

au lieu de diminuer. Peu à peu celles-ci se calment; vers le cinquième jour, on lève le premier appareil, et l'on continue ensuite un pansement simple jusqu'à la guérison, qui ne se fait pas long-temps attendre. S'il s'élevait du fond de l'orbite quelques végétations d'un caractère suspect, il faudrait sans hésiter les détruire à l'aide de l'instrument tranchant ou même du cautère actuel. Il reste dans tous les cas de la difformité; elle est incurable quand on a été obligé d'enlever les paupières; mais lorsqu'on a pu conserver ces organes, on peut la pallier assez bien au moyen d'un œil artificiel.

*Du squirrhe de la glande lacrymale.*

Le squirrhe de la glande lacrymale est une maladie fort rare. On le reconnaît à une tumeur dure, inégale, placée à la partie supérieure externe de l'orbite, qui soulève la paupière supérieure, rejette l'œil en dedans, gêne plus ou moins ses fonctions, et suit d'ailleurs la marche propre aux maladies squirrheuses et cancéreuses. On conseille, pour l'extirper, d'inciser la commissure externe des paupières, de relever la paupière supérieure, de couper la conjonctive sur la glande tuméfiée, de la saisir avec une érigne, et de la détacher au moyen de ciseaux courbes, en ayant le soin de ménager les muscles et les nerfs de l'orbite, et surtout le globe oculaire. Il nous semble que dans beaucoup de cas, il serait plus simple d'inciser la paupière près son bord adhérent sur la glande engorgée, et de continuer ensuite l'opération ainsi qu'il vient d'être dit. Dans tous ces cas, il serait facile d'arrêter l'écoulement du sang, soit par la ligature, soit par un léger tamponnement; Guérin et Heister ont fait connaître des exemples d'extirpation de la glande lacrymale devenue squirrheuse.

*Du squirrhe et du cancer des lèvres.*

C'est presque toujours à la lèvre inférieure, chez les hommes, et, parmi ceux-ci, chez ceux qui ont passé l'âge de la

jeunesse et qui ont vécu dans la malpropreté, que se manifeste le cancer qui attaque la circonférence de l'ouverture de la cavité buccale. Il occupe tantôt le bord de la lèvre, et tantôt les commissures. Il commence par un bouton d'abord indolore, mais à base profonde et dure; la peau qui recouvre ce bouton est adhérente, amincie et de couleur livide. La maladie fait des progrès lents; mais enfin elle devient le siège de douleurs lancinantes, s'ulcère, et prend les caractères non équivoques du cancer ulcéré. Ce cancer détruit peu à peu la lèvre, qui laisse dès lors la salive s'écouler involontairement, envahit la membrane gengivale, et attaque l'os maxillaire inférieur; les ganglions sous-maxillaires s'engorgent quelquefois dès le début de la maladie, plus souvent à une période très-avancée; les tumeurs qu'ils forment constituent autant de cancers, qui, d'abord isolés, se réunissent entre eux et au cancer principal, et convertissent toutes les parties affectées en une masse désorganisée de l'aspect le plus hideux.

Lorsque, malgré les moyens appropriés, la maladie continue de faire des progrès, il ne reste de ressource que dans l'extirpation du mal.

On pratique ordinairement cette opération de la manière suivante: le malade étant assis, et ayant la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, qui comprime avec les doigts les artères maxillaires externes à leur passage sur le bord de la mâchoire, le chirurgien saisit le bord libre de la lèvre entre le pouce et l'indicateur, à quelques lignes de la tumeur, tandis qu'un aide, tenant celle-ci, la tire en sens inverse pour tendre la lèvre. Une incision, partant du bord libre de cette partie comprise entre les doigts de l'opérateur et ceux de l'aide, est dirigée obliquement vers le menton, et isole même la tumeur d'un côté. L'opérateur saisit alors lui-même la tumeur, et l'aide saisit plus loin la lèvre pour la tendre; une seconde incision,

partant également du bord libre de la lèvre, de l'autre côté du mal, vient joindre l'extrémité inférieure de la première, qu'elle convertit en une incision en V, dont la base répond au bord libre de la lèvre, et dans l'écartement des branches de laquelle la tumeur se trouve inscrite. Quelques coups de bistouri suffisent alors pour la détacher, lorsqu'elle ne l'est pas complètement par les deux premières incisions. L'opération terminée, on réunit la plaie au moyen de la suture entortillée et du bandage unissant, comme à la suite de l'opération du bec de lièvre. Le traitement consécutif est aussi le même.

