

l'opération du trépan, et l'on applique sur l'os une petite couronne de trépan ou un perforatif dans la direction indiquée; quelquefois même il a suffi d'un simple trocart. S'il y avait carie, on se servirait de la gouge et au besoin du maillet.

IX. — Cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Anatomie. — La trompe d'Eustache est un conduit demi-osseux, demi-cartilagineux et membraneux, faisant communiquer la caisse du tympan avec le pharynx. Elle descend obliquement en dedans et en avant, en faisant avec le conduit auditif externe un angle d'environ 135°. Sa longueur varie de 32 à 42 millimètres, dont 10 à 15 pour la portion osseuse. A l'union de la portion osseuse avec la portion cartilagineuse, elle offre un rétrécissement considérable; en sorte que, son diamètre vertical en ce point étant de 3 millimètres et plus, le diamètre transversal aurait, selon Duverney, Kramer et Huschke, environ un demi-millimètre; selon Richet, 1 millimètre; selon Sappey 2 millimètres. Sur cinq temporaux à l'état sec, Malgaigne a trouvé deux fois ce diamètre égal à un demi-millimètre, deux fois à 2 millimètres; le dernier avait une largeur intermédiaire. Mais il convient d'ajouter que la muqueuse qui revêt ce conduit en doit encore rétrécir le calibre. A partir de ce point, la trompe va en s'élargissant vers son orifice supérieur, et plus encore vers l'inférieur; celui-ci présente 6 à 8 millimètres de hauteur sur 3 à 4 de largeur. Sa position avait été fort mal précisée. On avait bien dit qu'il se trouve à 6 centimètres environ de l'orifice antérieur des narines, et à 5 millimètres en arrière de leur orifice postérieur; mais les uns l'élevaient au niveau du méat moyen, les autres au moins vis-à-vis de l'attache du cornet inférieur. Il répond directement à la paroi externe du méat inférieur, à distance à peu près égale et du plancher et de l'insertion du cornet. Il regarde en bas, en dedans et en avant, et il est entouré en haut et en arrière d'un bourrelet assez sensible; en sorte que si l'on conduit le bec de la sonde le long du plancher des fosses nasales, arrivé au niveau de cet orifice, il n'a besoin que d'être relevé par un mouvement de rotation d'un quart de cercle en dehors, pour y pénétrer de lui-même.

De ces dispositions il résulte que, pour sonder la trompe d'Eustache par la narine correspondante, deux procédés se présentent: l'un qui conduira la sonde le long du plancher nasal, sauf, lorsqu'elle sera arrivée au pharynx, à lui faire exécuter un

mouvement de rotation; l'autre qui fera suivre à la sonde la paroi externe du méat inférieur. Le premier est le procédé ancien; l'autre appartient à Triquet.

La sonde dont on se sert est recourbée comme une sonde de femme, et ouverte à son extrémité pour transmettre les injections au besoin. La sonde ordinaire, décrite par Boyer, offre une courbure de 136°, avec une portion recourbée longue de 13 à 14 millimètres; Gairal préfère une courbure de 145°, en donnant à la portion recourbée une longueur de 54 millimètres, ce qui dépasse toutes les bornes; Triquet a réduit la portion recourbée à 6 millimètres, avec une courbure si légère, que le bec ne s'écarte pas de plus de 3 à 4 millimètres de l'axe de l'instrument. Cette dernière sonde est parfaitement suffisante, et beaucoup plus facile à diriger que les autres.

1^o Procédé ancien. — Le malade assis sur une chaise, la tête légèrement renversée et appuyant contre un dossier, le chirurgien, placé devant lui et un peu de côté, saisit la sonde comme une plume à écrire, en présente le bec à l'orifice de la narine correspondant à la trompe obstruée, et la fait glisser rapidement sur le plancher des fosses nasales, la convexité regardant en dedans et un peu en haut, la concavité en bas et en dehors. A 5 ou 6 centimètres de profondeur, on arrive sur le voile du palais, ce qu'annonce un mouvement soudain de déglutition involontaire. On relève aussitôt le bec en dehors et en haut par un mouvement de rotation imprimé à la tige, suivant la paroi externe de la narine, de manière à arriver au niveau de la partie moyenne du méat intérieur; et en continuant de pousser dans cette direction, à 5 millimètres plus loin ou tombe dans le pavillon de la trompe. On y enfonce la sonde suffisamment, en usant toutefois d'une pression modérée (fig. 471).

On a cherché de diverses manières à assurer plus d'exactitude à ce procédé.

