

nible et douloureuse, et où l'examen le plus minutieux du conduit auditif ne put faire découvrir aucune trace d'un corps étranger, je trouvai, après l'injection du conduit auditif, à la surface de l'eau de lavage, un petit point gris qui se trouva être une petite punaise microscopique. — Chez un homme, qui depuis peu se plaignait de bourdonnements pénibles dans l'oreille et les attribuait à une bête entrée dans le méat, les docteurs J. POLLAK et HRUBESCH trouvèrent dans l'eau de lavage une petite araignée microscopique, qui avait échappé à l'examen à l'aide du miroir de l'oreille.

Il y aurait encore à signaler les *larves des mouches à viande*, qui se développent parfois pendant l'été chez des enfants atteints d'écoulement d'oreille fétides, négligés. Elles adhèrent généralement si fortement avec leurs suçoirs dans les retraits de la cavité tympanique, qu'on réussit rarement à les chasser par des injections et que c'est à peine si l'on arrive à les saisir avec la pince coudée. Le moyen le plus sûr pour chasser ces larves consiste à instiller de l'huile ou de la glycérine, mélangée avec *quelques gouttes de pétrole*, de *térébenthine* ou d'une *huile volatile*. Quelques minutes après l'instillation, les larves quittent leur retraite et glissent en dehors du conduit auditif.

NÉOPLASIES DE L'APPAREIL DE TRANSMISSION DU SON

1. NÉOPLASMES CONNECTIFS

a. — SUR LE PAVILLON

Parmi les excroissances de tissu connectif qui se présentent sur le pavillon de l'oreille, celles qu'on observe le plus fréquemment sont le *fibrome* et le *myxofibrome* (KNAPP, *Arch. f. Aug. u. Ohr.* V; AGNEW, TURNBULL, *London med. Congr.*, 81; FINLEY, *Philadelphia Med. Times*, IX; BÜRKNER, *Arch. f. Ohr.*, XVII). Les tumeurs se développent principalement sur le lobule de l'oreille, le plus souvent à la suite de son percement, et se présenteraient surtout fréquemment chez les négresses (TURNBULL). Leur croissance se fait lentement et sans douleur. Elles atteignent souvent une grandeur énorme, qui, comme dans les cas d'AGNEW et TURNBULL, dépasse celle du pavillon de l'oreille.

Presque dans tous les cas publiés, le fibrome était bilatéral, mais non de même grosseur sur les deux oreilles. Ils se montrent sous forme de tumeurs rondes, hémisphériques ou lobulées, un peu mobiles, d'une consistance plus ou moins ferme, et sont formés en grande partie par du tissu connectif fibreux, auquel est quelquefois aussi mêlé du tissu muqueux. — Les fibromes du pavillon sont de nature bénigne, car, après leur *extirpation totale*, il n'y a pas de récidives. Dans le cas décrit par AGNEW (*Transact. of the am. otol. Soc.*, 1878), le myxofibrome du pavillon, provenant d'une cicatrice traumatique, récidiva toujours malgré l'enlèvement répété.

Le traitement consiste dans l'extirpation de la tumeur, en faisant en sorte qu'il se produise une cicatrice ne déformant pas le pavillon.

Des *angiomes* du pavillon ont été observés encore plus rarement. Ils se montrent sous la forme de tumeurs rouge-bleu, avec pulsations plus ou moins fortes, de la grosseur d'une lentille à celle d'une noix et au delà, qui ont leur siège à l'orifice du méat, sur le lobule (KIPP), sur la face postérieure ou la face antérieure du pavillon. Parfois, il y a en même temps plusieurs angiomes sur le pavillon et son pourtour, comme dans le cas de TURNBULL (*Lond. med. Congr.*, 1881), où il y avait un angiome dans le voisinage de l'ouverture de l'oreille, l'autre derrière et au-dessus de l'oreille, communiquant avec le premier par un cordon vasculaire. A celui-ci se rattache un cas (cité par VIRCHOW) décrit par MUSSEY (*Am. Journ. of the med. Sciences*, 1853), où il y avait un angiome dans la conque, un deuxième sur le tragus et un troisième sur le lobule de l'oreille, s'étendant de là à la région latérale du cou entre la branche de la mâchoire inférieure et l'apophyse mastoïde.