Quelle que soit l'étendue de la perte de substance éprouvée par la lèvre, on peut presque toujours mettre en contact les bords de la solution de continuité, parce que le tissu des joues se laisse allonger assez facilement. Après la réunion, la lèvre est d'abord beaucoup plus courte que l'autre, qui forme une moue proportionnée à la différence de longueur qui existe entre elles; mais peu à peu ce qui reste de la lèvre affectée s'allonge, et bientôt la disproportion cesse ou diminue considérablement, ainsi que la moue qui en est la suite. Cependant ce résultat ne peut être obtenu sans que la cicatrice ne soit soumise à un tiraillement continuel, dont la conséquence est un état d'irritation permanente d'autant plus fâcheuse, qu'elle a lieu dans des tissus déjà disposés à devenir le siège d'une dégénération cancéreuse, et qu'elle tend par conséquent à produire la récurrence du mal.

Pour éviter cet inconvénient, Fabrizio d'Aquapendente, lorsque le cancer était fort étendu, le retranchait à l'aide d'un couteau de bois dur trempé dans l'acide nitreux affaibli, et pansait ensuite la plaie avec des émollients, sans en rapprocher les bords. M. Dupuytren a étendu cette méthode à toutes les affections cancéreuses des lèvres; les boutons cancéreux, les tumeurs plus étendues, et les cancers qui affectent la totalité

de la lèvre, sont enlevés par lui, les premiers, d'un coup de ciseaux courbes sur leur plat; les autres, par une incision demi-circulaire dont la convexité est tournée vers le bord adhérent de la lèvre. Après la ligature des vaisseaux, le pansement consiste à recouvrir la plaie d'un linge fin, fenêtré et enduit de cérat, par-dessus lequel on place un plumasseau de charpie fine, et une compresse que l'on soutient à l'aide de quelques tours de bande. Peu à peu on voit les angles de la plaie s'aplanir, le centre de la ligne concave qu'elle décrit s'élever au niveau du bord libre de la lèvre, au point qu'après la guérison la difformité ne reste apparente que quand on a enlevé la presque totalité de l'organe.

Mais alors le malade reste sujet à un écoulement involontaire de salive et à une certaine difformité qui résultent de l'adhérence de la lèvre à l'os maxillaire, à peu près au niveau de la gencive; et lorsque la perte de substance a été très-considérable, la difformité est quelquefois repoussante.

Ces inconvénients ont depuis long-temps fixé l'attention des chirurgiens, et les fastes de l'art contiennent çà et là des exemples de tentatives faites pour remédier à la perte des lèvres; mais les procédés mis en usage pour atteindre ce but étaient à peu près tombés dans l'oubli, lorsque de nos jours ils ont été, non-seulement remis en faveur, mais encore singulièrement perfectionnés.

On peut appliquer à la cheiloplastique les procédés de la rhinoplastique, c'est-à-dire que l'on peut, ainsi que l'ont fait MM. Delpech, Lallemand, Dupuytren, Dieffenbach, emprunter aux parties voisines un lambeau de peau pour l'appliquer sur la perte de substance et l'y maintenir à l'aide de la suture, ou, à l'imitation de Tagliacozzi, emprunter ce lambeau à la peau de l'avant-bras. Ces procédés ne diffèrent en rien de ceux de la rhinoplastique, si ce n'est par le lieu. Nous renverrons

pour leur description à ce que nous avons dit à l'occasion des pertes de substance du nez.

A ces méthodes étrangères, quelques chirurgiens français en ont substitué une qui offre sur elles de grands avantages, en ce que c'est par l'allongement des lèvres de la solution de continuité elle-même, et non en empruntant à l'aide d'une plaie nouvelle une pièce au bras ou à d'autres parties, que l'on comble le vide occasioné par la perte de substance; elle se compose de plusieurs procédés dont la description doit trouver place ici.

Lorsque la maladie n'est pas fort étendue, on peut mettre en usage le procédé attribué à Chopart. Il consiste à faire de chaque côté du mal une incision verticale qui, partant du bord libre de la lèvre, s'étende jusqu'au dessous de la mâchoire plus ou moins près de l'os hyoïde; à disséquer le lambeau limité par ces deux incisions, en le détachant de l'os de manière à lui conserver le plus d'épaisseur possible, à en retrancher par une résection transversale toute la partie malade, à l'allonger ensuite par des tractions modérées jusqu'à ce que le bord de la section soit amené au niveau du bord de la lèvre, et à le fixer dans cette situation par des points de suture placés de chaque côté en nombre suffisant.

