

dans la trompe par la bouche; Cleland, en 1741, fit ce cathétérisme par le nez. La première méthode est tombée en désuétude; la seconde est beaucoup plus facile et plus sûre.

Considérations anatomiques. La trompe d'Eustache, située en arrière du méat ou du cornet inférieur, offre une ouverture elliptique de 0^m,008 à 0^m,01, dirigée de haut en bas et d'avant en arrière; tapissée par la muqueuse naso-pharyngienne *a* (fig. 441), elle est constituée à son orifice nasal par un fibro-cartilage assez épais et saillant qui en forme la paroi interne et qui, avec un peu

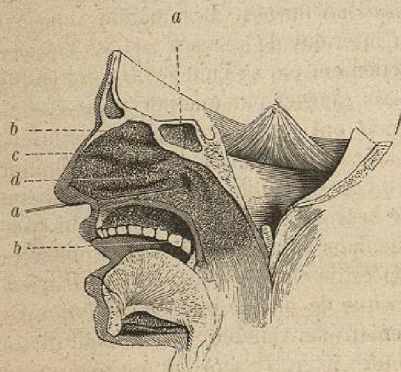


Fig. 441.

d'habitude, est facile à reconnaître au contact d'une sonde. Ce cartilage change plus haut de direction, et se continue en un canal membraneux pendant un trajet d'environ 0^m,03 de longueur, osseux et plus étroit dans sa partie profonde, longue de 0^m,016 à 0^m,018, qui s'ouvre dans l'intérieur de la caisse (oreille moyenne). On comprend qu'un polype de l'arrière-bouche, une hypertrophie tonsillaire peuvent mettre obstacle à la libre communication de l'air extérieur avec celui de la caisse en comprimant la trompe; mais la cause la plus ordinaire de l'oblitération de ce canal est l'inflammation. Celle-ci est ordinairement produite par des angines répétées, qui finissent par envahir la muqueuse de la trompe et celle de la caisse, d'où résultent des catarrhes chroniques, un épaissement des tissus et un engorgement muqueux. D'autres fois ce sont des ulcères vénériens ou des pustules varioliques qui ont déterminé l'oblitération, mais ces exemples sont extrêmement rares.

Le cathétérisme de la trompe offre de précieuses ressources pour reconnaître et traiter ces différents états, et cette opération est, en réalité, si facile, qu'on s'étonne de la voir délaissée par un grand nombre de chirurgiens, soit par défaut d'exercice, soit par défiance des résultats à en obtenir.

Cependant, depuis Itard, dont les injections aqueuses n'étaient pas toujours sans danger, Deleau a fait le plus heureux usage des injections d'air par la trompe, et MM. Gayral et Bonnafond en ont publié également d'utiles applications.

Un coup d'œil jeté sur la paroi externe des fosses nasales rappelle la disposition des cornets supérieur *b*, moyen *c*, et inférieur *d*; de l'arrière-bouche, du voile du palais *e*; et indique assez exactement la position relative de l'orifice du conduit *a* (fig. 441): en mesurant l'intervalle situé entre les dents incisives supérieures et le voile du palais, on constate la profondeur à laquelle doit être engagée la sonde.

Procédé ordinaire. On se sert d'une algalie en argent, ayant la forme d'une sonde de femme, mais plus petite et ouverte à ses deux extrémités. La courbure de l'instrument doit être de 36 (Boyer) à 45 degrés (Gayral). Le chirurgien se place en face du malade, un peu de côté, lui renverse la tête en arrière contre un aide ou le dossier d'un fauteuil, et de la main droite introduit la sonde, préalablement huilée, le long du plancher des fosses nasales, la convexité tournée du côté de la cloison et un peu en haut. A 0^m,07 environ on arrive au niveau du voile du palais, et on en est averti par un mouvement soudain de déglutition qu'exécute le malade. On relève alors le bec de la sonde en haut et en dehors, et on l'engage dans le pavillon de la trompe. Un sentiment de constriction, la fixité de l'instrument et la sensation qu'éprouve le malade au fond de l'oreille indiquent que l'opération a réussi. On se sert de la sonde pour pousser des injections en adaptant une petite seringue à son pavillon.

Procédé de Deleau. Deleau a substitué une sonde de gomme élastique à la sonde d'argent. Il l'introduisait dans la trompe sur un mandrin, qu'il poussait doucement, pendant qu'il continuait à la faire pénétrer dans l'intérieur du canal. Un pavillon d'argent était alors vissé au bout externe de la sonde, et fixé à l'aile du nez correspondante à l'aide d'un fil métallique contourné en pince. Ce procédé est simple et produit peu de douleur; les enfants même s'y soumettent sans crainte après une première épreuve. Deleau se servait d'air pour les injections, et reconnaissait, en appliquant son oreille sur celle du malade, si la caisse était libre ou obstruée, et si la surdité en dépendait ou se liait à d'autres altérations: dans le premier cas, l'audition reparait immédiatement; dans le second, elle devient seulement un peu plus nette, et dans le troisième elle n'est nullement modifiée.

On se sert, pour injecter de l'air, d'une bouteille de caoutchouc garnie d'un embout métallique, pressée dans la main ou comprimée en forme de soufflet par deux plaques d'ivoire, que l'on serre plus ou moins fortement entre les doigts.