Les angiomes datent de la naissance, ou bien, comme dans le cas de KIPP, ils se produisent à la suite de la congélation du pavillon. Tantôt leur croissance est lente, tantôt elle a lieu très rapidement. La dilatation ectatique des vaisseaux s'étend parfois au conduit auditif, au pourtour de l'oreille et à la peau de la tête. Quand la croissance est lente, l'angiome cause des troubles à peine sensibles; mais, s'il augmente rapidement, des douleurs souvent pulsatiles sont ressenties aux places affectées. De l'amincissement de la peau en certaines parties de la tumeur peuvent résulter des hémorragies dangereuses, par rupture des vaisseaux ectatiques. Dans un cas décrit par JÜNGKEN (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1869), l'issue funeste résulta d'une hémorragie de l'angiome crevé, quoique la ligature de la carotide ait été faite quelques années auparavant.

Le *traitement des angiomes* dépend de la grosseur et de l'étendue de l'excroissance. Pour de petits angiomes plats, il convient de traverser le néoplasme avec plusieurs fils de soie antiseptiques, trempés dans du chlorure de fer, et de les laisser en place pour amener la coagulation du contenu et le resserrement de la tumeur. Dans tous les cas, cette méthode est préférable au badigeonnage avec l'acide azotique et à la vaccination de la tumeur. Pour les excroissances à pédicule mince, le mieux est de les enlever après avoir amené les vaisseaux à s'atrophier par l'acupressure (MARTIN, *Gaz. des Hôp.*, 102). CHIMANI a obtenu la guérison, après quatre semaines de traitement, d'une tumeur assez grosse, sur un garçon de quinze ans, par des injections répétées de la liqueur de fer muriatique dans la tumeur et l'incision partielle des parties atrophiées. Malgré cela, je dois me prononcer contre cette méthode, parce que, d'après l'expérience de chirurgiens éminents, elle peut conduire à la suppuration et ulcération ichoreuse de la tumeur avec intoxication septique consécutive. Par l'emploi rationnel de la *thermopuncture* au moyen du *thermocautère de Pacquelin*, non seulement cette issue est évitée, mais encore on obtient la guérison beaucoup plus rapidement et plus sûrement que par tout autre traitement. Pour de petites tumeurs, l'opération peut être terminée en une séance, en appliquant à plusieurs reprises le thermocautère. Au contraire, pour de grosses tumeurs vasculaires, il est préférable de faire l'opération en plusieurs fois, à cinq ou six jours d'inter-

valle, parce que la formation d'une eschare trop étendue peut amener facilement une réaction inflammatoire avec de fortes hémorragies consécutives. Si l'on trouve dans le voisinage du pavillon de grosses artères communiquant avec l'angiome, il faut en faire la ligature médiante avant l'opération. JÜNGKEN a obtenu dans un cas la guérison par l'électropuncture. La ligature de la carotide n'est indiquée que s'il y a récurrence, malgré l'emploi répété du thermocautère. DUPUYTREN, MUSSEY et WEINLECHNER ont obtenu la guérison par cette opération.

Le cas, observé par moi, d'angiome du pavillon concerne un garçon de dix-neuf ans, chez qui l'excroissance augmenta progressivement, sans douleur et sans altération de l'ouïe, à partir de la naissance. A l'examen, on voyait le pavillon gauche (fig. 220) considérablement grossi, coloré en rouge-bleu, et fortement pulsatile. Les rainures de sa face antérieure sont en partie effacées, et seulement l'hélix (*h*) et l'anthélix (*ah*) s'avancent fortement en avant sous forme de tumeurs énormes. La face postérieure du pavillon est irrégulière, bosselée, et l'excroissance s'étend de là encore à 4 ou 5 cent. derrière et au-dessus de l'insertion du pavillon. Par compression en cet endroit, il se produit une diminution notable du pavillon. Quelques heures

