

CHAPITRE II.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'OREILLE ET SES DÉPENDANCES.

1° *Perforation du lobule de l'oreille.*

Cette petite opération peut se faire à l'aide d'un poinçon ordinaire, ou d'un trocart à hydrocèle; mais on se sert plus généralement d'un trocart à tige conique et décroissant jusqu'à la pointe. On en fait d'or ou de platine; l'acier est évidemment préférable.

On engourdit d'abord la sensibilité du lobule de l'oreille au moyen de légères pressions; puis on l'applique à plat sur un bouchon de liège tendre qui lui sert de point d'appui, et on le traverse d'un seul temps, avec assez d'effort pour que la tige et la canule pénètrent à une certaine profondeur dans le liège. On retire la tige et le bouchon; par la canule restée en place, on fait pénétrer un fil de plomb; puis la canule est retirée à son tour, et le fil de plomb, réuni en anneau par ses deux extrémités, est maintenu ainsi jusqu'à ce que la plaie soit convertie en une ouverture permanente.

2° *Excision du lobule.*

Boyer a vu cette partie démesurément longue et offrant une forme tellement irrégulière, qu'il en résultait une difformité réelle. Il marqua d'une ligne d'encre la limite de ce qu'il voulait enlever, et en fit l'excision avec des ciseaux. La plaie guérit promptement, et la difformité fut détruite.

3° *Otoplastie.*

La perte du lobule, ou même d'une partie du pavillon, peut se réparer par les procédés autoplastiques. Dieffenbach l'a tenté avec succès.

Procédé de Dieffenbach. — Le bord altéré de l'oreille étant régularisé et partout rafraîchi, on taille, selon le besoin, un lambeau de peau, ou en avant sur la tempe, ou à la partie supérieure de la conque, ou en arrière sur l'apophyse mastoïde, ou enfin au-dessous de cette apophyse. On le dissèque à la méthode de Celse, de telle sorte qu'il suffise de le tirailler un peu, sans tordre aucunement le pédicule, pour rapprocher son bord libre du bord mutilé de l'oreille; et on les réunit par des points de suture entrecoupée qui compren-

nent toute l'épaisseur de l'oreille aussi bien que du lambeau. On passe ensuite, derrière l'espèce de pont qui résulte de cette réunion, une bandelette enduite de cérat, pour prévenir le recollement de la peau disséquée, et l'on recouvre le tout de compresses imbibées d'eau de guimauve tiède.

Lorsque l'agglutination est bien faite, c'est-à-dire après trois ou cinq jours, ou même plus tard, on peut ôter les aiguilles. Mais ce n'est que du quinzième au trentième jour que la cicatrice est assez solide pour permettre, sans craindre de gangrène, de séparer totalement le lambeau du crâne. On a soin, en opérant cette division, de lui donner la forme convenable, d'en régulariser les angles, et de lui donner une largeur au moins de moitié plus considérable que ne l'est la perte de substance; puis on le panse à part avec des émollients. Il finit par se rétracter, s'épaissir, se durcir, prendre la forme d'un bourrelet; après avoir pâli d'abord, il acquiert une teinte rouge, et demeure longtemps plus coloré que le reste du pavillon.

4° *De l'oblitération et du rétrécissement du conduit auditif.*

L'oblitération du conduit auditif est congénitale ou acquise. Dans l'oblitération congénitale, tantôt le conduit manque totalement; quelquefois l'orifice existe et l'oblitération est plus profonde; cela est plus rare, et à peine en connaît-on trois exemples, qui encore laissent à désirer. Quant à l'oblitération par une simple membrane, décrite par Paul d'Egine avec l'opération nécessaire pour y remédier, et admise sans contestation jusqu'à nos jours, elle n'a jamais été observée. Miller, Dewar, A. Cooper, M. Guersant, ont essayé de pratiquer l'opération de Paul d'Egine, et ont constamment échoué; c'est un enseignement qui ne doit pas être perdu pour l'avenir.