Les douches d'air n'ont pas une action directe bien puissante sur l'état de la caisse ni de la trompe, mais elles sont certainement un

des plus sûrs moyens de diagnostic que l'on possède ; elles inspirent une grande confiance aux malades, auxquels elles rendent l'ouïe momentanément, et servent à chasser les mucosités. Comme, en les pratiquant, Deleau employait des sondes élastiques de plus en plus volumineuses, il dilatait en même temps la trompe : il faisait de plus concourir au traitement les moyens ordinaires sédatifs et dérivatifs.

Autre procédé de Deleau. Ce procédé est exceptionnel, et applicable aux cas dans lesquels la narine correspondante à la trompe qu'il s'agit de cathétériser est obstruée. La sonde est plus courbée que la sonde ordinaire, et son bec est un peu renversé sur la convexité : on l'introduit le long du bord inférieur de la cloison ; quand elle a atteint la limite postérieure du plancher nasal, on lui imprime un mouvement de rotation qui en porte l'extrémité derrière le vomer, et l'on arrive, avec quelques tâtonnements, à la trompe du côté opposé.

Instrument et procédé de M. Sédillot. Chez certaines personnes, le moment où l'on retire le mandrin de la sonde de Deleau n'est pas sans douleur, et l'on est en même temps exposé à voir la sonde sortir de la trompe ou s'y engager avec trop de force. Pour éviter ces légers inconvénients, M. Sédillot a fait confectionner par M. Charrière une sonde d'argent dont le pavillon est soutenu par un bout de sonde de gomme élastique, intercalé entre les deux extrémités de la première. Cette modification a pour but de pouvoir introduire dans le pavillon de l'instrument l'embout métallique de la bouteille de caoutchouc sans que le contact se fasse sentir à la trompe. L'usage du mandrin est ainsi évité, et la sonde est plus sûrement maintenue.

On imprime doucement, pendant le cathétérisme, un léger mouvement de rotation en haut et en dehors au bec de l'instrument. On rencontre une résistance facile à constater, tant que l'extrémité de l'instrument est engagée sous le cornet inférieur ; mais aussitôt que ce dernier est dépassé, la sonde suit sans obstacles le mouvement de rotation, et pénètre aisément dans l'ouverture de la trompe.

Procédé de M. Gayral. M. Gayral prescrit, lorsque le bec de la sonde est parvenu à l'extrémité du plancher osseux, de lui faire décrire un quart de cercle par un léger mouvement de rotation en dehors ; des chiffres gravés sur le pavillon de la sonde indiquent le moment où le quart de cercle est accompli. Le mouvement de rotation doit être continué encore un peu en même temps qu'on pousse la sonde. M. Gayral a fait confectionner une outre de gomme élastique que l'on remplit d'air et que l'on fixe sur l'embout de la

sonde pour faciliter l'injection, mais la bouteille en caoutchouc est très-suffisante.

Procédé de Politzer. Valsalva avait conseillé de faire une forte expiration, le nez et la bouche fermés, pour faire pénétrer de l'air dans la trompe et dans la caisse. C'est un moyen employé tous les jours par les personnes atteintes d'inflammation catarrhale. Un sifflement plus ou moins prolongé indique le succès de l'expiration, et si la cavité tympanique n'est pas gravement altérée, la surdité disparaît immédiatement, ou diminue seulement si l'oreille moyenne est déjà rétrécie, remplie de mucosités persistantes, ou affectée d'épaississement des membranes ronde ou ovale et d'adhérences de la chaîne des osselets. Politzer a tiré le parti des plus ingénieux d'un acte physiologique pour remplacer le cathétérisme que si peu de médecins sont capables de pratiquer. Pendant les mouvements de la déglutition, le voile du palais ferme hermétiquement les fosses nasales : Politzer saisit ce moment pour injecter de l'air dans une des narines en même temps qu'il comprime les ailes du nez. Voici comment il décrit son procédé :

« Le malade prend un peu d'eau dans la bouche ; un ballon élastique sur lequel s'ajuste un petit tube flexible en gomme de 0^m,05 à 0^m,06, est tenu dans la main droite du chirurgien. Ce petit tube est introduit dans la narine. Le pouce et l'index de la main gauche serrent les narines et le tube (pour empêcher la sortie de l'air), et on comprime rapidement le ballon, au moment où le patient, auquel on a donné des instructions convenables à ce sujet, ou que l'on a exercé, fait le mouvement de déglutition et avale le liquide. L'air ne pouvant s'échapper par aucune des issues naturelles, se trouve comprimé et s'engage dans la trompe. »

Ce procédé ne peut remplacer le cathétérisme direct, que Politzer lui-même préfère comme donnant des résultats plus sûrs. C'est un moyen commode chez les jeunes gens, et il offre l'avantage de pouvoir être pratiqué par les malades eux-mêmes.

On a conseillé de glisser un petit stylet d'argent, de baleine ou de gomme élastique, dans la sonde pour désoblitérer le canal osseux et parvenir directement dans la caisse. Ce procédé fort délicat ne saurait être tenté que par des mains très-exercées.

On a proposé aussi de porter sur la muqueuse du canal des bougies emplastiques, enduites d'une substance fortement astringente ou même caustique. On s'est même demandé si l'on ne pourrait pas appliquer à la trompe les procédés de cautérisation de l'urèthre. Ce sont des expériences d'un succès difficile, en raison de l'étroitesse de la portion osseuse du conduit et de la proximité de la caisse presque toujours enflammée soit primitivement, soit