Ainsi, pour mieux juger de la profondeur à laquelle se trouve la trompe, Itard commençait par mesurer avec la sonde la distance qui sépare le rebord dentaire supérieur de la base de la luette, estimant cette distance égale à celle qui sépare le bord postérieur de la narine de la trompe même.

Pour mieux régler ensuite le mouvement de rotation, Gairal conduisait le bec de la sonde juste à l'extrémité du plancher osseux, et là lui faisait décrire un quart de cercle par un léger mouvement de rotation en dehors; sa sonde porte à cet effet, sur

les diverses faces du pavillon, des chiffres qui indiquent à l'opérateur quand le mouvement est complet; après quoi, en avançant de quelques millimètres, on arrive à l'orifice.

Kramer, au lieu de chercher la trompe d'avant en arrière, préfère la chercher d'arrière en avant. En conséquence, il pousse directement sa sonde dans le pharynx, et Ménière ajoute: jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Alors il la retire doucement en dehors, tout en lui faisant décrire un mouvement de rotation sur son axe qui porte le bec en dehors; on sent ainsi le

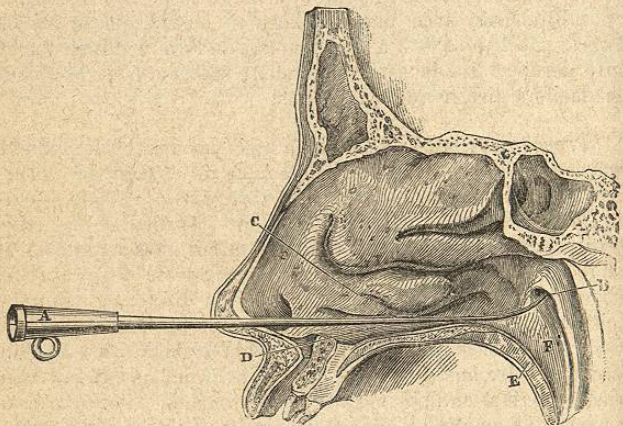


FIG. 471.

CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

A, sonde introduite dans B, la trompe d'Eustache. — C, cornet inférieur.
D, voûte palatine. — E, voile du palais.

bec franchir le bourrelet postérieur de l'orifice de la trompe. On le pousse alors en dehors et en haut dans la trompe même; et l'on s'assure qu'il y est entré si, en essayant de le retirer à soi, on le sent retenu par le bourrelet cartilagineux qui forme le bord antérieur du pavillon.

2° *Procédé de Triquet.* — Il commence par introduire sa sonde à l'ordinaire, la concavité tournée en bas; mais, arrivé à peu près à moitié du plancher des fosses nasales, il lui imprime un mouvement de rotation tel que sa concavité regarde en dehors et en haut. Il fait alors cheminer le bec de la sonde le long de la paroi externe et supérieure du méat, sur lequel il

appuie comme dans une cannelure: à l'extrémité du méat se trouve toujours une petite bride muqueuse, valvulaire, qu'il faut tourner lentement avec le bec, sans abandonner la paroi externe; et en continuant de le pousser dans cette direction, lentement et sans secousse, il tombe de lui-même dans l'orifice de la trompe.

Je ferai remarquer ici que le peu de longueur du bec de la

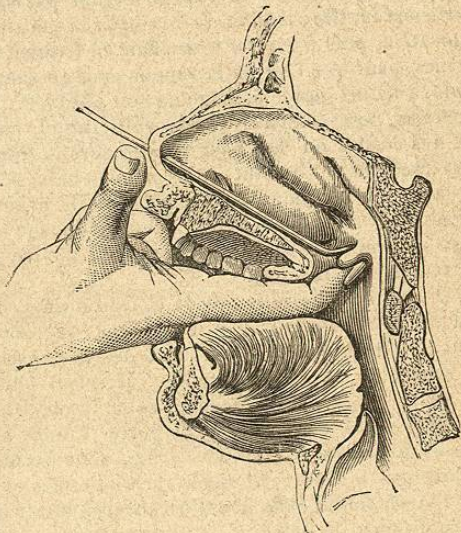


FIG. 472.

Procédé d'A. Guérin.

sonde lui défend d'atteindre le sommet du méat; très heureusement d'ailleurs, car elle serait retenue par l'extrémité du cornet inférieur. C'est le long de la paroi externe qu'il faut la diriger; Triquet lui-même recommande avec raison de ne pas abandonner la paroi externe; et la figure qu'il a donnée, rectifiant sa description, montre la sonde suivant exactement la paroi externe.