L'oblitération acquise est également irrémédiable; c'est donc seulement aux rétrécissements du canal que s'adresse la médecine opératoire.

Or, il y a aussi des rétrécissements congénitaux; M. Gressy en a réuni quatre ou cinq exemples, où le conduit s'ouvrait à l'extérieur par un petit pertuis, admettant à peine une aiguille ou une tête d'épingle; mais ils sont beaucoup plus souvent le résultat d'une inflammation chronique. Dans tous les cas, on agrandira l'orifice extérieur, au besoin avec le bistouri; puis on y placera une tente, une bougie, une canule, jusqu'à ce que le conduit ait à peu près recouvré son calibre. Mais il faut savoir que le rétrécissement a une tendance presque invincible à se reproduire, et qu'on ne maintient

le conduit ouvert qu'en y plaçant une canule d'ivoire ou de métal laissée en permanence, ou renouvelée lorsqu'il en est besoin.

5° *Des corps étrangers dans l'oreille.*

Anatomie. — Le conduit auditif externe, plus long chez l'adulte que chez l'enfant, atteint chez le premier une longueur de 22 à 27 millimètres; il est dirigé obliquement en dedans et en avant, et offre un trajet courbe tel que sa paroi inférieure est convexe, la supérieure concave. Son extrémité interne est bouchée par la membrane du tympan, tendue obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, en sorte qu'elle semble faire suite à la concavité de la paroi supérieure, qui est conséquemment plus courte que l'inférieure. Le conduit est plus large à ses extrémités qu'à sa partie moyenne, et présente une coupe transversale elliptique, dont la disposition est d'une haute importance à connaître pour l'extraction des corps étrangers.

D'une part, la forme elliptique du conduit est d'autant plus prononcée, qu'on l'observe chez des sujets plus jeunes; en outre, chez les enfants, le grand diamètre de l'ellipse a constamment une direction presque parallèle à celle de l'apophyse zygomatique, et conséquemment presque horizontale. A mesure qu'on avance en âge, le développement de l'apophyse mastoïde semble relever l'extrémité postérieure de ce diamètre; en sorte qu'à la puberté il est oblique de haut en bas, et d'arrière en avant; chez l'adulte il se rapproche de la perpendiculaire, qu'il atteint presque complètement chez le vieillard (Lenoir).

Procédés opératoires. — Les corps étrangers qui s'introduisent dans le conduit sont de diverse nature, et donnent lieu à des indications diverses. On peut les ramener à quatre classes, savoir :

1° Le *cérumen durci*, qu'on tâche de ramollir d'abord, soit avec l'huile ou l'eau de savon tiède, ou l'eau salée, ou même l'eau pure en injection, et qu'on extrait ensuite avec un cure-oreille.

2° Les *insectes vivants*, tels qu'une puce, une punaise, un perce-oreille. Si l'on ne peut pas les enchevêtrer dans un flocon de laine ou de coton, les engluer avec un stylet enduit de glu ou de poix, ou enfin les saisir avec des pinces, il faut les tuer en versant dessus de l'huile, de l'eau chaude, ou des liquides encore plus actifs.

3° Les *corps mous* : coton, papier, insectes morts, graines de légumes. On glisse entre eux et les parois du conduit un cure-oreille,

un petit crochet, dont on se sert ensuite, quand on est arrivé au delà du corps étranger, comme d'un levier du premier genre. S'ils sont trop volumineux, on les divise avec un ténotome aigu et on les extrait par morceaux.

4° Les *corps durs*, tels que de petits cailloux, des grains de plomb, de verre, des noyaux de cerises, etc. Ici les difficultés sont quelquefois très grandes, surtout lorsqu'on n'a pas recours au chloroforme.