Pour les cas où le mal affecte une plus grande étendue de parties, on devrait mettre en usage l'un des procédés suivans qui appartiennent à M. Roux de Saint-Maximin.

1°. Lorsque le cancer a son siège sur le bord libre de la lèvre, ce chirurgien commence par en opérer l'ablation par la rescision de cette partie, il dissèque ensuite ce qui reste de la lèvre, le détache de l'os maxillaire en lui conservant le plus d'épaisseur possible, et en prolongeant s'il est nécessaire la dissection jusqu'auprès de l'os hyoïde; cela fait il relève le lambeau de manière à recouvrir l'os maxillaire jusqu'aux dents;

et fixe le tout dans cette position, d'une part au moyen de bandelettes agglutinatives, et d'autre part en maintenant pendant toute la durée de la cure, le menton du malade fortement rapproché de la poitrine au moyen d'un bandage approprié.

Lorsque la maladie dépasse les limites des commissures, M. Roux commence par prolonger celles-ci vers les muscles masseters, et c'est de l'extrémité externe de ces deux incisions qu'il fait partir l'incision semi-lunaire qui doit circonscrire le cancer; cela fait, il détache comme dans le premier cas par la dissection les joues et ce qui reste de la lèvre des parties sous-jacentes, après quoi il relève les tégumens qui doivent remplacer la lèvre inférieure jusqu'au devant de l'os maxillaire, réunit de chaque côté le lambeau à l'incision faite pour prolonger les commissures, en laissant entre les points de suture d'un côté et ceux du côté opposé un intervalle suffisant pour représenter la longueur de la lèvre inférieure, et applique ensuite des bandelettes agglutinatives, une fronde et le bandage propre à maintenir le menton rapproché de la partie antérieure du col. Dans un cas où il avait amputé toute la lèvre inférieure par une incision courbe, à convexité inférieure, M. Lisfranc abaissa du milieu de cette incision, une autre incision verticale qu'il prolongea jusqu'à l'os hyoïde; cette incision, en séparant la lèvre inférieure de la plaie en deux lambeaux latéraux, facilita singulièrement la dissection des parties molles jusqu'au devant du col: les deux lambeaux furent ensuite aisément réunis à l'aide de la suture, et ramenés au devant des dents.

Il est facile de sentir les avantages de cette méthode, et les modifications qu'elle doit éprouver, lorsque la perte de substance s'étend aux joues; elle peut aussi être appliquée

à la réparation de pertes des substance anciennes, et doit alors être précédée de la résection de la cicatrice.

MM. Roux, Lisfranc, Gensoul, Blandin, l'ont employée avec succès.

Lorsque le cancer affecte l'une des commissures des lèvres, le procédé qui consiste à l'inscrire dans une incision en V, et à réunir ensuite immédiatement, reprend ses avantages, parce que, quelle que soit l'étendue de la solution de continuité, il est presque toujours facile d'en mettre les lèvres en contact, sans les soumettre à un tiraillement forcé. Cependant, si elles résistaient à l'allongement, il faudrait avant tout disséquer les joues et les lèvres suivant le procédé de M. Roux de Saint-Maximin.

Enfin, lorsque la maladie a fait des progrès tels qu'elle a envahi l'os maxillaire lui-même, il faut, toutes les fois que cela est possible, pratiquer la résection de la portion de cet os qui est affectée, en même temps que l'on enlève toutes les parties molles dégénérées.

*Du squirrhe et du cancer de la parotide.*

Le tissu de la parotide devient quelquefois, mais rarement, le siège d'une dégénération squirrheuse. Lorsque cette affection, qui n'a point de causes spéciales, se manifeste, on voit la région parotidienne devenir le siège d'une tumeur dure, inégale et immobile, qui, après être restée pendant plus ou moins long-temps à l'état squirrheux, s'enflamme, et passe à l'état de cancer ulcéré.

