tomber très-facilement , et exposer à tous les inconvéniens qui dérivent de sa chute dans les fosses nasales ; enfin , l'opération elle-même expose aussi à briser quelques pièces osseuses du labyrinthe nasal , et certaines déviations de la cloison ne permettraient pas de la pratiquer.

C'est pour la remplacer qu'on a proposé, dans ces derniers temps , de perforer la cloison du sinus maxillaire.

Nous avons bien peu de faits pour juger cette opération , même en recueillant ceux où la perforation provenait d'accidens ou de maladresse. Garengéot , le premier, raconte qu'il est arrivé même à *d'habiles gens* de perforer ce sinus en voulant perforer l'os unguis, et il recommande d'y prendre garde, de peur d'empêcher la séparation de la morve et de rendre ainsi l'opération infructueuse : cela n'a rien de précis. Janin raconte avec détails l'histoire du chevalier d'Hérizi, atteint d'une fistule lacrymale par suite d'un coup de feu au visage. Il y avait dans la portion de la gouttière nasale qui était exfoliée, une ouverture qui communiquait avec le sinus maxillaire, *et la sinuosité fournie par celui-ci refluaît par le conduit nasal et se répandait sur la joue*. Mais il y avait en même temps une autre portion du canal qui était cariée, et le sinus maxillaire avait été traversé par la balle, ce qui avait pu déterminer des conditions différentes de l'état normal.

D'un autre côté, M. Laugier a cité, d'après Jourdain, l'histoire d'une fistule lacrymale ouverte dans le sinus maxillaire, et suivie de guérison après l'ablation d'une dent molaire ; mais un fait bien plus remarquable, est celui de M. Briot. Un jeune homme avait une fistule lacrymale, et l'on ne pouvait retrouver le canal naturel ; en appuyant un peu fortement, M. Pécot enfonça le sinus maxillaire. M. Briot pensa que la guérison pourrait s'en suivre ; on ne fit autre chose que de placer un peu de taffetas gommé sur la fistule, et en effet la guérison suivit, et huit ans après ne s'était pas encore démentie. Enfin, à ces observations, j'en ajouterai une dernière, mentionnée seulement par M. Darcey dans sa thèse, et dont je dois les détails à l'amitié de M. Jobert. Un chirurgien, croyant enfoncer la canule dans la voie naturelle, traversa la paroi du sinus maxillaire, et la force qu'il employait fut assez violente pour enfoncer la canule jusque dans l'arcade alvéolaire. Le malade fut guéri de sa fistule ; mais dix-huit mois après il entra à l'hôpital Saint-Louis avec un abcès du sinus maxillaire et un ramollissement de l'arcade

alvéolaire, pour laquelle M. Jobert fut obligé d'appliquer plusieurs couronnes de trépan; ce fut alors qu'on reconnut la présence de la canule. Cet homme ayant succombé peu après à une pneumonie, l'autopsie fut faite et montra une ouverture au sinus maxillaire, communiquant avec le sac lacrymal et tapissée d'une muqueuse accidentelle. Cette ouverture s'était ainsi maintenue sans l'aide de la canule, qui avait été complètement enfoncée dans le sinus maxillaire; mais il faut ajouter que le canal nasal, quoique un peu rétréci, fut trouvé perméable à un stylet ordinaire.

Quand même tous ces faits auraient été connus, on voit qu'ils auraient encore laissé dans le doute si cette perforation, érigée en procédé, devait ou non être bien efficace. Aussi, lorsque M. Laugier la proposa, en 1850, il s'appuyait surtout sur les inconvénients reprochés à la perforation de l'os unguis; et il ajoutait que la cloison qui sépare le sinus du canal est aussi mince et aussi fragile que l'os unguis, et que la perforation en ce point serait plus favorable au passage des larmes.

Ces deux points paraîtraient assez bien établis, si les larmes parvenues dans le sinus maxillaire devaient trouver toujours une issue libre; mais quelquefois l'orifice nasal est oblitéré, ce qui obligerait plus tard à pratiquer à ce sinus une nouvelle perforation dans le point le plus déclive. Malgré cette objection, que j'ai faite le premier, comme après tout l'oblitération est une circonstance anormale à laquelle on ne peut guère accorder plus d'importance qu'à la déviation de la cloison nasale; comme la sécheresse et la minceur de la muqueuse du sinus laissent bien moins craindre; qu'après la perforation de l'os unguis que l'ouverture s'oblitére, et que dans l'opération même on n'a aucun organe important à léser; en un mot, comme ce procédé me paraît plus simple et moins grave à la fois, j'avoue que, le cas échéant, je lui donnerais la préférence. Seulement l'objection déjà faite pour la perforation simple de l'os unguis retrouve ici sa place; la muqueuse du canal nasal peut revenir sur elle-même; l'orifice osseux lui-même tendra à se rétrécir, et l'observation de M. Jobert n'attestant la persistance de la guérison que jusqu'au dix-huitième mois, ne saurait nous rassurer complètement. M. Laugier, à qui j'ai soumis cette objection, proposerait de faire une très-grande ouverture, et il demande ce qu'on aurait à craindre en enfonçant toute la cloison qui sépare le canal nasal du sinus. L'expérience seule peut rassurer à cet égard; toutefois, il me paraîtrait plus simple de se borner au moindre dégât possible et nécessaire, et de maintenir

l'ouverture soit à l'aide d'une canule courte et à double rebord, ou même d'un double bouton, tel que celui dont Dupuytren se servait pour la grenouillette. La muqueuse se resserrant sur l'étranglement, rendrait sa chute presque impossible; les larmes filtreraient sur les côtés, de même que le long du stylet de Ware; et si, après tout, le bouton venait à tomber, il resterait dans le sinus maxillaire, où probablement il ne donnerait lieu à aucun inconvénient.