Si cependant le corps étranger, récemment introduit, n'a pas encore développé de gonflement, on peut essayer de l'extraire immédiatement et sans endormir le malade. Le chirurgien, étant assis, le fait placer à genoux entre ses jambes, et lui tient la tête renversée sur sa cuisse, de telle sorte que l'oreille affectée soit exposée à la fois au jour et à la vue de l'opérateur. Des aides maintiennent le patient et préviennent tous ses mouvements. Le chirurgien, attirant le pavillon en haut et en arrière avec la main gauche, saisit de la main droite une curette mince qu'il engage le long de la paroi postérieure du conduit jusqu'au delà du corps étranger, et essaye de le repousser en dehors, en se servant de la curette comme d'un levier du premier genre.

J'ai indiqué le chemin que doit suivre la curette comme s'il s'agissait d'un enfant; chez un adulte, il faudrait lui faire suivre la paroi supérieure. Boyer préférerait longer la paroi inférieure, afin, disait-il, d'éviter la membrane du tympan; je crois au contraire que ce serait le moyen le plus assuré d'atteindre cette membrane.

On conseille, pour faciliter l'introduction des instruments, de verser dans le conduit quelques gouttes d'huile. C'est une petite ressource; une autre bien plus utile consiste à faire coucher le sujet et à le soumettre au chloroforme.

Fréquemment la curette ne suffit pas; il est urgent de recourir à d'autres moyens. Math. Mayor a publié plusieurs cas de succès obtenus à l'aide des injections d'eau forcées dans le conduit auditif, à l'aide d'une seringue ordinaire. Le jet de liquide pénètre par derrière le corps étranger, et, s'accumulant entre lui et la membrane du tympan, tend à le repousser en avant avec une force d'impulsion quelquefois très considérable. Ce procédé peut être essayé sans doute; je dois dire cependant qu'il ne m'a point réussi dans un cas où j'ai obtenu l'extraction avec un fil de fer recourbé imitant la curette.

On a aussi imaginé des instruments plus efficaces que la curette. Il y a d'abord la curette articulée de M. Leroy (d'Étiolles), qui s'introduit droite et se courbe en arrière du corps étranger à l'aide d'un mécanisme intérieur ; mais elle est trop épaisse pour être facilement introduite. Je regarde donc comme bien préférables les pinces de M. Rousset de Vallières, espèces de petites curettes d'acier très minces, qui s'introduisent séparément, et, une fois arrivées en arrière du corps étranger, sont serrées avec toute la force nécessaire par une gouttière métallique qui remplit l'office de la canule de la pince à trois branches pour la lithotritie.

Si cependant avec ces pinces on échoue encore, les auteurs se sont abstenus de dire ce qui s'en suivra. Une violente inflammation s'empare du conduit auditif, se propage à l'oreille moyenne ; la suppuration détruit la membrane du tympan, les osselets, etc. ; et non-seulement l'ouïe est abolie, mais le corps étranger, toujours présent, entretient la suppuration et peut même amener encore des accidents plus graves. Dans un cas de ce genre, où le corps étranger était un noyau de fruit, Dupuytren le fit forer par M. Charrière, qui put ensuite le retirer à l'aide d'un tire-fond. Mais si c'eût été un caillou, et surtout si l'on était appelé avant tous ces graves accidents, que faudrait-il faire ? La chirurgie est jusqu'ici restée muette.

En d'aussi graves circonstances, je n'hésiterais pas à porter dans le conduit auditif un instrument à deux branches qui, dilaté par un mécanisme puissant, briserait la paroi osseuse inférieure ; si cela ne suffisait pas, à l'aide de la gouge, du ciseau, des cisailles, des tenailles incisives, je prolongerais la fracture, et j'exciserais toutes les parties osseuses jusqu'à ce que je pusse introduire un levier en arrière du corps étranger.

6° Des polypes du conduit auditif.