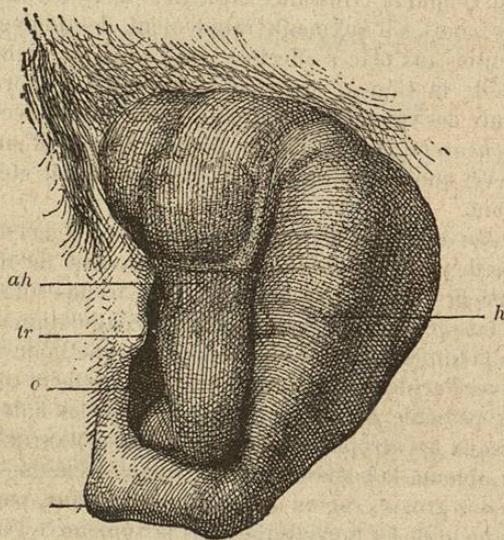


FIG. 220

avant son admission, par suite de la rupture spontanée d'un vaisseau superficiel de la face postérieure du pavillon, il survint une forte hémorragie, que le malade arrêta par compression et application d'un morceau d'amadou.

Quatre semaines plus tard, il entra dans la clinique de BILLROTH pour le traitement radical de l'angiome. Après la ligature médiante de l'artère auriculaire postérieure fortement dilatée, on cautérisa, avec la pointe recourbée à angle droit du brûleur de PACQUELIN, seulement la partie de la tumeur située derrière l'oreille, où se trouvaient les vaisseaux sanguins les plus forts, conduisant à l'angiome. Le

quatrième et le huitième jour après l'opération, il se produisit de fortes hémorragies aux places opérées; elles furent arrêtées par la ligature du vaisseau ouvert.

Dans la suite, il se forma derrière l'oreille, après la chute de l'eschare, une surface granuleuse de la grandeur d'une pièce de 2 thalers, qui diminua peu à peu. En même temps, le volume du pavillon a diminué de moitié et les pulsations ont complètement cessé. En continuant le traitement avec de la pommade au nitrate d'argent (nitr. arg. 2,0; axonge pure 100,0; baume du Pérou 5,0), il y eut enfin cicatrisation complète et, comme on voyait encore au-dessus de l'oreille quelques artères à pulsations marquées, on en fit également la ligature médiante. Après dix semaines de séjour dans la clinique, le patient fut laissé guéri. Le pavillon apparaît diminué de plus des 2/3 de son volume primitif et ne présente plus de pulsations; la place de l'opération se reconnaît derrière l'oreille à une plaque cicatricielle.

b. — DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE ET DANS L'OREILLE MOYENNE

POLYPES DE L'OREILLE

Les excroissances conjonctives pédiculées de l'oreille, appelées polypes, qui se développent généralement dans le cours de *suppurations chroniques de l'oreille moyenne*, plus rarement dans les inflammations primitives du conduit auditif externe, proviennent le plus souvent de la muqueuse de l'oreille moyenne, plus rarement du conduit auditif externe et de la membrane tympanique. Pourtant celle-ci est plus fréquemment le siège de polypes, qu'on ne l'admettait jusqu'ici (voir pag. 198).

Le point de départ le plus fréquent des *polypes de l'oreille moyenne* est la paroi interne et supérieure de la cavité tympanique, le revêtement des osselets de l'ouïe, plus rarement les cellules de l'apophyse mastoïde et la muqueuse de la trompe d'Eustache. Dans le conduit auditif externe, la racine des polypes sort le plus souvent de la paroi postéro-supérieure de la partie osseuse, dans le voisinage de la membrane du tympan, ou en partie de celle-ci elle-même, rarement de la partie cartilagineuse. Sur la membrane tympanique, la racine du polype sort généralement du segment supéro-postérieur et de la membrane de SHRAPNELL. Il n'est pas rare de trouver en même temps des excroissances polypeuses dans l'oreille moyenne, sur la membrane du tympan et dans le conduit auditif.

Les polypes de l'oreille se présentent soit isolés, soit en nombre dans une oreille. Quand il y a formation multiple de polypes, ceux-ci, d'abord séparés, peuvent se souder l'un à l'autre par un contact prolongé.

