

La tête du malade fixée par un aide, et le conduit auditif éclairé au moyen de l'otoscope, je me sers d'une aiguille à acupuncture un peu forte pour sonder, en l'enfonçant au fond du cul-de-sac, le degré de consistance qu'il présente. Si, après avoir traversé la peau, je rencontre une grande résistance, je retire l'instrument pour l'enfoncer sur un autre point. Cette manœuvre est répétée jusqu'à ce que l'aiguille pénètre plus profondément. Lorsque, après plusieurs tentatives, la pointe rencontre toujours des parties dures, il faut renoncer à aller plus loin, et on peut alors, sans avoir provoqué de bien vives douleurs, prononcer l'incurabilité de la cophose. Si, au contraire, l'aiguille franchit facilement l'obstacle, il faut la pousser lentement, jusqu'à ce que le malade accuse une douleur très-vive qui lui arrache un cri et qui l'oblige à faire un mouvement de tête auquel il n'a pu résister. Cette douleur est un indice presque certain que la membrane du tympan a été piquée. Avec une main un peu exercée, un chirurgien juge facilement, par cette exploration, et par le degré de résistance qu'a éprouvé l'aiguille en traversant la cloison, de la nature du tissu et de son degré d'épaisseur.

Ces notions topographiques étant bien acquises ainsi que le degré de sensibilité du nerf auditif, l'opérateur, pour qui les chances de l'opération se trouvent pour ainsi dire divulguées, n'a plus qu'à s'occuper du choix du procédé opératoire, afin de détruire la cause qui s'oppose à l'audition.

Tous les auteurs sont d'accord sur les difficultés que présente à nos moyens thérapeutiques l'oblitération congéniale du conduit auditif, quand elle siège près de la membrane du tympan. Si l'obstacle est près de l'orifice et qu'il ait peu d'épaisseur, rien de plus simple que de le détruire en y pratiquant avec un bistouri à lame étroite une incision cruciale, d'exciser les quatre angles de la plaie et de maintenir l'élargissement de l'ouverture en y introduisant un corps dilatant comme de l'éponge préparée, des canules en gomme élastique ou des cordes à boyau, etc. Mais si l'imperforation siège plus profondément et qu'à l'épaisseur de quelques lignes elle joigne l'inconvénient d'être accolée à la membrane du tympan, les difficultés seront doublées par celles qu'il y a de bien éclairer le conduit et surtout d'introduire l'instrument à cette

profondeur sans blesser la membrane du tympan. Il faut donc, si on veut détruire l'obstacle, que l'action de l'instrument ou de tout autre agent s'arrête juste à un point presque mathématique; car si on ne fait disparaître entièrement la cloison anormale, l'opération n'aura aucun résultat; et d'un autre côté, si l'instrument dépasse ces limites, il atteindra la membrane, ce qui ne saurait arriver sans inconvénient.

Le bistouri, si étroite que soit sa lame, ne peut agir à une profondeur de plus d'un centimètre; plus loin il n'opère que comme un instrument piquant, et alors mieux vaut donner la préférence à un trocart dont la pointe dépasse très-peu la canule (1). C'est aussi cet instrument que j'ai préféré, en y associant l'emploi du nitrate d'argent, proposé pour la première fois par Leschevin; toutefois en changeant de procédé à cause de l'impossibilité que présente celui de ce praticien de pouvoir limiter l'action du caustique. Itard, comme Leschevin, portait le nitrate sur l'obstacle à l'aide d'un tuyau, qu'il maintenait en place au moyen d'un peu de coton; mais en agissant ainsi, Itard a détruit plus d'une membrane du tympan et occasionné des désordres plus ou moins graves dans l'oreille moyenne, tout en voulant borner l'action du caustique sur le conduit. Il me serait très-facile de citer huit faits à l'appui de ce que j'avance.

Si la cloison est mince et ne dépasse pas 3 ou 4 millimètres, il n'est point nécessaire, il serait même imprudent de laisser le caustique en permanence, le tuyau de Leschevin ne pouvant borner son action du côté du tympan. Des cautérisations successives suivant les préceptes de Fabrice, et répétées tous les deux jours à la chute de l'eschare, suffiront dans ce cas. Mais il faudra, avant de commencer une nouvelle cautérisation, avoir la précaution de s'assurer, à l'aide d'un stylet boutoné, porté au fond de la plaie, si le tympan n'est pas à découvert, ce qui l'exposerait à recevoir l'action du caustique, inconvénient qu'il faut avoir bien soin d'éviter. Ce temps de l'opération demande une grande habitude, et ne peut être bien exécuté qu'autant que le conduit est assez éclairé pour

(1) Celui qu'a proposé Leschevin et que M. Velpeau conseille dans son *Traité de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. III, p. 618 et suiv.

