

ou moins craintive que nous; elle se décida à emmener sa fille en Irlande et à la ramener à Paris si la surdité récidivait. La guérison s'est heureusement maintenue.

Ces faits, témoignent bien mieux que tout ce que je pourrais dire, en faveur de la médication que je défends et que je considère comme étant celle dont on puisse espérer les meilleurs effets dans le traitement des dysécies, par simple engouement ou rétrécissement des trompes. Elle est d'ailleurs maintenant généralement adoptée.

## ARTICLE IV.

## Obstruction par des tumeurs voisines.

## § 1. — ENGORGEMENT ET HYPERTROPHIE DES AMYGDALES.

Parmi les tumeurs qui peuvent se développer aux environs des trompes et y déterminer une compression capable d'oblitérer ces conduits, il faut compter au premier rang l'engorgement et l'hypertrophie des amygdales.

J'ai déjà dit que certains praticiens ont beaucoup exagéré l'action de ces glandes dans la production de la surdité; tandis que d'autres, surtout Erhard d'Erlangen (1), assurent que, quel que soit leur volume, il est difficile qu'elles puissent agir sur les trompes de manière à y intercepter le passage de l'air.

Pour apprécier ces opinions diverses, il faut étudier avec soin le mode de développement de ces glandes en s'hypertrophiant; ainsi quelquefois elles se dirigent entièrement du côté de la ligne médiane vers la luette. D'autres fois elle sortent si bien des piliers du voile du palais qu'on les dirait pédiculées. Dans ce cas toute la glande faisant saillie dans l'isthme du gosier, paraît énorme et on est étonné de voir que l'ouïe n'en est nullement affectée. Cela se comprend, puisque en se conduisant ainsi, l'amygdale ne peut, en aucune manière, exercer une influence fâcheuse sur les trompes.

D'autres fois la tumeur prend une direction opposée; ainsi, au lieu de se porter directement en dedans et de s'échapper à

(1) Erhard, *loc. cit.* p. 179.

travers les piliers des voiles du palais, elle s'élargit à sa base, s'étend sur les parois latérales du pharynx en se portant en haut ou en arrière; elle peut agir alors sur la trompe, bien plus en s'appliquant contre son pavillon, qu'en aplatissant ses parois.

On comprend la différence qui existe pour la facilité de l'excision de ces glandes dans les cas précités et l'habitude qu'il faut avoir pour opérer celle dont la saillie n'est pas très-apparente.

Si la surdité coïncide fréquemment avec l'hypertrophie des amygdales, cela tient à la propagation dans les trompes de la même inflammation qui a causé l'engorgement des amygdales. On sait que cette hypertrophie se complique toujours de l'engorgement et d'une espèce d'empatement de la muqueuse environnante.

Mais comme l'amygdalite, après n'avoir été que l'effet de l'inflammation primitive, devient, à son tour, la cause d'irritation constante de la gorge et qu'elle peut ainsi, bien plus que par une compression mécanique, agir sur l'ouïe, il est essentiel d'en faire l'excision.

La surdité qui résulte de la compression directe des amygdales se distingue de celle de l'engorgement de la muqueuse, par les signes suivants. Dans le premier cas, la cophose peut être quelquefois complète, et l'air renfermé ainsi tout à coup dans la caisse et dans les trompes fait entendre le bruit d'une conque ou bien celui d'une mer lointaine; puis tout à coup, aux simples changements de température ou sous l'influence de quelques soins purement hygiéniques, l'engorgement des amygdales venant à diminuer, les bruits cessent et l'ouïe reparait dans toute son intégrité. Ces intermittences peuvent se présenter fréquemment tant qu'on n'aura pas combattu, par des moyens appropriés, l'amygdalite. La surdité, au contraire, provenant de l'engorgement de la muqueuse, n'éprouve pas des oscillations si tranchées, elle rentre dans la catégorie de celles que j'ai déjà décrites à l'article *Inflammation de la muqueuse des trompes*.

Il est déjà facile de voir que le diagnostic de ce genre de surdité ne saurait être grave et qu'il suffit d'en combattre, ce qui est facile, la cause.