Dans ma collection se trouve l'organe auditif d'une jeune fille morte de thrombose de sinus; l'une des racines *w* (fig. 221) d'un polype *p*, remplissant complètement le conduit auditif et s'étendant jusqu'à l'orifice externe de l'oreille, provient de la

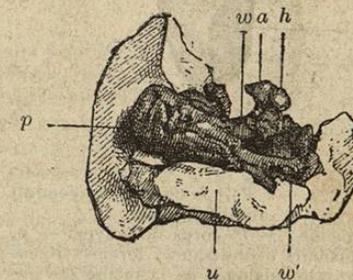


FIG. 221

membrane tympanique et est reliée au marteau et à l'enclume *h a*, tandis que la deuxième racine *w*, plus longue que la première, sort de la paroi interne et inférieure de la cavité tympanique. De l'emplacement différent des deux racines, on peut certainement conclure qu'ici il y a eu soudure, par pression persistante, d'un polype de la membrane tympanique et d'un polype de la caisse du tympan, phénomène qui a été observé également pour des excroissances d'autres cavités du corps.

La *grosseur* des polypes de l'oreille varie beaucoup. Le plus souvent ils présentent le volume d'un pois ou d'un noyau de datte, pourtant l'excroissance peut atteindre une grandeur dépassant la longueur du conduit auditif (fig. 223), de sorte que la tumeur avance au delà de l'orifice externe de l'oreille. Que d'autre part de petits polypes microscopiques se rencontrent dans l'oreille moyenne et sur la membrane tympanique, c'est ce que nous avons déjà dit plus haut (page 375).

La *forme* des polypes est le plus fréquemment allongée, en forme de massue, plus rarement globulaire ou ramifiée (fig. 224). Leur surface est lisse ou bosselée, glanduleuse et analogue à celle de la framboise. Fréquemment l'on trouve, dans le voisinage de la racine de gros polypes lisses, un certain nombre d'excroissances papillaires (fig. 223 *p.*). Le néoplasme repose soit sur une large base, soit sur une racine à pédicule mince.

Structure des polypes de l'oreille. — Si on fait l'examen histologique d'un grand nombre de polypes de l'oreille, on reconnaît en somme deux formes principales, les polypes à cellules rondes et les fibromes¹.



FIG. 222. — Polype fibreux du conduit auditif externe. *w*, racine. — *k*, corps du polype. — *p*, plusieurs excroissances fermes, situées dans le voisinage de la racine du polype. Extraction radicale avec le lacet de WILDE.

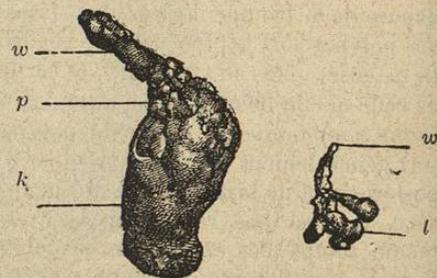


FIG. 223. — Polype fibreux du conduit auditif externe. *w*, racine. — *k*, corps du polype. — *p*, excroissances arrondies, de la grosseur d'un grain de chènevis, situées sur sa portion postérieure. Extraction radicale avec le lacet de WILDE.



FIG. 224. — Polype de la caisse du tympan avec ramifications en forme de croixes. — *w*, racine.

Le *polype à cellules rondes* (polype muqueux, polype cellulaire) consiste en un stroma myxomateux, hyalin, homogène, traversé par une charpente fibreuse plus ou

¹ Le myxome vrai, décrit par STEUDENER, est excessivement rare.

moins fortement développée, dans lequel sont logées des cellules rondes éparses ou accumulées, parfois aussi de rares cellules fusiformes (fig. 226, *f, f', f''*). Par métamorphose des cellules rondes en cellules de cicatrice fusiformes, le polype mou prend un caractère ferme, fibreux. Cette transformation se fait en général irrégulièrement en allant de la racine au corps du polype. La surface de ces polypes est rarement lisse, mais généralement glanduleuse, papillaire, avec de fortes entailles glandulaires (fig. 225). La surface de l'excroissance est recouverte d'un épithélium, qui présente toutes les formes intermédiaires depuis l'épithélium cilié simple, jus-