Les polypes du conduit auditif, encore mal étudiés au point de vue de leur structure, quelquefois durs, plus souvent mollasses et faciles à déchirer, tantôt pédiculés, tantôt à large base, naissent de deux endroits fort distincts, savoir de la paroi du conduit auditif, ou de la membrane même du tympan. Ils sont généralement sujets à repulluler.

On a proposé la *ligature*, l'*excision*, l'*arrachement* et la *cautérisation*.

La *ligature* exige des conditions spéciales du polype, et même

alors ne doit vraiment être employée que si le malade pusillanime se refuse à tout autre moyen.

L'*excision* s'opère avec des ciseaux fins et courbés sur le plat, ou avec un ténotome mousse également courbe.

L'*arrachement* se fait par plusieurs procédés. Dupuytren se servait de très petites tenettes d'acier portant un léger crochet à leur extrémité. On les porte le plus profondément possible sur le polype ; on enfonce les deux crochets dans sa substance, et on lui fait opérer un mouvement de rotation sur son axe pour rompre sa racine, ou bien on l'arrache par traction. Mais le sang qui s'échappe aussitôt masque tellement les parties, que le plus souvent on est obligé de remettre au lendemain la fin de l'opération.

M. Ménière préfère une curette ordinaire, et dit n'avoir pas eu besoin d'autre chose dans plus de 120 cas de polypes du conduit auditif. Il se sert de la curette comme d'un levier, et prenant son point d'appui sur la partie de l'orifice qui correspond à la racine du polype, il l'arrache avec facilité. Si le polype remplissait le conduit, on glisserait un stylet boutonné à sa circonférence pour reconnaître son point d'insertion.

La *cautérisation* s'emploie surtout pour les polypes à large base, ou encore pour ceux qui s'insèrent sur la membrane du tympan. On a essayé le nitrate d'argent, la potasse caustique, le chlorure de zinc ; M. Nélaton a employé la pâte de Canquoin appliquée au centre de la tumeur, à peu près sous la forme et le volume d'une lentille, en remplissant le conduit auditif avec de la ouate bien tassée pour le préserver contre l'action du caustique.

Il faut bien redire que le plus difficile n'est pas d'enlever le polype, mais d'empêcher la repullulation. La cautérisation du pédicule, employée après la plupart des procédés, n'y réussit pas toujours ; on a essayé alors la compression, soit avec l'éponge, soit avec une canule de bois ou de métal ; et quelquefois encore on a trouvé le mal si rebelle, qu'on a été obligé d'y renoncer.

7° Perforation de la membrane du tympan.

Tentée pour la première fois par Cheselden, reproduite par A. Cooper, elle se pratique par la ponction, le caustique ou l'*excision*.

4° *Ponction. Procédé d'A. Cooper.* — Il se sert d'un petit trocart courbe dont la pointe ne dépasse que de 3 millimètres tout au plus

l'extrémité de la canule. On place le malade de manière que la lumière solaire tombe directement sur le conduit auditif; le chirurgien, assis, tire d'une main le pavillon en haut et en arrière pour effacer autant que possible la courbure de ce conduit; puis, tenant son trocart comme une plume à écrire, la pointe tout à fait rentrée dans la canule, il le porte vers la partie inférieure et antérieure de la membrane du tympan; quand il est au contact, il pousse la pointe du trocart et traverse ainsi la membrane. Les vaisseaux intéressés dans cette opération sont si petits, qu'ils donnent à peine du sang; s'il en sort une certaine quantité, c'est qu'on a atteint d'autres parties. Quand l'opération réussit, le malade recouvre l'ouïe immédiatement.

Cette ponction ne produit qu'une petite ouverture sans perte de substance, et conséquemment sujette à s'oblitérer. Buchanan, employant un trocart quadrangulaire, qu'il tournait et retournait dans la plaie, n'obtenait pas davantage. De là les procédés suivants.