Ainsi on soumettra d'abord le malade à un régime approprié, on lui proposera des gargarismes émollients, puis résolutifs. Ceux que j'emploie le plus ordinairement sont les suivants :

Infusion de sureau.....	150 grammes.
Sulfate d'alumine.....	2 à 4 —
Sirop de mûre.....	40 —

La pituitaire étant presque toujours engouée et empâtée, je prescrivis, en même temps que ce gargarisme, de faire passer en reniflant ou en injections avec une poire en caoutchouc ou une petite seringue, dans les fosses nasales, jusqu'à l'arrière-gorge, une infusion de sureau, d'abord coupée avec du lait, puis seule.

Il est bien rare que, sous l'influence de ces moyens, il ne se produise pas une amélioration sensible, qu'il faudra confirmer par des attouchements de la muqueuse, soit avec des insufflations d'alun ou mieux de légères cautérisations au nitrate d'argent ; si, malgré le traitement général et local, l'engorgement des amygdales persiste, quelle que soit l'amélioration de l'ouïe, il faudra en faire l'excision. Les malades, une fois qu'ils entendent bien, comprennent moins la nécessité de cette opération et font quelques difficultés de s'y soumettre ; c'est pourquoi il vaut mieux les enlever avant le traitement. Il importe de faire ressortir tous les avantages de cette opération, surtout chez les enfants, non-seulement pour assurer la guérison, mais pour empêcher le retour des maux de gorge et, avec eux, la récurrence de la surdité. Laisser ensuite aux parents et aux malades le soin de comprendre la portée de ces observations.

J'ai rarement recours aux révulsifs, si généralement employés, et trop prodigués peut-être contre les maladies de l'oreille. J'ai aussi la conviction qu'ils sont rarement salutaires ; qu'ils provoquent des douleurs inutiles et laissent souvent des traces indélébiles. Je pourrais multiplier les faits, j'en citerai un seul.

« Le jeune Dupuis, âgé de 16 ans, atteint de surdité depuis quelques années, présenta les symptômes suivants : glandes

amygdales grosses, indurées, touchant la luette ; otorrhée légère du côté gauche.

« Ce jeune homme avait été soumis, sans résultat aucun, aux prescriptions suivantes : saignée générale au bras ; — le lendemain aux vomitifs ; — quelques jours après, un grand et large séton à la nuque, dont on activa la suppuration, à l'aide de pommades, pendant trois mois ; puis on substitua au séton un cautère à plusieurs pois ; le tout accompagné de purgatifs répétés tous les trois jours. Ce nouveau traitement fut encore suivi plusieurs mois sans aucun succès (1). »

Ce malade, qui jusque-là semblait avoir été plus spécialement sous la direction du professeur Blandin, fut conduit alors chez Deleau, qui lui enleva les amygdales. Cette opération, malgré le volume de ces glandes, ne produisit aucun changement dans l'ouïe, tandis qu'une douche d'air, lancée dans la trompe, amena une amélioration sensible, et plus tard la guérison par la répétition du cathétérisme.

Il est bien évident que si le traitement de ce jeune malade avait commencé par où il a fini, on lui aurait évité l'application des premiers moyens, avec tous les désagréments qu'ils entraînent, et provoqué une guérison plus prompte et bien plus facile.

Itard a publié nombre de faits pareils à celui que je viens de citer.

#### 1. Excision des amygdales.

Bien que cette opération rentre dans le cadre de la médecine opératoire, elle doit être si souvent pratiquée par les médecins auristes, qu'il ne sera peut-être pas déplacé d'entrer ici dans quelques considérations pratiques relatives au mode de les opérer.

J'ai déjà dit que toutes les amygdales atteintes d'hypertrophie compliquée de maux de gorge, avec ou sans affaiblissement de l'ouïe, devaient être excisées.

Pas plus pour les amygdalés que pour la plupart des autres

(1) Deleau, *Recherches des maladies de l'oreille*. Observation trente-huitième.

(2) Deleau, *loc. cit.*

opérations, on ne peut adopter un procédé unique ; car, selon que la glande fait une saillie plus ou moins grande en dehors des piliers du voile du palais, ou bien qu'elle reste, malgré son volume, cachée par ces enveloppes, il faudra varier le mode opératoire.