Je connais quatre essais sur le vivant; un de M. Laugier, publié par lui dans les Archives: la malade sortit le quinzième jour, parfaitement guérie; deux autres de M. Jobert, qu'il a bien voulu me communiquer: c'étaient deux individus scrophuleux; chez le premier, il se borna à une simple perforation; chez l'autre, il entretint quelques jours la voie nouvelle avec une bougie; tous deux sortirent au bout d'un mois, parfaitement guéris. Enfin, une autre tentative, faite aussi par M. Jobert sur une femme, réussit moins bien que les deux autres, et la malade se fit placer une canule plus tard par M. Blandin.

Je sais bien, et j'ai pris suffisamment soin d'établir que la fistule reparait souvent, bien que le canal nasal même soit parfaitement libre; on ne saurait alors accuser le procédé. Mais ici voilà un insuccès sur quatre opérations; dans les trois autres cas même, on n'a pas suivi les opérés au-delà d'un mois. Les observations de Janin et de Jourdain, si elles ne sont pas décidément contraires, ne sauraient cependant être regardées comme favorables, et en ajoutant ces premières données de l'expérience aux prévisions de la théorie, on voit que ce procédé est loin de présenter des avantages assez signalés pour être érigé en méthode générale.

6^o *Fistule.*

La fistule n'est qu'une complication de l'une des affections dont nous venons de parler, et ne change rien aux indications posées. Seulement il faut tâcher de comprendre son trajet dans l'incision du sac; et, les désordres du sac et du canal réparés, il faut songer à la fermer.

En général, il n'y a qu'une ouverture, qui tend alors à se fermer d'elle-même. Mais quelquefois les ouvertures sont multipliées; elles offrent des callosités, ou bien la peau, très-amincie, se recoquille en dedans, et le contact des bords ne peut avoir lieu. Si les pansemens doux, les topiques tantôt émolliens, tantôt

toniques, et la compression ménagée ne suffisent pas : une ressource commune consiste dans l'excision elliptique des parties qui embarrassent et le rapprochement des bords de la plaie. Quand il ne reste plus qu'un petit suintement, le nitrate d'argent ou même un stylet rougi au feu réussissent très-bien à rendre l'occlusion complète.

7° *Carie de l'os unguis, fongosité du sac lacrymal, etc.*

Nous avons vu combien, en général, la carie de l'os unguis est rare. M. Demours pense qu'on peut douter si, quand le canal est obstrué, l'os est mis à nu une fois sur cent, et si, quand il est mis à nu, il est carié une fois sur vingt. On en a surtout accusé la syphilis. Sans vouloir nier le fait, je pense seulement qu'il aurait besoin d'être mieux démontré. M. Jobert a disséqué, en 1829, un individu à la fois scrophuleux et criblé de symptômes syphilitiques. Il avait des caries dans presque tous les points du squelette, entre autres à l'os frontal. Les os du nez avaient été presque totalement détruits. Cet homme avait une fistule lacrymale, ouverte par plusieurs orifices; la partie antérieure du sac lacrymal était détruite, la partie postérieure existait, et l'unguis était sain.

Quoi qu'il en soit, quand il est dénudé, il n'est besoin de rien changer au traitement ordinaire. Quand la carie ou, pour parler plus exactement, quand la nécrose s'en est emparée, l'emploi du feu est parfaitement inutile; il suffit même de rétablir le véritable nom de l'affection pour démontrer l'inconvenance d'un semblable moyen. Il faut retirer l'os par pièces, après quoi l'on placera la canule dans le canal nasal, comme Pellier père, ou on achèvera la perforation des fosses nasales, à l'imitation de Pellier fils.

Une complication plus grave est la dégénérescence de la muqueuse du sac lacrymal en fongosité de diverses natures, et même en végétations cancéreuses (Demours). La destruction de ces végétations est de rigueur; mais c'est alors que l'oblitération des points lacrymaux, par la méthode de Bosche, doit singulièrement favoriser le traitement. Quesnel, chirurgien de Saint-Malo, l'a pratiquée une fois avec succès sur une fille de quarante ans, affectée de fistule avec carie, et sur laquelle deux chirurgiens avaient essayé plusieurs autres traitements sans aucun fruit. La destruction du sac, que les anciens chirurgiens pra-

tiquaient sans le savoir, et que Nannoni a ressuscitée, est longue et fastidieuse. L. Nannoni dit que la guérison se fait attendre de quarante jours à six mois et plus. Il me paraît évident qu'une cause essentielle de ce retard est l'abord des larmes par les conduits lacrymaux; et la méthode de Bosche, qui souvent suffira seule, doit encore être pratiquée pour assurer le succès prompt de l'autre.