2° *Cautérisation.* — Richerand avait proposé le nitrate d'argent; M. Ménière a adopté ce procédé. Il se sert d'un crayon très pointu de nitrate, légèrement humecté; ce crayon, porté contre la membrane tympanique, la traverse sans difficulté, et fait une ouverture dont les bords ne tendent pas à se refermer. M. Ménière n'a jamais vu d'inflammation très aiguë succéder à cette opération.

3° *Excision.* — Himly le premier imagina un emporte-pièce fort imparfait, perfectionné depuis par Fabrizi (de Modène), et par M. Deleau. L'instrument de ce dernier consiste dans une canule à extrémité tranchante, renfermant une tige évidée en tire-bouchon, et terminée par un petit disque mince dont la circonférence offre également un tranchant qui regarde celui de la canule. L'instrument porté jusque sur la membrane du tympan, on fait marcher la tige par un mouvement de rotation; elle pénètre à la façon d'un tire-bouchon à travers la membrane; et lorsqu'elle est arrivée à 2 ou 3 millimètres au delà, un ressort qui se détend ramène avec force le disque tranchant contre la canule, en découpant ainsi un morceau circulaire de la membrane du tympan.

On peut donc choisir entre ce procédé et celui de M. Ménière. Mais il faut bien savoir que la perforation de la membrane du tympan, même la mieux faite, est loin de procurer toujours la cure de la surdité, et laisse fréquemment l'ouïe aussi dure qu'auparavant.

8° *Perforation des cellules mastoïdiennes.*

Indiquée par Riolan comme remède à la surdité, pratiquée ensuite par Jasser et quelques autres, et depuis généralement abandonnée, elle serait indiquée tout au plus pour les surdités provenant de l'oblitération du conduit auditif; encore serait-il fort difficile de maintenir l'ouverture artificielle. Autrement il ne convient d'y recourir que pour évacuer un abcès dans les cellules mastoïdiennes. Il faut se rappeler que ces cellules n'existent pas dans le jeune âge, et que les plus larges se trouvent un peu en avant de l'apophyse mastoïde, à 15 ou 18 millimètres au-dessus de son sommet.

On met à nu la face externe de cette apophyse, comme pour 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.

9° *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 1 demi-millimètre; selon M. Richet, 1 millimètre; selon M. Sappey, 2 millimètres. Mes recherches m'avaient conduit d'abord au même résultat que Duverney; mais frappé de tant de dissidences, j'ai voulu examiner la chose à nouveau: sur cinq temporaux à l'état sec, j'ai 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 large. 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. J'ai constaté qu'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; et j'ai fait voir le premier qu'on y arriverait directement en faisant filer le bec de la sonde contre la paroi externe du méat. 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 M. 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; M. Gairal préfère une courbure de 145° , en donnant à la portion recourbée une longueur de 54 millimètres, ce qui dépasse toutes les bornes; M. 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° *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 inférieur; et en continuant de pousser dans cette direction, à 5 milli-

mètres plus loin on tombe dans le pavillon de la trompe. On y enfonce la sonde suffisamment, en usant toutefois d'une pression modérée.

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 lnette, 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, M. 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 M. 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 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 M. 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 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; M. 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.

La sonde ainsi 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 M. Deleau a voulu y substituer une sonde de gomme élastique, moins facile à conduire et plus exposée à s'échapper.

M. Deleau préfère aussi les injections d'air aux injections liquides. J'ai fait observer à cet égard que, 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. M. 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 cloi-

son, soit les sinus; et 3° je réserverai un article spécial pour les polypes.

Art. I^{er}. — Des opérations qui se pratiquent sur le nez.

1° 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 M. 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, M. 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.

2° Occlusion des narines.

J'ai vu plusieurs fois les narines 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. Pour moi, dans un cas où elles avaient été oblitérées par suite de la variole, je n'ai pas trouvé de meilleur moyen que de séparer entièrement l'aile du nez de ses attaches à la joue. Encore, si l'on ne porte pas les canules pendant plusieurs années, on risque toujours de voir l'ouverture se resserrer et même s'oblitérer.