Deux procédés se disputent l'exécution de cette opération : l'un consiste à enlever ces glandes par l'instrument de Fanestoch, modifié et perfectionné par MM. Charrière et Matthieu, tandis que d'autres praticiens préfèrent encore le bistouri.

Je suis resté un peu fidèle à ce dernier, malgré l'usage fréquent que j'ai fait de l'instrument mécanique ; voici mes raisons.

Lorsque l'amygdale fait bien saillie dans l'isthme du gosier, et qu'elle a une forme arrondie, on peut la saisir et l'enlever très-facilement avec l'instrument Fanestoch ; mais lorsqu'elle est aplatie ou allongée, et qu'elle dépasse peu les piliers, cet instrument est peu commode, et permet moins de saisir la totalité de la glande. Et pour peu qu'il y ait des adhérences entre l'amygdale et les piliers, il devient plus difficile d'éviter la blessure de ces derniers, ainsi que l'hémorrhagie qui peut s'ensuivre. Car, malgré l'habileté du chirurgien, il n'est pas possible de calculer la portion de la glande qui s'engagera dans l'anneau de l'instrument, et de ne pas porter la lame plus loin qu'il ne faudrait.

Le bistouri ne peut avoir ces inconvénients ; et si, avec cet instrument, on n'opère pas d'une manière aussi rapide, on a du moins l'avantage, quand on sait s'en servir, de limiter comme on veut la section, quelles que soient la forme, la saillie et les dispositions de l'amygdale, par rapport aux parties environnantes.

Ces réserves faites, je conviens que l'amygdalotome, quand on a acquis l'habitude s'en servir, a un immense avantage et doit être préféré, dans la plupart des cas, chez les enfants.

## 2. Manuel opératoire.

L'opération des amygdales peut se diviser en trois temps bien distincts : premier, tenir la bouche ouverte et la langue abaissée ; deuxième, saisir la glande et la fixer ; troisième, enfin, diviser.

*Ouvrir la bouche.* — Plusieurs moyens ont été imaginés pour tenir la bouche ouverte et la langue abaissée.

Les anciens avaient imaginé des instruments qu'ils appelaient *glosso-catoche*. Caqué se servait d'un chevalet dont le manche en S portait en arrière la commissure labiale, et tenait la mâchoire écartée.

Depuis, on a imaginé une foule d'instruments à cet usage, et qui, en somme, peuvent se réduire à une plaque en métal solide, longue de 15 centimètres, large de 3, et montée sur un manche formant avec cette plaque un angle obtus.

Mais tous ces instruments peuvent être facilement remplacés par une cuiller chez les enfants ; par une spatule, dont la plaque est légèrement inclinée, chez les grandes personnes, ou du moins chez celles dont la langue exige un grand effort de pression. La cuiller, en pareil cas, n'est pas suffisante. Il faut, pour agir avec plus de force sur cet organe, avoir un abaisseur avec un bras de levier assez long. Du reste, ces instruments ne sont nécessaires qu'au début de l'opération, pour mettre à découvert la glande, et permettre de la saisir d'une manière convenable ; car, dès que l'amygdale est accrochée, le malade, craignant qu'un mouvement brusque de sa part ne soit nuisible et ne l'expose à se faire blesser, garde l'immobilité la plus complète, reste la bouche ouverte ; et, n'était le sang qui gêne la respiration, il resterait longtemps dans cette position.

*Saisir la glande.* — Les nombreux praticiens qui préfèrent encore les pinces à l'instrument de Fanestoch, ne sont pas bien d'accord sur la préférence à donner aux pinces ou à l'érigne pour saisir la glande.

Pendant longtemps la pince de Museux, se terminant par deux crochets, à chaque branche, a joui d'une grande faveur. C'était l'instrument préféré de Dupuytren ; mais un instrument de ce genre a toujours l'inconvénient, par la manière dont il doit être fixé avec les doigts, de se prêter difficilement aux divers mouvements de la main qu'exige souvent cette opération. C'est pour cela que Louis remplaça les pinces par une érigne longue à une seule pointe, que Desault et Boyer adoptèrent cet instrument en y ajoutant deux pointes, et Marjolin s'en servit à son tour en en faisant adapter trois.