8° Oblitération des points lacrymaux.

Cette complication, toujours grave, présente plusieurs variétés : tantôt l'oblitération n'existe qu'en un point seulement des conduits, tantôt elle en occupe toute l'étendue. Le canal nasal peut être libre, et la tumeur se vide alors dans les narines par la pression, ou bien il est oblitéré aussi, et la tumeur est comme enkystée. Le symptôme principal est le larmolement; mais je veux établir en fait que le larmolement n'existe pas toujours, fait bien important pour la physiologie, et qui ne l'est pas moins peut-être pour la pathologie.

Voici le premier fait qui me donna l'éveil à cet égard. J'étais chef de clinique de M. Broussais, au Val-de-Grâce, et chargé de son service durant sa grave maladie (1830), lorsque j'eus à traiter un vieux militaire qui avait été à Marengo, et qui faisait remonter à l'année même de cette bataille l'origine d'une tumeur qu'il portait à l'angle interne de l'œil droit. Ses yeux étaient parfaitement secs; la tumeur ne cédait d'ailleurs à aucune pression. Je croyais qu'il s'agissait d'un kyste accidentel. Il mourut. Je le disséquai; le kyste était le sac lui-même; le canal nasal était complètement oblitéré dans toute sa longueur; les conduits lacrymaux étaient oblitérés dans l'espace d'une ligne du côté du sac. Je racontai le fait à M. Cruveilhier, qui n'en connaissait pas de semblable.

Je ne voulais point publier cette observation avant de m'être assuré si elle était unique; j'ai été assez heureux pour en trouver quelques autres plus ou moins ressemblantes. M. Vésigné, qui note aussi que le larmolement manque quelquefois, et qui pense que les larmes peuvent alors être reprises par les absorbans, ajoute : « Gunzius rapporte un fait de ce genre, dans lequel les points lacrymaux étaient tout-à-fait oblitérés, sans que l'œil fût larmoyant. L'observateur assure avoir reconnu par un examen attentif les embouchures des petits vaisseaux qui, selon lui, pompaient les larmes. »

J'ai trouvé dans Anel une observation plus détaillée : c'était une malade que Ledran lui avait envoyée, et qui portait une tumeur lacrymale demi-sphérique, très-convexe, sans rougeur, ni inflammation, ni douleur. « Toutes les fois que je comprimais cette tumeur, elle se vidait très-facilement par la narine et jetait une eau aussi claire que celle d'une fontaine; la tumeur disparaissait, et le grand cantus de l'œil semblait être rétabli dans son état naturel. Je vidai plusieurs fois de la même manière ce sac hydropique, sans jamais apercevoir aucun écoulement du côté des paupières par les points lacrymaux qui étaient affectés. Pour m'en éclaircir mieux, je les cherchai exactement dans le point où ils sont situés, sans pouvoir les apercevoir. Je me servis encore d'une de mes petites sondes d'argent, que j'introduis très-facilement dans les points lacrymaux, lorsqu'ils sont dilatés suivant leur état ordinaire; mais les points lacrymaux, en cette femme, étant entièrement effacés, il me fut impossible de faire aucune introduction de ma sonde. Pour lors je restai pleinement convaincu que les conduits étaient absolument bouchés..... Il y a dans cette observation encore deux circonstances à remarquer : l'une, c'est que l'œil, quoique les points lacrymaux fussent bouchés, n'était pas plus larmoyant et n'était pas plus humide qu'il doit l'être dans son état naturel; et l'autre, c'est que la sérosité aqueuse ne laissait pas que de s'arrêter dans le conduit lacrymal, quoique son orifice inférieur fût débouché. »

J. L. Petit a vu une dame qui, ayant porté pendant deux ans un bandage compressif sur la tumeur lacrymale, avait les points lacrymaux et probablement le sac même oblitérés. Le larmolement n'était considérable que dans les temps froids. « C'est ce qui en impose, dit l'excellent auteur; car, quand ceux qui sont dans ce cas *ont naturellement peu de larmes*, ils paraissent guéris quoiqu'ils ne le soient pas. » M. Demours qui a vu et opéré beaucoup de ces tumeurs dont le liquide ne reflue ni par le nez ni par les points lacrymaux, remarque qu'ordinairement les malades pleurent fort peu. Il présume, à la vérité, que les larmes entrent dans la tumeur où elles sont reprises par les vaisseaux absorbans; et que ce qui les empêche de refluer sur l'œil, c'est qu'il y a *un pli* dans les conduits lacrymaux; mais il a vu d'autres cas où les points lacrymaux étaient bien oblitérés, et où il y avait tumeur lacrymale. *Quelques-unes étaient accompagnées de larmolement, d'autres de fort peu.* J'aurais pu citer d'autres cas du même genre; mais les trois premières observations sont les seules que je connaisse d'absence complète de larmolement.

La meilleure raison à donner de ces phénomènes est sans doute celle de Petit ; c'est qu'il y a des gens qui ont les yeux naturellement secs, tandis que d'autres larmoient même sans avoir de lésion des voies lacrymales. Cette remarque peut expliquer bien des succès inespérés et des revers inattendus, quand on en juge par le larmolement qui reste. Mais si l'on pouvait se convaincre, à l'aide d'un appareil exactement compressif, par exemple, que certains individus porteurs de fistules lacrymales, ne larmoient pas, la méthode de guérison la plus simple ne serait-elle pas la canthérisation des points lacrymaux et la compression du sac pour en amener l'oblitération ?

