

CHAPITRE VIII

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL DE L'AUDITION.

ARTICLE I

OREILLE EXTERNE.

§ 1. **Pavillon de l'oreille.** — La petite opération qui consiste à perforer le lobule chez la femme, pour y attacher l'anneau d'une boucle d'oreille ou le support d'un bouton, est généralement pratiquée par les bijoutiers, qui percent avec un poinçon le lobule soutenu par un bouchon de liège. Ces marchands ont la fâcheuse habitude de passer immédiatement après l'anneau dans le trou qu'ils viennent de faire.

Il vaudrait mieux remplacer le poinçon par un petit trocart dans la canule duquel on peut glisser un fil de plomb, qu'on laisserait quelque temps dans le trajet, et que l'on remplacerait plus tard par la boucle d'oreille, quand le pourtour de la petite perforation serait cicatrisé.

§ 2. **Conduit auditif.** — Le conduit auditif, étendu de la conque à la paroi externe de la caisse, se porte d'une façon générale de dehors en dedans, mais son trajet est, en somme, en ligne brisée. Il se dirige d'abord en avant, puis en arrière et un peu en haut, et enfin, dans la dernière moitié de son trajet, en avant et en bas. Sa longueur mesurée en ligne droite est de vingt à vingt-deux millimètres. La portion externe est aplatie d'avant en arrière, la portion moyenne à peu près cylindrique et l'interne aplatie d'avant en arrière.

Le bord postérieur de l'orifice qui fait communiquer la conque et le conduit auditif présente une saillie dirigée vers le tragus et masquant l'entrée du conduit, de sorte que, pour l'explorer, on

doit repousser cette saillie en haut et en arrière, en attirant le pavillon de l'oreille dans le même sens. La membrane du tympan, qui limite en dedans le conduit auditif externe, est inclinée de haut en bas et de dehors en dedans; sa face externe regarde en avant. La peau qui tapisse le conduit est remarquable par son épaisseur; elle est pourvue, dans sa moitié externe, de poils et de glandes cérumineuses, qui font défaut dans la moitié interne.

Corps étrangers du conduit auditif (fig. 284). — Le premier moyen à mettre en usage consiste dans l'emploi des injections d'eau tiède, poussées avec force et à l'aide d'une seringue assez volumineuse, ainsi que le recommandait Mayor. Les injections agissent de la façon suivante: une certaine quantité d'eau passe entre le corps étranger et la paroi du conduit auditif, et, repoussée par la membrane du tympan, elle chasse le corps étranger. Si ce procédé échoue, on peut essayer l'extraction, soit avec un fil métallique recourbé en anse ou une épingle à cheveux recourbée, soit à l'aide de pinces et entre autres de pinces à griffes. Les différentes curettes, et surtout la curette articulée de Leroy



Fig. 284. — Curette articulée de Leroy d'Étiolles.

d'Étiolles (fig. 284), sont assez commodes pour retirer les corps étrangers. Il est bon, pendant ces manœuvres et afin de mieux découvrir l'orifice externe du conduit, de tirer ou de faire tirer par un aide le pavillon en haut et en arrière. Quand il s'agit d'un enfant, l'anesthésie est de rigueur.

Il faut avoir grand soin de procéder avec ménagement, pour ne pas pousser plus avant le corps étranger et ne pas augmenter les désordres.

Si l'on a affaire à une concrétion de cérumen, en laissant un certain temps dans le conduit auditif de l'eau de savon tiède ou simplement de l'eau tiède, etc., on arrivera le plus souvent à en obtenir la sortie.

Quant aux insectes qui ont pénétré dans le conduit, on cherchera à les retirer avec un tampon de coton imbibé d'une matière gluante,

de poix, etc.; si l'on ne peut les extraire ainsi ou avec des pinces, on recourra aux injections forcées et enfin, en dernier ressort, si l'insecte reste quand même dans le conduit auditif, on le tuera, en mettant dans l'oreille de l'eau chaude ou un liquide plus actif, mais ne risquant pas toutefois de léser les parois du conduit.

Lorsqu'un corps étranger a résisté à tous les procédés d'extraction, Paul d'Égine recommandait d'inciser la conque en demi-lune à sa partie postérieure, au niveau de son union avec la paroi crânienne, de façon à arriver sur le corps étranger.

Troltsch préfère pratiquer l'incision à la partie supérieure.