A. Guérin conseille d'introduire le doigt dans le pharynx et de le placer dans la fossette de Rosenmüller pour guider le bec de la sonde (fig 472). Ce procédé peut être bon sur le cadavre, mais sur le vivant la présence du doigt déterminerait des nausées qui gêneraient singulièrement le cathétérisme.

La sonde introduite ne peut servir qu'à pousser des injections dans la trompe et dans l'oreille moyenne; mais elle est parfaitement apte à cet office, et l'on ne comprend pas pourquoi Deleau a voulu y substituer une sonde de gomme élastique, moins facile à conduire et plus exposée à s'échapper.

Deleau préfère aussi aux injections liquides les injections d'air qu'on pratique avec une poire de caoutchouc. Pour les injections d'air ou de vapeurs, comme la vapeur d'éther par exemple, le cathétérisme est inutile; il suffit d'en remplir la poitrine par une large inspiration, puis d'expirer avec effort en fermant la bouche et les narines, pour que l'air ou la vapeur pénètre dans la cavité tympanique, à moins que le passage ne soit oblitéré.

Quelques-uns, pour combattre cette oblitération, ont imaginé de porter des sondes ou des bougies à travers la trompe, et ils sont venus raconter à l'Institut qu'ils avaient ainsi pénétré jusque dans la cavité du tympan; bien plus, qu'ils avaient dilaté les rétrécissements avec des fragments d'éponge préparée. L'étroitesse naturelle de la trompe aurait dû mettre en garde contre de semblables illusions.

Il est des cas où la déviation de la cloison nasale, ou le resserrement du méat inférieur par une cause quelconque, met obstacle au cathétérisme direct. Deleau a décrit un procédé pour porter la sonde par la narine opposée. Il serait plus facile, à mon avis, de la diriger par la bouche, selon le procédé primitif de Guyot, en prenant la précaution de porter l'index au fond de la bouche et jusque dans l'arrière-narine, pour reconnaître la saillie formée par le bourrelet supérieur de l'orifice et conduire le bec de l'instrument. Sans doute on aurait à lutter contre les contractions du voile du palais et du pharynx; mais ces difficultés mises à part, le doigt arrive très aisément sur l'orifice et le reconnaît au premier abord.

CHAPITRE III

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE NEZ ET L'APPAREIL DE L'OLFACTION.

Je traiterai successivement : 1° des opérations qui se pratiquent sur le nez; 2° de celles qui affectent les fosses nasales, soit la cloison, soit les sinus; et 3° je réserverai un article spécial pour les polypes.

ARTICLE PREMIER

DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE NEZ.

I. — Tumeurs développées sur le nez.

Le traitement ne diffère pas de celui des autres tumeurs: seulement une disposition anatomique spéciale a donné lieu de modifier le procédé d'extirpation.

Procédé de Rigal. — Il est fondé sur ce fait que les cartilages des ailes du nez, en s'adossant sur la ligne médiane, laissent entre eux une rainure sensible au toucher chez la plupart des sujets, et qui permet de les écarter et de pénétrer jusqu'à la cloison des narines sans ouvrir ces cavités.

Une tumeur de nature suspecte s'étant développée sous l'épine antérieure, et étendue en avant, en bas et de côté jusqu'aux ailes du nez, sans altérer les téguments, Rigal la cerna latéralement par deux incisions réunies en avant, écartées en arrière et en dehors en forme d'Y renversé; une incision transversale les réunit par en bas; les téguments furent disséqués; on arriva ainsi au cartilage de la cloison, dont il fallut enlever le bord antérieur avec le reste de la tumeur. La guérison se fit très bien: seulement la cicatrice, entraînant les tissus en arrière, a fini par aplatis un peu les ailes et la pointe du nez.

II. — Occlusion des narines.

Les narines sont quelquefois oblitérées par la réunion de leurs bords cutanés. On peut chercher à y remédier par tous les moyens exposés pour les occlusions en général; la conformation des parties se prête assez bien à la dilatation, qu'on peut pratiquer avec des canules de plomb ou d'ivoire. Mais il faut d'abord rouvrir les narines, et cela n'est pas aussi facile qu'on le supposerait en lisant le peu qu'en ont dit les auteurs. Encore, si l'on ne porte pas les canules pendant plusieurs années, on risque toujours de voir l'ouverture se resserrer et s'oblitérer.

III. — Restauration de la sous-cloison du nez.

Cette opération a été tentée dans trois cas différents: 1° après une opération de rhinoplastie où la portion destinée à former la