Si, au contraire, l'oblitération des points lacrymaux détermine le larmolement, le fait de J. L. Petit et ceux de G. Pellier prouvent qu'on peut avec succès refaire de toutes pièces les conduits lacrymaux. Je préférerais alors l'aiguille de Pellier ; mais, pour assurer son trajet, il serait convenable d'introduire jusques dans le sac la sonde de Laforest. M. Manec a imaginé dans ces derniers temps une sonde à dard fort ingénieuse qui servirait parfaitement à percer ces conduits de dedans en dehors ; mais peut-être ne serait-on pas assez sûr de rencontrer exactement les proéminences qu'occupent les points lacrymaux dans l'état normal.

Que si la tumeur lacrymale est enkystée et ne communique ni avec l'œil ni avec le nez, le plus court parti est de l'ouvrir et d'enlever les parois du sac, soit en partie, soit même en totalité.

Comme il s'agit d'une tumeur lacrymale, il faut d'abord s'assurer que le sac est bien oblitéré, et que le larmolement n'est pas dû à une autre cause. On peut pour cela introduire dans le sac la sonde de Laforest, et si elle ne peut pas y pénétrer, on est sûr que le sac est bien oblitéré. Si au contraire elle y pénètre facilement, on doit chercher à enlever les parois du sac, soit en partie, soit même en totalité. On peut pour cela employer l'aiguille de Pellier, ou la sonde à dard de M. Manec. Si la tumeur est enkystée, on doit d'abord l'ouvrir, et enlever les parois du sac. On peut pour cela employer le bistouri, ou le scalpel. Si la tumeur est adhérente à l'œil, on doit d'abord l'enlever, et ensuite enlever les parois du sac. On peut pour cela employer le bistouri, ou le scalpel. Si la tumeur est adhérente au nez, on doit d'abord l'enlever, et ensuite enlever les parois du sac. On peut pour cela employer le bistouri, ou le scalpel.

NOTES.

(1) Parmi les auteurs qui se sont spécialement occupés de cette histoire, on cite Metzger, *Curationum chirurgicarum quæ ad fistulam lacrymalem hucusque fuere adhibitæ historia critica*, Monasterii, 1772, 76 pages in-12. La bibliothèque de la Faculté possédait encore cet ouvrage il y a quelques années : il a été perdu depuis, et je n'ai pu me le procurer.

K. Sprengel a écrit un assez long chapitre sur l'opération de la fistule lacrymale (*Histoire de la médecine*, traduite par Jourdan, tom. vii, pag. 89). Il ne faut accepter qu'avec une extrême réserve les données contenues dans ce travail que nous avons trouvé rempli d'incroyables erreurs. Nous aurons lieu d'en relever quelques-unes plus tard.

On trouve aussi dans le *Dictionnaire de la médecine ancienne et moderne*, article *Chirurgie*, quelques pages consacrées à l'histoire des procédés opératoires pour la fistule lacrymale. L'auteur a signalé plusieurs erreurs de Sprengel; mais il n'est pas lui-même toujours exact, et il s'en faut de beaucoup qu'il soit complet.

(2) Nous nous sommes servi du passage même allégué par Morgagni, *adv. anat.* 1, pag. 27, pour montrer que Galien avait quelque connaissance des voies lacrymales. Morgagni, en général si judicieux et si exact, nous paraît avoir été séduit par une fausse interprétation.

(3) *Continens*, lib. 2, folio 37, verso, 2^e col. C'est la traduction de Surianus que nous citons; il y en a une autre de Salius bien moins complète et bien moins fidèle, si l'on en croit le second traducteur. Le fait est que nous avons trouvé dans l'une des passages qu'il nous a été impossible de retrouver dans l'autre, et réciproquement. Nous avons déjà émis le vœu ailleurs que les savans qui s'occupent de bibliographie indiquassent, surtout pour les anciens et les Arabes, la valeur des éditions et des traductions.

(4) *Celse*, lib. vii, sect. 7, cap. 7. Sprengel, MM. Fouquier et Ratier, et avant eux Dujardin et Ninnin ont traduit le mot de Celse, *excidendum*, par *inciser*. Ils n'ont pas fait attention que Celse ajoutait *sicut in fistulis dixi*; et qu'à cet article des fistules, il emploie dans deux sens très-différens le mot *incidere*, qui ne veut dire qu'inciser,

et le mot *excidere*, qui indique toujours l'excision. Pott a très-bien entendu ce passage. On voit d'ailleurs par ce paragraphe de Celse que les anciens confondaient sous le nom d'égilops et d'anchilops des affections fort différentes.

(6) *Pauli Aeginetæ, lib. 6, cap. 22.* Sprengel n'a pas connu ce passage; il ne cite que le chap. 22 du livre III, qui ne contient rien qui n'ait été dit avant Paul.

(7) *Aëtius, lib. 7, cap. 84, 85, 86, traduction de Montanus.* Celle de Cornarius porte 85, 86, 87. — Guillemeau, parmi les modernes, est le seul qui recommande la même précaution.