Les divisions de la conque ne peuvent servir que pour les corps étrangers placés à la partie externe du conduit auditif.

Oblitération, rétrécissement du conduit auditif. — Que l'oblitération soit congénitale ou acquise, il faut d'abord rechercher si l'ouïe persiste; quand elle est abolie, on doit s'abstenir. Dans le cas où elle est conservée, on explorera la nature de l'obstacle à l'aide d'une fine aiguille à acupuncture enfoncée au niveau de l'oblitération. Une résistance que l'on ne pourra surmonter indiquera qu'on est arrêté par une portion osseuse et que le conduit fait défaut. Il n'y a alors rien à faire.

Lorsqu'au contraire on sent qu'à un moment donné la pointe de l'aiguille est libre, on est certain de l'existence du conduit auditif.

Dans les cas où une simple membrane située peu profondément oblitère le canal, on la fend crucialement et on en resèque les lambeaux. Pour les obstacles plus profonds et plus étendus, la cautérisation au nitrate d'argent est le procédé d'élection. On agira de même pour les oblitérations pathologiques.

Les rétrécissements seront combattus par l'introduction de morceaux d'éponge préparée ou mieux de laminaria.

ARTICLE II

OREILLE MOYENNE.

§ 1. *Membrane du tympan.* — *Perforation de la membrane du tympan.* — Lorsqu'on opère afin de donner issue aux liquides contenus dans la caisse, l'instrument le plus commode pour pratiquer

cette perforation est une aiguille à cataracte, à l'aide de laquelle on fait une petite section de quelques millimètres.

Mais quand on cherche à obtenir une ouverture permanente, il faut recourir à d'autres procédés et tâcher de faire subir à la membrane une perte de substance. On a inventé dans ce but une série d'instruments plus ou moins ingénieux parmi lesquels je signalerai celui de Deleau qui enlève un fragment circulaire de la membrane du tympan.

Toynbee taille et excise un lambeau triangulaire de cette membrane.

On a proposé de reséquer une portion du manche du marteau.

Pour obtenir la perte de substance désirée, Ménière recourait à la cautérisation et se servait d'un crayon de nitrate d'argent pointu et légèrement mouillé qu'il maintenait quelque temps en contact avec la membrane du tympan. On a du reste la plus grande peine à empêcher l'ouverture de se fermer, quels que soient les moyens que l'on emploie. Il faut éviter de pratiquer la perforation de la membrane du tympan dans sa moitié supérieure, de peur de léser la corde du tympan.

Polypes de l'oreille. — Les polypes qu'on voit dans l'oreille externe prennent quelquefois naissance sur les parois de ce conduit, quelquefois aussi sur la membrane du tympan; mais, dans le plus grand nombre des cas, ils viennent de la caisse.

Je ne ferai pas ici la description de la caisse du tympan; je rappellerai seulement que, placée entre le conduit auditif externe et l'oreille interne et communiquant avec la trompe d'Eustache et les cellules mastoïdiennes, elle a une forme irrégulièrement cylindrique, et que ses parois externe et interne ne sont séparées à leur partie moyenne que par un intervalle de deux à trois millimètres.

La caisse du tympan est traversée par la chaîne des osselets de l'ouïe et par la corde du tympan.

Avant d'attaquer un polype, on doit, autant que faire se peut, chercher à en reconnaître le point d'implantation, soit à l'aide du speculum auris, soit en contournant la tumeur avec un stylet.

On a employé contre les polypes de l'oreille la cautérisation, l'arrachement, l'excision, le raclage, le broiement et la ligature.

La cautérisation pour laquelle on s'est servi du cautère actuel et

de nombreux caustiques, a l'inconvénient d'être lente et douloureuse.

L'arrachement qui peut être mis en usage pour les petites tumeurs molles et peu adhérentes est dangereux dans les autres conditions, car on est exposé, en le pratiquant, à arracher ou à déchirer toute autre chose que le polype.

L'excision ne convient que pour les tumeurs qui ne sont pas implantées trop profondément et dont on peut bien distinguer le pédicule.

Le raclage, qui se pratique avec une curette, sera réservé pour les polypes du conduit auditif.

Le broiement pourra servir surtout pour les tumeurs profondes qu'il est difficile d'enlever en totalité.

La ligature extemporanée est, dans le plus grand nombre des cas, le meilleur procédé. On se servira de préférence, pour la pratiquer, de l'instrument de Wilde dit polypotome (fig. 285).