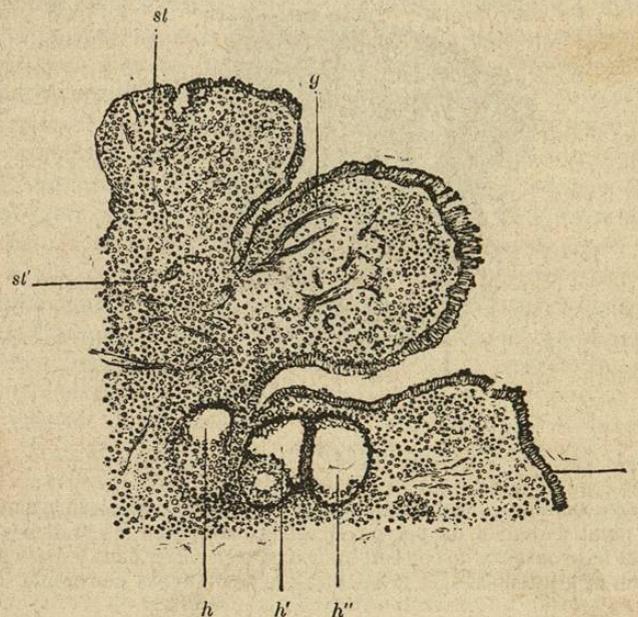


FIG. 225

qu'à l'épithélium compliqué de la muqueuse de la bouche (fig. 225 *e*). Dans l'intérieur des polypes on trouve souvent des cavités fermées, revêtues d'épithélium (*h, h', h''*), et des espaces cystiques (kystes de rétention de STEUDENER), qui résultent probablement de la soudure d'excroissances secondaires ou tertiaires, qui ont amené à l'intérieur du polype les dépressions initiales de la surface. J'ai trouvé une fois un de ces kystes, de la grosseur d'un grain de chènevis, rempli d'un grand nombre de cellules épithéliales mêlées de cristaux de cholestérine.

Les *fibromes* proprement dits se distinguent des polypes précédents par la structure *fibrillaire*, fine, à longues fibres, du stroma (fig. 226), où sont souvent dispersées également des cellules fusiformes. Ils renferment moins de vaisseaux que les polypes muqueux. Leur surface est généralement lisse et couverte d'un épithélium pavimenteux stratifié *e*, dont les couches supérieures *h* sont cornées. L'épithélium pénètre dans le tissu du polype sous forme de cônes allongés *cp, cp'*.

Quelques polypes de la caisse du tympan sont traversés par de nombreux vaisseaux sanguins et prennent ainsi le caractère de polypes caverneux ou angiomes. Par suite du fort développement du tissu intermédiaire pendant la progression du processus pathologique, les vaisseaux sanguins se rétrécissent au point de s'a-

trophier en partie, ce qui donne à la coupe longitudinale du polype un aspect rayonné.

Dans quelques cas rares, comme le montrent des observations de BEZOLD, J. PATTERSON CASSELS et HEDINGER, on trouve dans le tissu du polype des *traverses os-*

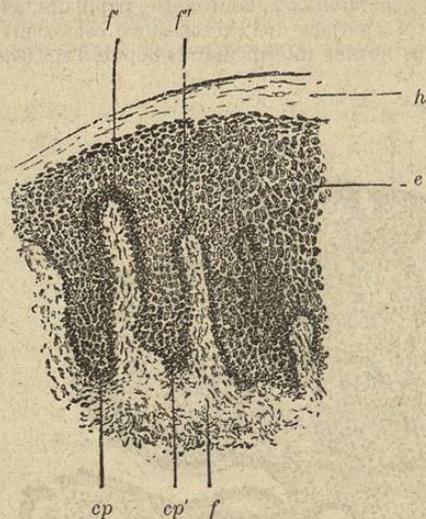


FIG. 226.

seuses ramifiées. Comme la formation osseuse se montre de préférence dans le voisinage du point d'attache du polype, il est probable que les branches osseuses partent de la base osseuse du conduit auditif pour pénétrer dans le tissu du polype. L'ossification isolée (CASSELS) et la calcification des polypes de l'oreille sont rares.

La croissance des fibromes marche en général très lentement, celle des polypes muqueux beaucoup plus vite. J'ai vu un cas où, deux jours après l'enlèvement d'un polype de la caisse du tympan, sortit un deuxième polype muqueux, translucide, de 3 cent. de long et de 5^m/m d'épaisseur. Le développement de polypes sans sécrétion purulente dans l'oreille est excessivement rare; je n'ai observé moi-même qu'une fois, plusieurs années après l'arrêt d'une suppuration de l'oreille moyenne, le développement d'une tumeur ferme, rouge-bleu, de la grosseur d'un pois, sur la paroi supérieure du conduit auditif dans le voisinage de la membrane tympanique.