BIBLIOTECA
MUSEO MED. LANT.

que la vue de l'opérateur puisse distinguer, au milieu des chairs dénudées et rouges, la branche du marteau qui s'articule avec la membrane. La couleur blanche de cet osselet, contrastant avec la rougeur des parties environnantes, est le seul signe infaillible qui annonce qu'on est arrivé jusqu'à la membrane du tympan.

Il est encore un autre signe auquel on peut reconnaître que la cloison est détruite sur un point, si on a eu soin d'opérer sur une oreille dont le nerf a conservé tout ou partie de sa sensibilité. C'est la faculté de percevoir les sons qui s'établit aussitôt que le tympan est mis en contact immédiat avec eux. Dès qu'on a atteint ce résultat, tout ce qui reste à faire consiste à donner plus d'étendue à l'ouverture artificielle de la cloison, à l'aide des cautérisations dirigées sur la circonférence de la plaie. Mais, je le répète, il faut, pour bien exécuter ces divers temps de l'opération, y voir assez clair pour ne pas porter au hasard le caustique dans le fond du conduit, comme on l'a fait plusieurs fois.

Si la cloison offre une épaisseur plus considérable, comme sur cette jeune fille, voici le procédé que j'ai mis en usage et qui m'a si bien réussi.

Après avoir sondé l'obstacle et reconnu son épaisseur à l'aide de l'aiguille exploratrice dont j'ai parlé, j'introduis le trocart dans le conduit auditif, jusqu'à ce que la pointe appuie sur la cloison. La canule de l'instrument étant graduée, je mesure la distance qu'il y a depuis la pointe jusqu'à la portion de la canule qui correspond à l'antitragus; puis, me rappelant l'épaisseur de la cloison que j'avais mesurée avec l'aiguille, j'enfonce le trocart jusqu'aux deux tiers environ de sa profondeur.

Ce premier temps de l'opération terminé, je retire la tige de l'instrument en laissant sa canule engagée dans la plaie. La canule, ainsi dégagée de la tige, sert de conducteur à un petit fragment de nitrate d'argent que je fais glisser à l'aide d'un stylet jusqu'au fond de la plaie. J'ai fait couler à cet effet, et pour les différentes cautérisations de l'oreille et des yeux, de petits crayons de nitrate d'argent, pareils à ceux de mine de plomb dont on arme les crayons ordinaires. Une fois parvenu au fond de la plaie, je dégage la canule en appuyant

légèrement sur le stylet, afin de ne pas entraîner le caustique, et je retire le tout en abandonnant le nitrate dans la plaie. Afin de prémunir le conduit auditif de toute atteinte et de borner l'action du caustique sur l'obstacle, je le maintiens dans la plaie au moyen d'un petit tampon de coton que j'enfonce jusqu'à l'obstacle, après avoir eu la précaution de le fixer à un fil, afin de pouvoir le retirer à volonté et sans aucune difficulté.

Le nitrate, ainsi maintenu, ne peut agir que sur l'obstacle, en élargissant la plaie que le trocart y a préalablement faite. Il ne saurait porter aucune atteinte au conduit auditif, puisque son action de ce côté est empêchée par le coton. Reste le tympan. Mais l'eschare produite par la dissolution du petit volume de la pierre ne peut guère dépasser 1 millimètre. La membrane sera donc toujours épargnée si on a eu soin de laisser une épaisseur suffisante qui la sépare du fond de la plaie.

On laissera écouler dix ou douze heures avant de toucher à l'oreille, à moins cependant que les douleurs produites par l'effet de la cautérisation n'obligent à en agir autrement: ce qui ne m'est pas arrivé dans cette circonstance. La jeune malade a souffert pendant les deux premières heures, et puis les douleurs ont été sensiblement en décroissant. Dans tous les cas, le premier pansement consistera à enlever le coton à l'aide du fil qu'on aura eu soin de laisser assez long; et, après avoir examiné le conduit auditif, on jugera, par l'inspection de la plaie et son degré d'irritation, si l'action du nitrate est suffisante. Si les douleurs sont trop vives, on fera des injections émollientes, poussées avec un peu de force, afin d'entraîner au dehors les parties du caustique qui seraient encore susceptibles d'être expulsées, et on couvrira l'oreille d'un cataplasme émollient qu'on pourrait arroser avec quelques gouttes de laudanum.