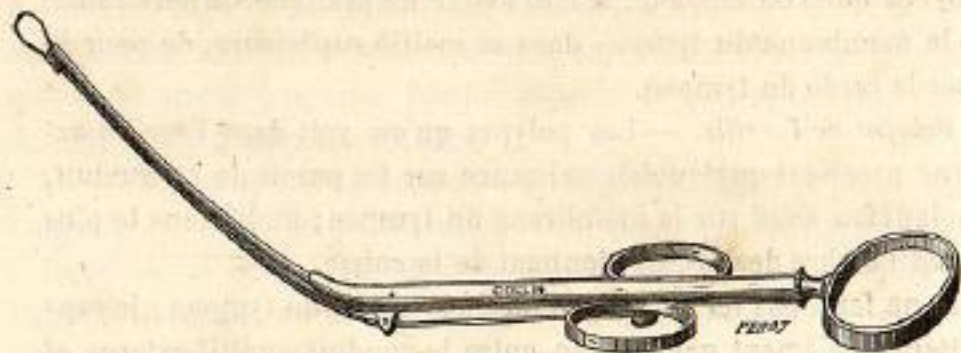


Fig. 285. — Polypotome de Wilde.

On entoure le polype d'un fil métallique et on le détache d'un coup en rapprochant les anneaux, comme on le fait quand on se sert de l'amygdalotome pour enlever l'amygdale.

Cathétérisme de la trompe d'Eustache (fig. 286). — La trompe d'Eustache, qui fait communiquer la caisse du tympan avec l'arrière-cavité des fosses nasales, se dirige obliquement de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant; sa longueur est de trente à quarante-deux millimètres. Son calibre est aplati de dehors en dedans et d'avant en arrière.

Resserrée à sa partie moyenne au niveau de l'angle rentrant du temporal, la trompe d'Eustache va en se dilatant vers chacune de

ses extrémités, de sorte qu'elle présente la forme de deux cônes aplatis se réunissant par leurs sommets tronqués. La portion cartilagineuse, celle qui nous intéresse le plus, car c'est dans celle-là que pénètre la sonde, présente au niveau de son ouverture pharyngienne cinq à six millimètres de diamètre transversal et six à huit de diamètre vertical. Ces dimensions sont réduites environ de moitié vers le milieu du cône guttural.

L'orifice pharyngien, qui est oblique et dilaté en entonnoir, mesure six millimètres en hauteur. Il se trouve au niveau du bord supérieur du cornet inférieur, à trois millimètres en arrière de la limite postérieure de la paroi externe des fosses nasales, à douze millimètres environ de la voûte du pharynx et de sa paroi postérieure et à huit ou dix millimètres au-dessus du voile du palais.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache a été pratiqué pour la première fois par Guyot, maître de poste à Versailles, qui opérait sur sa propre personne et sondait la trompe par la bouche, en passant derrière le voile du palais; mais cette méthode défectueuse est tombée en désuétude, et aujourd'hui on arrive dans la trompe d'Eustache par la fosse nasale correspondante.

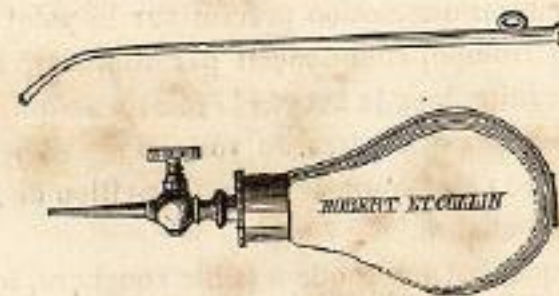


Fig. 286. — Sonde pour la trompe d'Eustache et poire à insufflation.

On se sert en général de sondes en argent longues de quinze centimètres (fig. 286), un peu plus volumineuses à leur extrémité externe munie d'un anneau qu'à l'interne terminée par un petit renflement mousse, qui ne doit pas dépasser deux ou trois millimètres de diamètre. Cette portion interne est coudée à angle obtus.

Deleau employait une sonde en gomme élastique munie d'un mandrin en argent.