Les polypes de l'oreille peuvent souvent subsister pendant toute la vie sans avoir de suites fâcheuses pour la santé. Parfois cependant, par empêchement mécanique de l'écoulement de l'exsudat, ils causent une hémicrânie, une sensation de pression et de pesanteur dans la moitié correspondante de la tête, du vertige et des bourdonnements d'oreille. Dans un cas de SCHWARTZE (*Arch. f. Ohr.*, vol. I), l'extirpation de plusieurs polypes de l'oreille amena la guérison d'une hémiplegie et anesthésie des extrémités du côté correspondant. Mais fréquemment aussi, par stagnation de l'exsudat, il se forme des

masses caséuses, épaissies, qui peuvent conduire par leur décomposition à la carie de l'os et à des complications funestes.

Au point de vue de l'issue des polypes, on pourrait noter encore, que la *guérison par flétrissement spontané* de l'excroissance se présente très rarement, qu'au contraire il y a fréquemment *chute spontanée* des polypes de l'oreille (TOYNEBEE, V. TRÖLTSCH, MOOS, SCHWARTZE et autres). D'après mes observations, ce sont généralement de gros polypes à surface lisse et à pédicule mince, qui tombent spontanément de l'oreille. La mortification et chute des polypes est due, à mon avis, à une rotation mécanique accidentelle autour de leur axe longitudinal, qui produit la torsion des vaisseaux sanguins traversant le pédicule.

Le *diagnostic* des polypes de l'oreille n'est pas difficile, avec quelque pratique et avec l'aide de la sonde pour constater la mobilité de la tumeur. Il n'y aurait de confusion possible, dans des cas rares, qu'avec ces excroissances malignes (voir plus loin) qui sortent de la caisse du tympan avec la forme de polypes. La reproduction rapide après l'enlèvement répété de l'excroissance, l'infiltration simultanée des glandes lymphatiques voisines, mais surtout l'examen microscopique font vite reconnaître la nature de l'excroissance.

La *détermination diagnostique du point d'origine du polype* est d'une importance particulière, surtout au point de vue opératoire, parce que le procédé chirurgical diffère beaucoup, suivant que le polype a sa racine dans le conduit auditif ou sur la membrane tympanique et dans la caisse du tympan. Pour de petits polypes ou des polypes longs et minces, on peut fréquemment reconnaître le point d'origine de la racine par la vue directe, en tâtant et faisant mouvoir en même temps l'excroissance avec la sonde. Mais quand le polype remplit tout le conduit auditif et que son extrémité externe est seule visible, la découverte de la racine est beaucoup plus difficile, parce qu'alors nous en sommes réduits exclusivement au contact de la sonde. Je me sers d'une sonde à bouton, recourbée à angle droit, dont l'extrémité antérieure porte des divisions de 5 en 5^m/m, pour mesurer la distance de la racine à l'orifice externe de l'oreille. L'exploration se fait de la façon suivante: on introduit la pointe de la sonde entre le polype et la paroi du méat et l'on pénètre peu à peu dans le fond en faisant le tour de l'excroissance. Ce n'est que lorsque l'instrument, à une profondeur moindre que la distance de la membrane tympanique à l'ouverture externe de l'oreille, rencontre une résistance qui empêche la pointe de la sonde de continuer son mouvement tournant, que l'on peut admettre la présence de la racine du polype comme cause de cet empêchement.

Si, dans l'exploration d'un polype de l'oreille, la pointe de la sonde rencontre une résistance sur la paroi postéro-supérieure à une profondeur moindre que 16^m/m, on est autorisé à admettre que la racine du polype provient du conduit auditif externe, tandis que, dans le cas où la résistance se trouve à une plus grande profondeur, on ne peut plus affirmer avec certitude que le polype a son origine dans le méat, sur la membrane tympanique ou dans la caisse du tympan, car il arrive parfois que, déjà à une profondeur de 18 à 19^m/m, la pointe de la sonde rencontre sur la paroi supérieure une résistance

due à la saillie de la courte apophyse et du manche du marteau. Par les mouvements circulaires de la sonde, on peut aussi apprécier quelquefois la largeur de la racine du polype par la distance des deux points où la pointe de la sonde se trouve arrêtée. Plus cette distance est grande, plus on peut admettre que la racine du polype est large. Si, dans cette exploration, le polype présente une grande mobilité, on peut en conclure à la présence d'un pédicule mince et étroit, tandis qu'une faible mobilité de l'excroissance indique une racine large, dont la rupture sera naturellement plus difficile que celle d'un pédicule mince.