Lorsque la supuration aura entraîné la première eschare, on cherchera à agrandir la plaie par des cautérisations successives renouvelées tous les deux jours, en ayant soin, comme je l'ai déjà dit, de bien examiner à chaque cautérisation si le tympan n'est pas à découvert ou s'il est près de l'être ce qu'on jugera facilement à son élasticité en pressant légère-

BIBLIOTECA
CASA DE MED. L. AN. L.

ment sur le fond de la plaie à l'aide d'un stylet boutonné. Quand le tympan sera à nu, il faudra diriger l'action du caustique sur la circonférence de la plaie en ayant soin d'appuyer un peu plus fortement sur l'orifice externe. Les douleurs qui résultent de chaque cautérisation, quelquefois très-vives, ne durent pas ordinairement plus de dix minutes à un quart d'heure. On peut aussi, quand les chairs menacent de revenir sur elles-mêmes malgré l'action du nitrate, les maintenir éloignées, en introduisant dans la plaie un peu d'éponge préparée qu'on aura fixée très-solidement à un fil afin de pouvoir la retirer à volonté. Mais les douleurs que cet agent détermine en se dilatant sont difficilement supportées, car deux fois j'ai voulu l'employer dans des cas à peu près semblables, et une heure s'était à peine écoulée qu'il me fallut l'extraire, tant le malade en était tourmenté.

Quand l'ouverture artificielle sera assez grande pour permettre le libre accès des rayons sonores, on hâtera la cicatrisation de la plaie en supprimant les cautérisations et en remplaçant les injections émoullientes par une liqueur résolutive. Les injections qui me réussissent le mieux en pareil cas sont les suivantes :

Sous-acétate de plomb liquide, 2 grammes.

Laudanum de Rousseau, 1 gramme.

Eau de menthe, 125 grammes.

On commence par injecter matin et soir à l'aide d'une seringue, en lançant le liquide avec un peu de force dans le conduit afin de le bien nettoyer. Au bout de trois ou quatre jours, on remplace les injections par des instillations qu'on fait avec une éponge ou un peu de linge trempé dans le même liquide. Après chaque pansement il importe de mettre la plaie à l'abri du contact de l'air, en fermant le conduit auditif avec un peu de coton.

Quand cette première injection devient insuffisante, on peut la remplacer par la suivante dont l'action est beaucoup plus énergique.

Décoction de cachou, 250 grammes.

Sulfate d'alumine, 5 grammes.

Employée comme la précédente.

Au bout de deux mois, le conduit auditif avait acquis ses

dimensions presque normales, et la membrane du tympan, ménagée pendant l'opération et durant les pansements, se présenta avec toute l'élasticité nécessaire pour vibrer sous l'influence des sons. En un mot, cette oreille qui n'entendait pas le tic-tac d'une montre appliquée contre elle, l'entendit après, à la distance de plus d'un mètre.

M. Sonrier (1), médecin principal au camp de Châlons, qui a opéré, pour une oblitération semblable mais existant à l'entrée du conduit, un soldat avec succès, par un procédé à peu près analogue, témoigne son étonnement de n'avoir trouvé dans aucun traité, ni recueil de chirurgie, aucun fait pareil ni aucun guide à suivre. Nous regrettons qu'il n'ait pas eu connaissance de ceux que nous avons recueillis, car il aurait trouvé de suite les principales indications à remplir et surtout le moyen de s'assurer, avant l'opération, de l'épaisseur de la cloison obturatrice, condition essentielle pour le choix du mode opératoire.

Un phénomène physiologique très-curieux s'est présenté après cette opération. Je dois le mentionner comme un fait nouveau, acquis à la physiologie de l'organe de l'ouïe.

Quand la surdité n'existe que d'un côté et qu'on vient à pratiquer une opération quelconque, soit le cathétérisme de la trompe, l'extraction d'un polype, la perforation du tympan, etc., l'oreille peut percevoir le tic-tac d'une montre à la distance de quinze centimètres, tandis que la parole ne sera entendue que d'une manière très-confuse; et pourtant bien des personnes entendent parfaitement la parole, alors que le tic-tac d'une montre n'est perçu qu'à une faible distance de l'oreille. Ce phénomène, que j'ai eu occasion d'observer un assez grand nombre de fois, me semble pouvoir être expliqué de la manière suivante.