Des procédés multiples ont été mis en usage pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

On décrit sous le nom de procédé ordinaire la manœuvre suivante : le malade assis sur une chaise et la tête un peu renversée, le chirurgien, placé devant lui, introduit la sonde dans la fosse nasale correspondante à la trompe d'Eustache qu'il veut cathétériser et fait glisser d'avant en arrière le bec sur le plancher, la convexité de l'instrument regardant en avant et en haut. Lorsqu'il est arrivé sur le voile du palais, ce dont il s'aperçoit au défaut de résistance et au mouvement de déglutition exécuté par le malade, il retire doucement l'instrument à lui, en lui imprimant un mouvement de rotation qui en porte le bec en haut et en dehors. Il l'engage ainsi dans le pavillon de la trompe, et, lorsqu'il y est engagé, il le fait pénétrer plus avant en abaissant et portant en dedans le pavillon de la sonde.

Gairal, dès que le bec de la sonde était arrivé à la limite postérieure du plancher des fosses nasales, lui imprimait un mouvement de rotation d'un quart de cercle et continuait à l'enfoncer d'avant en arrière, en maintenant le bec appliqué contre la paroi externe.

Kramer recommandait de pousser de prime abord la sonde dans le pharynx, puis de la retirer à soi en lui imprimant un mouvement de rotation qui porte le bec en dehors.

Itard, pour avoir une notion précise sur le point où se trouve le pavillon de la trompe, commençait par mesurer, avec une sonde graduée introduite dans la bouche, l'intervalle qui sépare le sommet des incisives supérieures du voile du palais, intervalle qui est le même que celui compris entre le pavillon de la trompe et la narine correspondante.

Triquet, employant une sonde à faible courbure, commençait par l'introduire, le bec appuyé sur le plancher des fosses nasales ; puis, lorsqu'il l'avait engagée dans le méat inférieur, il tournait le bec en haut et en dehors et le faisait cheminer le long de l'angle formé par la réunion de la paroi externe et du cornet inférieur.

Il continuait à la pousser doucement dans cette direction et l'engageait ainsi sans effort dans le pavillon de la trompe.

Le procédé ordinaire et celui de Gairal qui en diffère peu sont les plus commodes ; avec un peu d'habitude on arrive à les pratiquer facilement. Celui de Triquet, d'une exécution plus aisée pour le chirurgien, a par contre l'inconvénient d'être souvent douloureux pour le patient.

Il arrive quelquefois aux débutants de dépasser le pavillon de la trompe et de tomber dans une fossette dite de Rosenmüller, située en arrière de ce pavillon. Lorsqu'on veut s'assurer que c'est bien dans la trompe que l'on est entré, on n'a qu'à retirer l'instrument et à l'enfoncer d'avant en arrière jusqu'à ce qu'on rencontre la paroi postérieure du pharynx.

Dans le cas où il était engagé dans le pavillon de la trompe, il faut lui faire parcourir un certain trajet avant de rencontrer la paroi pharyngienne, tandis que s'il était dans la fossette en question, il est immédiatement arrêté.

Par le canal de la sonde une fois placée on peut introduire une bougie fine à travers la trompe, mais en général on se contente de pousser dans la caisse des injections liquides ou le plus souvent gazeuses, à l'aide d'instruments appropriés et surtout de la poire en caoutchouc (fig. 286).

Lorsqu'on ne peut arriver dans la trompe d'Eustache par la fosse nasale correspondante, on passe par celle du côté opposé en se servant d'une sonde plus longue ; l'opération ainsi pratiquée est bien plus difficile. Si cette voie faisait défaut, on reviendrait au procédé primitif, c'est-à-dire au procédé buccal.

Trépanation de l'apophyse mastoïde. — Cette apophyse est creusée d'une grande cellule ou d'une série de cellules communiquant avec la caisse du tympan et revêtues d'une membrane muqueuse continue à celle qui tapisse cette cavité.

Dans les cas d'inflammation suppurée de ces cellules, il est indiqué de trépaner l'apophyse mastoïde ; on a aussi employé cette opération pour remédier à une surdité de cause inconnue.

On choisit généralement pour pratiquer la perforation un point situé à un peu plus d'un centimètre derrière l'insertion du pavillon et à deux centimètres au-dessus du sommet de l'apophyse mastoïde, parce que ce point correspond en général à une assez large cellule. On découvre l'os, soit par une section simple, soit par une incision cruciale, et on l'attaque avec un trépan perforatif ou une petite couronne montée sur une tréphine. Il suffit quelquefois d'un fort bistouri ou d'un trocart, lorsque l'os est ramolli par la suppuration.