L'extirpation est le seul moyen que l'on puisse opposer à cette maladie. Mais peut-on extirper la parotide? La plupart des chirurgiens pensent que la presque certitude de léser l'artère carotide externe, située dans le fond de la fosse parotidienne, où elle est même entourée par la substance de la glande, et la difficulté, ou même l'impossibilité de la lier,

doivent faire rejeter cette opération. Cependant d'autres prétendent l'avoir faite avec avec succès. Mais il est probable que plusieurs, sinon tous, ont été trompés par de fausses apparences, ainsi que le pensent plusieurs praticiens distingués. En effet, quoique tous affirment avoir eu à lier de gros vaisseaux, on ne conçoit pas que, vu le siège profond de cette artère, une hémorrhagie fournie par la carotide externe puisse être si facilement réprimée. Une considération qui appuie fortement cette opinion, c'est qu'il naît souvent sur la parotide, dans les ganglions qui la recouvrent immédiatement, des tumeurs squirrheuses qui, en se développant, aplatissent la glande, l'atrophient même, et envahissent la place qu'elle occupe, en la réduisant à une couche mince d'apparence celluleuse; et il est facile de voir qu'après l'extirpation de semblables tumeurs, il doit rester un vide tout-à-fait semblable à celui qui résulterait de l'ablation de la parotide, que l'on pourra croire dès lors avoir extraite.

Il y a donc une grande différence pour les dangers et la réussite de l'opération, entre les tumeurs squirrheuses placées sur la parotide, ou n'affectant que ses parties les plus superficielles, et le squirrhe total du tissu de la glande. L'extirpation des premières, quoique nécessitant quelquefois une dissection délicate, n'est pas très-difficile et n'offre aucun danger; souvent même les branches du nerf facial peuvent être ménagées, et l'on évite au malade les désagréments d'une paralysie de la moitié correspondante de la face. L'extirpation des autres est au contraire très-difficile et fort dangereuse; il serait par conséquent fort important que l'on pût, avant de se décider à opérer, distinguer ces cas l'un de l'autre, ou seulement que l'on pût reconnaître si la tumeur s'étend profondément dans la fosse parotidienne, qu'elle appartienne ou non

à la parotide. Malheureusement cela est, dans la plupart des cas, impossible.

Cependant si, après avoir examiné avec attention l'état des parties, on reconnaissait que la tumeur n'a pas poussé de profondes racines et qu'il fût possible de l'enlever totalement sans toucher aux gros troncs vasculaires, voici de quelle manière il faudrait procéder à l'opération. La peau serait divisée par une incision cruciale, et les lambeaux seraient détachés jusqu'à leur base. L'expérience ayant fait connaître à M. Dupuytren que les tumeurs squirrheuses qui se développent sur la région parotidienne sont souvent enkystées, la tumeur serait fendue; on conçoit que, si l'on avait affaire à une tumeur de ce genre, il suffirait, après avoir pressé le kyste sur les côtés pour le vider de la matière squirrheuse et quelquefois même encéphaloïde qu'il contient, de saisir et de tendre ce kyste avec des pinces, pour en rendre la dissection des plus faciles. C'est surtout dans ces cas que l'on conserve les nerfs faciaux dans toute leur intégrité. Si la tumeur se trouvait un squirrhe solide et non un kyste, il faudrait détacher sa base des parties sous-jacentes, en commençant par sa circonférence et arrivant peu à peu à son centre. Un aide qui la saisirait avec une double érigne ou une pince de Museux, faciliterait beaucoup cette dissection. Lorsque la tumeur, détachée de tous côtés, ne tiendrait plus aux parties profondes que par une sorte de pédicule, il serait prudent de n'achever de la séparer complètement qu'après avoir embrassé ce pédicule par une forte ligature, parce qu'il pourrait contenir des vaisseaux considérables que l'on aurait ensuite de la peine à retrouver. On lierait les autres vaisseaux à mesure qu'on les diviserait, pendant le cours de l'opération. Il est dans ces cas souvent impossible de ménager les nerfs faciaux, soit parce qu'ils sont com-

promis dans l'engorgement, soit parce que la base de la tumeur cache les parties sur lesquelles on porte l'instrument tranchant, et les expose à être atteintes par lui. Leur section entraîne nécessairement la paralysie de la moitié correspondante de la face.