On sait que, pour que tout acte intellectuel s'accomplisse, il faut qu'un sentiment d'impression, produit par l'agent extérieur, succède à celui de l'attention pendant lequel le cerveau ou l'ouïe, comme on voudra l'appeler, juge de sa nature, de sa force, en un mot de toutes ses qualités. Si la personne n'entend que d'une oreille, elle concentrera toute son

(1) Sonrier, *Gazette des hôpitaux*, 10 fév. 1870.

attention de ce côté, avec une exclusion d'autant plus complète de l'autre oreille, que la surdité de celle-ci sera plus ancienne. L'oreille sourde sera donc mise de côté comme un instrument incapable de rendre aucun service. Mais si, après une opération quelconque, cet organe acquiert la faculté de percevoir les sons, l'habitude que le cerveau avait depuis longtemps contractée de diriger toute son attention du côté de la bonne oreille, fait qu'il ne pense pas à celle qui vient de recouvrer ses fonctions. Tous les bruits et les sons simples seront bien entendus, tandis que la parole, dont les nombreuses modulations exigent une grande opération intellectuelle pour être jugées, ne sera bien perçue qu'après un temps dont la durée sera en raison directe de l'ancienneté de la cophose, et en raison inverse de la somme d'intellect de la personne. Chez cette jeune fille un mois fut nécessaire, non pour que l'oreille apprit à entendre, mais plutôt pour que le cerveau eût appris à s'en servir.

Je ne puis mieux comparer ce phénomène qu'à ce qui se passe sur un aveugle nouvellement opéré de la cataracte. La lumière frappe bien ses yeux, mais il ne juge la forme et la couleur des corps qu'après un laps de temps dont la durée ne peut être déterminée (1).

ARTICLE II

Corps étrangers dans le conduit auditif.

§ 1. — DES CORPS ÉTRANGERS EN GÉNÉRAL.

Les corps étrangers qui peuvent se former ou que l'on peut rencontrer dans les conduits auditifs sont très-nombreux et très-variés.

Ils sont solides, liquides, demi-liquides. Le cérumen, accumulé, condensé, tendant à revêtir les caractères des calculs; du pus, des caillots sanguins, de la matière tuberculeuse, peuvent être trouvés dans ce conduit et former des corps étrangers. Voici d'ailleurs, d'après Vidal, une classification des

(1) En 1829, une jeune fille de sept ans que Dupuytren opéra d'une double cataracte congéniale, avait de la peine à se conduire et à distinguer les objets avec ses yeux plus d'un mois après l'opération.

corps étrangers de l'oreille qui servira à coordonner les nouveaux faits qu'on pourra observer, se rapportant à cette classe de lésions de l'oreille.

Parmi ces corps étrangers, les uns, dit ce praticien, viennent de dedans en dehors, d'autres de dehors en dedans, et d'autres enfin se forment dans le conduit auditif même, exemple: le cérumen endurci et une foule d'autres concrétions favorisées par une affection herpétique du conduit.

« Parmi les corps étrangers qui viennent du dehors, on en trouve de liquides, de mous, de solides. Il en est qui peuvent se fondre, d'autres qui peuvent se briser, tandis qu'il en est qui augmentent de volume, se développent, il en est d'immobiles; il en est de progressifs; enfin il en est de vivants.

« 1° Le conduit auditif des plongeurs se remplit souvent d'eau; celle-ci produit des bourdonnements, des tintements d'oreilles; elle agit par son poids ou par sa température et détermine quelquefois des otites. Si, en plongeant d'une grande hauteur, l'oreille frappe d'abord sur la surface de l'eau, celle-ci percute le tympan et produit une commotion de l'oreille qui peut être suivie de la surdité.

« 2° Les corps mous sont ordinairement des portions de fruits ou de la mie de pain que les enfants introduisent dans l'oreille en jouant.

« 3° Les corps durs sont très-nombreux: des noyaux de cerise, des grains de plomb, des parcelles de faïence, des fragments de verre, des têtes d'épingle, etc.

« 4° Les corps fondants sont des grains de sucre, des boulettes d'argile, etc.

« 5° Les corps qui se développent sont les pois, les haricots. On a même imprimé qu'on les a vus germer et qu'ils ont été retirés en les saisissant par la tige.

« 6° Les corps qui se brisent sont des boules creuses en verre comme les fausses perles. Si on les saisit mal, on les brise; chaque fragment est un nouveau corps étranger ou aiguillon qui enflamme l'oreille.

« 7° Les corps sont toujours progressifs quand leurs diamètres sont au-dessous de ceux du conduit auditif. Selon la position de la tête, selon les manœuvres auxquelles se livreront le malade ou le chirurgien, les corps progressifs iront vers le