(8) *Édition de Channing, pag. 43.*

(9) *Rhazès, trad. de Surianus, folio 45, verso.* J'ignore en vérité ce qui a pu induire K. Sprengel dans de semblables erreurs. Les Arabes ont pansé l'ulcère fistuleux avec des topiques de tout genre, liquides ou solides; mais il y a loin de là à l'injection de canaux qu'ils ne connaissaient pas. L'invention de la compression n'est fondée que sur l'histoire suivante: « Je mis (c'est Rhazès qui parle), le fils d'un certain Saccé souffrait d'un abcès lacrymal; mais le malade était débile. Je frictionnai la tumeur sans en rien faire sortir, et une ophthalmie s'en suivit. Je fis bander l'œil pendant quelques jours; puis je frictionnai de nouveau l'abcès; il disparut, et le malade fut manifestement guéri. » (*Folio 45, recto.*) Cela ne constitue pas une méthode; et dans tous les cas, il ne s'agirait pas de la compression. Quant à l'introduction d'un fil attribuée à Avicenne, j'ai relu deux fois exprès tout le chapitre d'Avicenne sans y trouver même de quoi mettre sur la voie d'une semblable idée.

(10) *Fallopïi Observ. anatomicæ; in oper. omn., Francofurti, 1584, pag. 478.* Ce phénomène du reflux de la matière par les points lacrymaux a été noté également par Marchettis (Mangeti, Bibl. chirur., *Art. fistule*, tom. 2, pag. 120.)

(11) *Maître Jan, Traité des maladies de l'œil.* Maître-Jan nous apprend que son chapitre de la fistule lacrymale était écrit en 1701.

(12) On trouvera ces deux opuscules dans la *Nouvelle méthode de guérir les fistules lacrymales*, etc.; Turin, in-4°, 1713. Voir aussi dans le même recueil la lettre d'Anel à Fantoni.

Dominique Anel est un des hommes dont s'honore le plus la chirurgie française. Les sçavans auteurs du *Dictionnaire de la médecine ancienne et moderne* ne lui ont consacré que quelques lignes; nous sommes heureux d'ajouter quelque chose à leurs recher-

ches. « On sait seulement, disent-ils, qu'après avoir été chirurgien-major aux armées, il devint chirurgien ordinaire de la mère du duc de Savoie, et il exerça son art à Turin dans le commencement du 18^e siècle. » Cela n'est pas tout-à-fait exact. Anel, docteur en chirurgie, était né à Toulouse (Ravaton). Il fut d'abord chirurgien-major en France, puis dans les armées de l'empereur. Il avait ainsi voyagé en Allemagne, en Espagne, en Italie, etc., résidant tour à tour dans chacune des grandes villes qu'il trouvait sur son passage. Il était à Rome en 1710, et ce fut là qu'il fit l'opération de l'anévrysme au révérend Bernardino di Bolsemo, mineur observantin. Nous le retrouvons à Gènes au commencement de 1713, et ce fut là qu'il guérit de sa double fistule lacrymale l'abbé Fieschi, neveu du cardinal-archevêque de Gènes. Cette cure ayant fait grand bruit, madame Royale, duchesse de Savoie, le fit appeler à Turin pour une semblable tumeur qu'elle portait; mais avant de se mettre entre ses mains, elle voulut voir appliquer sa méthode sur une jeune fille, qu'il eut le bonheur de guérir. Louis XIV avait pris des précautions à peu près semblables avant de se faire opérer d'une fistule d'un autre genre.

Un succès complet ayant été obtenu sur sa royale malade, les attaques des envieux ne se firent pas attendre. Un certain Signorotti de Gènes se signala surtout par la vivacité et l'indécence de ses critiques. Il y a ceci de remarquable, que l'un des motifs qui poussèrent principalement Signorotti, c'est qu'Anel était Français. Le Gênois déclare nettement dans sa brochure *« qu'il veut faire voir ce qu'il sait faire aux ultramontains. »* Cela rappelle que, dans une autre querelle bien autrement célèbre, c'était le même crime qui rendait P. L. Courier si impardonnable aux yeux de l'abbé Furia. Paul Louis écrasa son adversaire sous sa verve moqueuse et impitoyable; Anel répondit aussi par des sarcasmes aux attaques en vérité très-ridicules de son antagoniste italien; et bien qu'il n'y ait nulle comparaison à faire entre les deux réponses, il faut dire que celle d'Anel se lit avec plaisir, et amène souvent le rire sur les lèvres. Du reste, les premiers chirurgiens de l'Italie prirent sa défense, et la duchesse de Savoie le nomma son chirurgien. Il resta cependant peu de temps à Turin; loin de s'y établir, il n'avait pas même quitté son logement à Gènes. Son désir était de revoir Paris, où il se rendit en effet peu de temps après. Sa nouvelle méthode, les succès qu'elle obtenait, les expériences curieuses qu'il faisait publiquement chez lui, *rue du Four, près St-Eustache, vis à vis l'avance de l'hôtel Soissons, en porte cochère, au second étage sur le devant*; son talent enfin, et l'estime que lui portaient les premiers chirurgiens de l'époque, lui donnèrent un moment de vogue et de prospérité. Et cependant, dit J. L. Petit, long-temps avant sa mort la fortune et la réputation l'avaient abandonné.