L'érigne a l'avantage sur les pinces d'être tenue par son manche entre les doigts, lequel, pouvant rouler dans tous les sens, permet à la main d'exercer sur l'amygdale toute espèce de traction ou d'abaissement.

On a dit que, lorsque l'érigne est en place, la tige gênait dans la bouche le mouvement du bistouri; cela est vrai pour l'instrument de Boyer dont la tige, placée au milieu de cette cavité, gêne la vue de l'opérateur et un peu aussi le jeu de l'instrument. C'est pour obvier à cet inconvénient que j'ai donné à la branche de l'érigne une courbure assez prononcée dont la concavité est tournée du côté des crochets. Cette disposition fait que, lorsque l'amygdale est saisie, la courbure de l'instrument suit la concavité du bord dentaire du côté opposé et laisse ainsi toute la cavité de la bouche libre et l'amygdale complètement à découvert. Elle permet encore de porter les crochets plus en dehors et de saisir ainsi l'amygdale aussi près qu'on le veut de sa base.

Ce temps, qui consiste à saisir la glande, à l'isoler autant que possible de ses piliers, à la porter en avant et en dedans, est le plus important, puisque c'est de lui que dépend le succès de l'opération. Il faut surtout, quand on opère chez les enfants, bien calculer la distance à laquelle on enfonce les crochets, afin d'éviter le pilier postérieur du voile du palais dont la lésion peut provoquer quelques accidents.

*Diviser la glande.* — Voici à ce sujet ce que dit Vidal, de Cassis : « Le bistouri est toujours préférable pour un chirurgien qui a l'habitude des opérations. Pour les praticiens timides, ou peu exercés, de forts ciseaux courbes sur le plat conviendraient mieux; ils pourraient être remplacés par ceux de M. J. Cloquet, qui se terminent par deux demi-lunes, se regardant par leurs bords concaves et tranchants (1). »

Quand on se sert du bistouri, on a agité la question de savoir s'il fallait inciser l'amygdale de haut en bas, ou de bas en haut. Louis, qui incisait de bas en haut, reprochait à l'autre procédé d'exposer la langue à être blessée; en outre, si on ne termine pas rapidement la section, et qu'on soit obligé d'interrompre l'opération, le lambeau coupé peut toucher la glotte en s'af-

(1) Vidal, *loc. cit.*

faissant, et produire la suffocation. Richter, et, à son exemple, Marjolin et Boyer, commençaient l'incision dans un sens, et la finissaient dans un autre. C'est là une complication qui rend l'opération beaucoup trop longue. Quant à moi, je préfère enlever l'amygdale de bas en haut, et cela par une raison toute simple. En excisant de haut en bas, le sang qui sort aussitôt de la plaie se répand sur toute la glande ainsi que sur les parties voisines, masque les surfaces que le bistouri doit traverser, et rend ainsi l'opération plus laborieuse; en incisant de bas en haut, on évite tous ces inconvénients; l'œil ne perd jamais de vue les dispositions de la glande, par rapport aux piliers du voile du palais, et l'opérateur peut suivre jusqu'à la fin la marche du bistouri.

§ 2. — TUMEURS INFLAMMATOIRES, INDOLENTES, OSSEUSES OU POLYPEUSES.

D'autres tumeurs peuvent se développer aux environs de la trompe; telles que tumeurs inflammatoires, indolentes, osseuses et polypeuses; mais tous ces états morbides sont assez rares, comme causes de surdité, et rentrent dans le cadre des maladies chirurgicales en général.

ARTICLE IV.

**Maladies syphilitiques.**

J'ai déjà parlé (page 266) de l'influence qu'exerce fréquemment le virus syphilitique sur les maladies des oreilles, et par suite sur la surdité.

Comme les considérations dans lesquelles je suis entré sont applicables à toutes les dysécies, il faudra que le praticien sache discerner les cas où il soupçonne que le principe vénérien peut être quelque chose, dans la résistance que la maladie oppose aux traitements ordinaires. Je renvoie donc à ce que j'ai écrit sur ce sujet, au chapitre v, *Maladies du tympan*, page 377.