Lorsque toute la parotide paraît devoir être extirpée, le procédé qui nous paraît préférable est celui qui a été proposé par M. Bégin, dans ses *Elémens de chirurgie et de médecine opératoire*. Ce procédé consiste, après avoir découvert la parotide, comme dans le cas précédent, à prolonger l'incision jusque sur la carotide externe, à couper cette artère entre deux ligatures, à relever sa partie supérieure avec la glande, que l'on détache de bas en haut, en liant les vaisseaux qui pourraient fournir du sang au fur et à mesure qu'ils seraient divisés; enfin, lorsque la tumeur ne tiendrait plus que par un pédicule formé par la partie supérieure de l'artère, à jeter une ligature sur ce pédicule avant de le couper, pour opérer la séparation complète du cancer.

Ce procédé, bien que d'une exécution très-difficile, serait évidemment le plus sûr, puisqu'il mettrait à l'abri de toute espèce d'hémorrhagie. Le pansement de la plaie, après l'une ou l'autre de ces opérations, serait celui des plaies avec perte de substance.

Du squirrhe et du cancer de la langue.

Cette maladie affecte de préférence la pointe ou les bords de l'organe. Elle commence par un engorgement dur, circonscrit, de peu d'étendue, pendant long-temps indolore, et dans lequel enfin se font sentir, par intervalles de plus en plus rapprochés, des douleurs lancinantes, dont l'invasion ne tarde pas en général à être suivie de l'ulcération de la tumeur. La surface de l'ulcération est grisâtre, livide; les bords sont durs et renversés, elle fournit continuellement une suppuration sa-

nieuse d'une fétidité insupportable, et, de temps à autre, des écoulemens de sang plus ou moins abondans. Dans quelques cas, qui ne sont pas très-rare, la maladie commence par une ulcération d'abord simple, provoquée par les pointes aiguës d'une dent cariée, qui irritent la partie correspondante du bord de la langue, l'ulcèrent, et, par la continuité de leur action, finissent par provoquer la dégénération cancéreuse de sa surface. De quelque manière que la maladie ait débuté, elle fait des progrès; les ganglions lymphatiques sous-maxillaires s'engorgent, et le malade périt avant même que le mal n'ait envahi la totalité de la langue.

Il est important, pour ne pas faire une opération inutile, de distinguer le cancer de la langue des engorgemens syphilitiques de cette partie. Ceux-ci sont quelquefois durs et irréguliers comme le squirre; mais ils se manifestent à la suite d'autres symptômes vénériens que l'on n'a point encore traités ou qui l'ont été d'une manière incomplète; ils occupent plutôt le centre que les bords ou la pointe de l'organe, ils sont plus étendus, moins circonscrits, point douloureux; leur surface présente des gerçures plus ou moins nombreuses et profondes, et ces gerçures ne fournissent aucun écoulement; enfin ils disparaissent promptement par l'effet d'un traitement anti-syphilitique bien administré.

Lorsque le cancer de la langue est bien caractérisé, et qu'il a résisté aux moyens appropriés, il n'y a d'autre ressource que dans l'extirpation du mal.

L'opération varie selon que la maladie occupe la pointe ou l'un des bords de l'organe, selon qu'elle est saillante et comme pédiculée, ou enfoncée profondément dans la substance de la langue.

Quand la maladie occupe la pointe de l'organe, il faut en général la retrancher par une incision portée en travers, à

quelques lignes en arrière du tissu dégénéré. Quand elle occupe le bord, il faut au contraire l'inscrire dans une incision légèrement courbe, dirigée dans le sens de la longueur de la langue. Lorsqu'elle est pédiculée, quel que soit son siège, on saisit la tumeur avec une érigne ou une pince de Museux, on la soulève en l'attirant, et on la retranche d'un coup de ciseaux courbes sur leur plat. Quand elle est adhérente, il faut de même la saisir et l'attirer, mais c'est à l'aide du bistouri que l'on fait l'incision qui la détache. Une particularité peu connue, et qui sert merveilleusement à la réussite de l'opération quand on doit emporter une partie considérable de la langue, est la facilité avec laquelle cet organe se laisse attirer au dehors. Nous avons vu M. Dupuytren mettre cette circonstance à profit dans un cas grave où il s'agissait d'emporter un cancer qui affectait toute la moitié gauche de la langue. La pointe de cet organe fut saisie avec les doigts garnis de linge par un aide qui l'attirait doucement à l'extérieur; après avoir lutté pendant quelques instans, la langue céda, et se porta presque tout entière au dehors, de manière que sa base se trouvait presque au niveau des arcades dentaires. Il fut alors facile de séparer, par une incision profonde dirigée d'arrière en avant, suivant la direction de la ligne médiane, la langue en deux moitiés, dont l'une était saine et l'autre cancéreuse, et de retrancher celle-ci à sa base, après l'avoir écartée de l'autre. Il fut aussi très-facile, après avoir préservé les dents et les lèvres au moyen de lames de carton mouillé, de cautériser avec le fer rouge toute la surface de la plaie, qui fournissait du sang en abondance par une multitude d'orifices de vaisseaux divisés, parce que l'aide n'avait pas cessé de maintenir la partie qu'on lui avait confiée, et que la solution de continuité se trouvait ainsi en évidence dans toute son étendue.