Anel a droit de marquer dans l'histoire de l'art, non-seulement par ses deux belles opérations chirurgicales, mais par les idées avancées qu'il a émises sur l'enseignement de sa profession. Il proposa, en 1716, de fonder à Paris un hôpital clinique pour les

maladies des yeux : celui des Quinze-Vingts lui paraissait parfaitement convenable. Cet enseignement aurait été fondé sur les plus larges bases. Anel voulait que l'on disséquât, après la mort, tous les malades intéressans ; qu'il y eût des consultations pour les malades externes ; que le chirurgien de l'hôpital fit, au moins une fois tous les ans, un cours public de maladie des yeux. Il demandait même qu'il fût tenu « d'opérer publiquement et en présence des chirurgiens, dans cet hôpital, lorsque les occasions se présenteraient de faire quelque opération sur des vivans ; ou quelque dissection sur des cadavres, afin de faire voir à un chacun, sur les malades ou sur les morts, ce qu'il avancerait dans les leçons de son cours public ; et si l'affluence des spectateurs devenait trop nombreuse, même jusqu'à incommoder l'opérateur, pour éviter la confusion, on ferait voir chacun à son tour de rôle. » — « J'ai suivi, depuis plus de 16 ans, dit-il, autant qu'il m'a été possible, une méthode à peu près semblable à celle que je propose par ce projet, dans les hôpitaux et dans tous les lieux que j'ai fréquentés ; et c'est par ce moyen que j'ai acquis les plus sûres connaissances que je possède dans l'art de guérir les maladies des yeux. »

On loua beaucoup le projet, mais il n'eut aucune suite : ce n'est que plus d'un siècle après que nous avons eu à Paris une clinique d'ophtalmologie.

On a cherché à disputer à Anel la propriété de ses procédés. Nous avons déjà relevé les assertions de Spreugel. Bianchi prétendait qu'un certain Caius Julius, cité par Pline, avait connu l'introduction d'un stylet dans les voies lacrymales. Morgagni a montré que le médecin romain ne se servait d'un stylet que pour appliquer quelque pommade entre les paupières (*Adv., anat. animadv. VI*), et Portal s'est manifestement trompé en attribuant à Morgagni une opinion contraire.

Signorotti alléguait que Rolfincius sur des veaux, et Sténon sur l'homme, avaient sondé les conduits lacrymaux avec des soies de porc. Bianchi rappela que Stahl y avait introduit une corde de violon enduite de cire. (*Diss. de Fistulâ lacrymali*, 1702.) Je n'ai pu trouver cette dissertation de Stahl ; mais, d'après le texte cité par Platner dans sa thèse sur le même sujet, il paraît que Stahl voulait seulement introduire dans le foyer de la fistule une espèce de conducteur, pour faciliter l'incision ; idée que Monro reproduisit comme nouvelle trente ans plus tard. On aurait pu citer encore Manget, qui, dès 1693, voyant le pus d'une fistule lacrymale sortir par le point lacrymal inférieur *qui ne paraissait pas peu dilaté*, avait quelque envie d'y introduire un fil d'argent, pour reconnaître s'il y avait ou non carie ; mais la crainte d'une trop vive irritation l'arrêta. (*Bibl. medico-practica, art. Fistulæ*.) D'ailleurs, en 1720, Manget reproduisant cette observation dans sa *Bibliothèque chirurgicale*, paraît aussi peu avancé dans la connaissance du caractère de ces fistules qu'il l'était en 1693.

Je finirai cette note déjà fort longue par une dernière observation ; c'est que les descriptions modernes s'écartent en deux points du procédé véritable d'Anel. Pour in-

introduire sa sonde, il avait soin de la courber un peu, « afin qu'elle pût mieux s'introduire jusque dans le fond du sac lacrymal, lequel décrit une légère courbe depuis le point lacrymal supérieur jusqu'à son ouverture dans le nez. » Ensuite le tube d'or qui terminait sa seringue n'avait pas plus d'une ligne à une ligne et demie, et il se plaint déjà, dans un de ses ouvrages, que les fabricans lui donnaient une longueur plus grande, ce qui le rend fragile et peut même entraîner d'autres inconvénients.

(15) Sprengel a donné ici une assez mauvaise indication. Le procédé de Woolhouse se trouve spécialement décrit dans une thèse soutenue par Platner, en 1724, de *Fistula lacrymali*. Platner, à la vérité, a reproduit ce procédé dans sa *Chirurgie*, mais avec moins de détails, et, ce qui est très-singulier, sans l'attribuer cette fois à l'oculiste anglais. Woolhouse lui-même n'a rien écrit à ce sujet.

Je dois faire ici une remarque qui paraîtra assez curieuse : c'est que le procédé de Woolhouse n'a été, depuis Platner, bien décrit nulle part ; Sabatier même l'a reproduit inexactement. Avant de perforer l'unguis, Woolhouse enlevait complètement le sac lacrymal ; et, pour ne laisser aucun doute à cet égard, on me pardonnera sans doute de reproduire le texte même de Platner.