Lorsque l'opération n'a entamé que les bords ou la pointe de

la langue, l'écoulement de sang est peu considérable, et s'arrête ordinairement de lui-même; mais quand la substance de l'organe est profondément entamée, il survient souvent une hémorrhagie que l'on ne peut arrêter, comme dans le cas qui vient d'être cité, qu'en employant largement le cautère actuel. Dans un cas où il s'agissait d'un bouton cancéreux placé à la pointe de la langue, M. Boyer l'inscrivit dans les branches d'une incision en V, dont il réunit ensuite les bords au moyen de deux points de suture. Cette opération avait pour but de reformer la pointe de la langue, qui aurait été tronquée si l'on eût fait une incision transversale derrière la partie malade. Mais la langue est un organe dont le tissu s'étend facilement, de manière à faire disparaître en peu de temps les traces des pertes qu'il a éprouvées. Chez le malade de M. Dupuytren, au bout de trois semaines la guérison était complète, et la partie de l'organe que l'on avait laissée s'était tellement élargie, qu'elle remplissait tout l'intervalle de l'arcade dentaire inférieure; seulement, le bord correspondant à la plaie était un peu plus mince que l'autre. Lorsque c'est la pointe de l'organe que l'on a retranché, elle s'allonge de même, mais elle reste un peu plus arrondie. L'opération faite par M. Boyer n'a donc que des avantages douteux; et comme elle est plus difficile que celle qui consiste à retrancher, par une incision transversale, la pointe de l'organe affecté de dégénération cancéreuse, il nous semble que c'est cette dernière que l'on doit préférer.

*Du squirrhe des amygdales.*

Le squirrhe des amygdales est toujours consécutif à leur inflammation. C'est à la suite de plusieurs phlegmasies successives de cet organe, dont chacune a laissé un peu de tuméfaction, qu'on le voit ordinairement se former. Aussi quelques auteurs ont-ils avancé qu'il n'existait pas de véritable squirrhe des amygdales, et que c'était un simple état d'induration

qu'on avait ainsi nommé. Mais il est bien certain que les amygdales prennent quelquefois le caractère véritablement squirrheux et cancéreux; et nous avons eu occasion de nous en convaincre une fois par la dissection. MM. Bayle et Cayol paraissent en avoir observé plusieurs exemples (1). Toutefois, dans le plus grand nombre des cas, l'engorgement chronique des amygdales ne consiste réellement que dans leur induration.

Quoi qu'il en soit, l'engorgement chronique des parties devient de plus en plus considérable; il prend de la dureté, toutes les traces d'inflammation disparaissent, et nuls moyens ne peuvent en procurer la résolution. Cette affection est sans douleur; elle n'exerce aucune influence sur les autres organes; mais elle a l'inconvénient d'exposer le malade qui en est atteint à contracter des amygdalites pour la moindre cause; et si les masses que forment les amygdales tuméfiées sont un peu volumineuses, il en résulte de la gêne dans la déglutition et dans l'articulation des sons. Chez les adultes, cette gêne ne constitue en général qu'une incommodité; mais chez les enfans très-jeunes, elle peut avoir des inconvéniens très-graves. En effet, outre que chez eux l'altération de la voix et de la parole est plus prononcée, le gonflement est parfois si considérable, que la trompe d'Eustachi et même les fosses nasales postérieures se trouvent plus ou moins complètement oblitérées: d'où résultent la dureté de l'ouïe, ou même la surdité, une respiration bruyante et râleuse, surtout pendant le sommeil, laquelle exige des efforts tels, de la part des muscles inspirateurs, que la poitrine se déforme, s'arrondit en arrière et se rétrécit en devant, en s'aplatissant sur les côtés. M. Dupuytren a vu un assez grand nombre de ces cas.

Celse paraît être le premier qui ait conseillé de remédier par

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. III, pag. 613.