« In eo vero omnes hactenus auctores qui de fistulâ lacrymali egerunt, lapsos esse observamus, quod quidem pertusionem ossis lacrymalis commendaverint, sacci lacrymalis autem extirpationem plane neglexerint : hæc vero ideo necessaria omnino existit, quod, si chirurgo minus pensi est, lacrymæ, quæ semper ad has partes distillant, denuo subsistunt, putrefiunt, et novam sæpè fistulam generant. Evellitur vero ejus superior portio, transversâ factâ incisione, ad locum quo meatus lacrymales in eum terminantur, specillo per hos immisso, quod chirurgum ; ne collo fistulæ decipiatur, de sacci lacrymalis situ certiore reddat. »

Ce premier temps de l'opération achevé, Woolhouse perforait l'os unguis, mettait dans le trou des tentes les premiers jours ; puis, quand la plaie était bien nettoyée, il remplaçait les tentes par une canule en or, en argent ou en plomb, de 6 à 8 lignes de longueur, selon la conformation du nez, légèrement conique et munie à son orifice extérieur d'un rebord assez large pour affaïsser les chairs qui auraient pu s'élever dans le sac lacrymal. Cette canule mise en place, à l'aide de l'introduction du stylet et de fréquentes injections, il dirigeait les conduits lacrymaux vers le nouveau conduit ; et, quand les larmes commençaient à prendre cette voie, il substituait à cette première canule une seconde de même longueur, également conique, mais sans rebord à son ouverture. Puis il cicatrissait la plaie extérieure, et pendant quelques mois il faisait porter à ses malades un compresseur, pour maintenir la canule en place. Si elle venait à tomber par la suite dans les narines, la voie nouvelle était faite et ne laissait point à craindre de récidive.

La description de cette canule nous paraît intéressante à un autre titre : c'est que nous verrons dans l'histoire du traitement par la canule que la filiation est manifeste entre celle de Woolhouse et toutes celles qu'on a imaginées depuis.

Nous n'avons voulu mentionner ni l'instrument de Lamorier, et celui de Douglas, ni celui de ce chirurgien de Hambourg, mentionné par Heister, ni la tente de plomb imaginée par quelques autres amateurs d'innovations (J.-L. Petit, t. 1^{er}, p. 528, 1^{re} édit.); nous verrons cependant cette dernière reproduite plus tard.

(14) On n'y voyait qu'un moyen de dilater la plaie; aussi Saint-Yves, qui à la fin de sa vie avait abandonné l'emploi du feu, préférerait à la canule une petite tente de bois, ou une tente de linge ciré; d'autres y mirent une tente de plomb, etc. Voyez la thèse de Socbinger, *de fistulâ lacrymali*, dans les thèses de Haller; et J. L. Petit, Œuvres posthumes.

(15) *Essais et obs: a'Edimbourg*, tom. 3, pag. 556. Lecat proposa presque en même temps un moyen analogue, mais seulement pour le cas où le canal n'était pas altéré ou absolument fermé. Un écrivain moderne élève très-haut ce procédé de Lecat, qu'il dit préférable à celui de J. L. Petit, et dans lequel il fait rentrer le procédé de Monro. Quant à cette supériorité du procédé de Lecat, c'est un jugement dont je crois qu'il faut seulement laisser la responsabilité à son auteur. Celui de Monro même est préférable en ce point assez important, que Monro tirait son seton de bas en haut, et évitait ainsi de renverser en dedans les lèvres de la plaie. Quant à cette autre assertion que le procédé de Monro rentre dans celui de Lecat, à consulter la priorité rigoureuse, il serait plus juste de dire que c'est le procédé de Lecat qui rentre dans celui de Monro, qui fut rendu public quelques mois avant l'autre.

(16) Déjà Leclerc, Lavauguyon, Charrière, avaient renoncé au cautère actuel, soit à cause de ses dangers, soit à cause de son inutilité; l'os est si mince, disent-ils avec raison, que dès qu'il est altéré, il faut qu'il s'exfolie tout entier.

(17) Voyez les notes de Lafaye sur Dionis. C'est la première mention que j'ai trouvée de l'emploi de la canule dans le conduit naturel, dont on attribue sans trop de preuves l'invention à Foubert sur des motifs bien légers peut-être.

C'est aussi dans ces notes, très-utiles à consulter pour l'histoire de l'art, que j'ai trouvé l'origine du mot *hernie* appliqué au sac lacrymal, que presque tous les auteurs citent sans savoir à qui le rapporter. Lafaye l'attribue à J.-L. Petit.

(18) Bianchi avait déjà proposé de sonder par cette voie le canal nasal. Mais avec la meilleure volonté du monde, il est difficile de croire que cette opération ait été connue de

Vegetius. Cet auteur recommande seulement, dans la cataracte et pour les taches de la cornée, chez les animaux, de porter une mince canule dans de petits trous situés dans la callosité des narines, *foramina subtilia in ipsâ callositate narium*, et d'y insuffler du vin. Il fallait bien connaître l'idée de Bianchi pour la retrouver dans un pareil passage.

(19) Dissertation sur le mécanisme des voies lacrymales, sur les désordres qui y surviennent et sur les moyens de les rétablir; par Pelier père, dans le *Recueil de Mémoires, etc.* de G. Pellier de Quengsy fils; Montpellier, 1783, page 182.

(20) *Précis ou cours d'opérat. sur la chirurgie des yeux*, par G. Pellier, tome 2, page 241. Voici quel était le procédé de Pellier père, que je n'ai vu mentionné nulle part. Il prenait un petit morceau de plomb ressemblant au bout d'une sonde à vessie d'un enfant de 7 à 8 ans, et de la longueur de trois à quatre lignes, après lequel il attachait un morceau de crin bien fort ou de soie; et après avoir frayé la route du conduit nasal avec une sonde, il y portait le morceau de plomb, et le poussait avec un conducteur jusqu'à ce qu'il fût tombé dans la fosse nasale. Alors retirant le conducteur, il faisait pencher la tête au malade et le faisait moucher; le morceau de plomb tombait dans le mouchoir et le crin ou la soie servaient de fil conducteur pour attirer le séton de bas en haut. M. Fournier de Lempde a décrit, plus de vingt ans après, un procédé presque semblable.

C'est dans le même ouvrage, page 280, qu'il est dit que Pellier père ne changeait point de procédé même dans la carie de l'os unguis.

(21) Voyez les deux ouvrages déjà cités. Il y a un troisième Pellier, Jean-François, non moins habile oculiste que les deux autres, et dont B. Bell atteste les brillants succès. Celui-ci adoptait sans réserve la canule; il l'appliqua même dans le canal chez une personne affectée de fistule complète, que B. Bell avait traité successivement par les tentes, les bougies et enfin les cordes à boyau à travers l'os unguis. B. Bell et Monro assistèrent à l'opération qui réussit. *Précis ou cours d'op.*, t. 2, p. 245; et B. Bell, *Cours complet de chirurgie*, t. 4. Croirait-on après cela que Sprengel, qui ne paraît pas s'être douté qu'ils étaient plusieurs, commence ainsi ce qu'il en dit: « *Pellier de Quengsy condamna les canules et les sondes* ».....! J'aurais eu trop à faire, si j'avais voulu relever toutes les inexactitudes de ce genre.

La famille Pellier n'est point éteinte; du moins, il y a quelques années, j'ai connu à Nancy M. Pellier, l'un de leurs descendants, et comme eux oculiste estimé.

(22) Cette thèse est intitulée: *An in fistulis lacrymalibus, carie, perfectâque ductus nasalis obliteratione complicatis, et relative ad vitium locale consideratis de-*

beat adhiberi punctorum lacrymalium cauterisatio? N'ayant pu me procurer cette thèse, je ne puis que renvoyer au *Précis* déjà cité de G. Pellier, t. 2, p. 283 et 353.

(25) Je cite Warner d'après le texte de cet auteur cité par Ware (*Chirurgical Obs. relative to the Eye*, 2^e édition, tom. 1, pag. 385 et suivantes.) C'est à cette édition que je renverrai également pour ce qui concerne Ware lui-même, et pour les citations de Wathen.

(24) Wathen est aussi le premier auteur qui parle d'une opération dont on attribue la priorité à Dupuytren. Dans les cas où une exostose de l'os maxillaire viendrait à oblitérer et détruire le canal nasal, il propose de porter un foret (drill) d'un petit diamètre à travers la plaie extérieure, de le faire agir sur l'exostose dans la direction même du canal détruit, et de répéter cette manœuvre avec un foret plus volumineux jusqu'à ce qu'on ait obtenu un canal plus large même que l'ancien. On remplirait ensuite ce canal avec une canule ou une tente. La tente de Wathen était creuse aussi; seulement elle avait une tête plus grosse que la canule simple, probablement pour maintenir dilaté le canal nasal. (*Op. citat.*, pag. 114.)

(25) Le mémoire de Blizard se trouve dans les *Transactions philosophiques*, traduites par Pinel, *Section de médecine et de chirurgie*.

(26) Pour les procédés nouvellement proposés en France, je renverrai à la *Médecine opératoire* de M. Velpeau, l'ouvrage le plus riche que nous ayons en indications de ce genre. Quant aux auteurs dont on trouvera les noms cités dans le reste de cet opuscule, je mentionnerai seulement comme sources moins connues, la thèse de Marchal, Strasbourg, 1802; et parmi les thèses de Paris, celles de MM. Miraour, Defroment, la première où il soit fait mention du procédé de Dupuytren (1820); Pidou, Perrier, Vésigné, Darcet, Nicault et Blondlot. Les résultats obtenus par M. Lisfranc ont été consignés par M. Vésigné dans sa thèse, et par M. Margot dans la *Revue médicale*; les travaux de MM. Ganson et Taddéi sont consignés dans les *Archives*, tom. 6 et 8. Enfin, je n'ai pas cru devoir signaler dans ces notes, à moins de circonstance spéciale, les traités généraux connus de tout le monde; tels que ceux de Saint-Yves, Heister, Demours, etc. Je dois dire cependant que pour les faits attribués à Dupuytren, j'ai puisé à trois sources différentes: la *Médecine opératoire* de Sabatier, les *Leçons orales* et la note de M. Marx, publiée à la fin de l'ouvrage anglais de B. Travers.

PARIS. — Imprimerie et Fonderie d'ÉVERAT, 16 rue du Cadran.