Un point de repère, non certain il est vrai, pour la détermination de l'origine du polype est fourni par l'aspect extérieur de l'excroissance. Les polypes d'un rouge pâle, gris perle, à surface lisse ou légèrement irrégulière, proviennent généralement du conduit auditif externe, tandis que les excroissances d'un rouge saturé, sanguinolentes, en forme de framboise, à surface papillaire, villiforme, sortent fréquemment de la caisse du tympan. Mais ces particularités ne sont utilisables pour le diagnostic qu'en les rapprochant des données de l'exploration avec la sonde.

Le pronostic s'établit plus favorablement pour les polypes du conduit auditif, dont l'extirpation radicale se fait beaucoup plus sûrement que celle des polypes de la caisse, qui, comme on le sait, récidivent très fréquemment si leurs racines sont situées dans des retraits de la caisse inaccessibles à l'instrument. Des circonstances fâcheuses, au point de vue du pronostic, sont la production fréquente de symptômes de rétention du pus, la formation de masses caséuses dans le fond de l'oreille, la carie simultanée du rocher et la production de symptômes pyémiques et cérébraux.

Traitement. — 1° Traitement opératoire.

a. — L'extraction n'est indiquée que pour les polypes dont l'origine dans le conduit auditif externe est constatée par l'exploration. Elle conduit au but beaucoup plus vite et plus sûrement que les autres méthodes d'opération, qui consistent à couper le polype ou à en faire la ligature. Quand on emploie ces derniers procédés, la destruction de la racine fibreuse qui reste

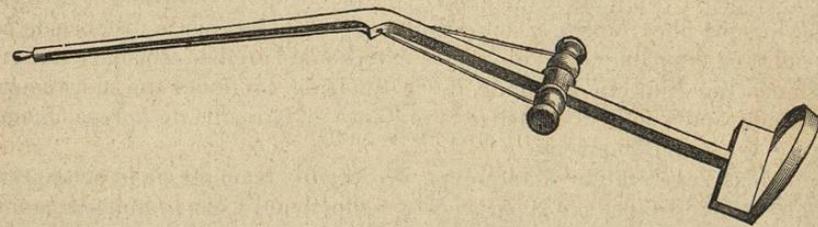


FIG. 227.

en place demande souvent plusieurs semaines ou mois, tandis que, par l'extraction, la racine est généralement enlevée avec le polype et la guérison a lieu au bout de quelques jours. En outre, à la suite de l'extraction, on ob-

serve beaucoup plus rarement des récidives, qu'après l'excision du polype suivie de la cautérisation de la racine.

L'extraction des polypes du conduit auditif se fait avec une pince à pansement ou mieux avec le *lacet de Wilde* (fig. 227) ; celui-ci est poussé par-dessus le polype jusqu'au voisinage de la racine, puis resserré seulement autant qu'il est nécessaire pour saisir sûrement celle-ci. Ensuite une légère traction suffit généralement pour enlever complètement l'excroissance. Ce procédé est préférable à l'extraction avec la pince à pansement, parce que fréquemment le gros du polype est formé par du tissu conjonctif jeune, charnu, tandis que la racine montre une consistance ferme. En pareils cas, si le polype est saisi avec la pince, on n'extrait que quelques lambeaux de l'excroissance, tandis que, par l'emploi du *lacet*, la racine résistante est elle-même serrée et tout le polype est enlevé. Pour des polypes complètement mous, l'extraction avec le *lacet* ne réussit elle-même que rarement complètement.

b. — *Ligature*. — Quand un polype fibreux est réuni si intimement avec la paroi osseuse, qu'il présente une résistance considérable même à de fortes tractions, il vaut mieux alors se servir du *lacet de WILDE* pour faire la ligature de la racine du polype, en tournant l'instrument autour de son axe longitudinal, après avoir serré le fil, jusqu'à ce qu'il se produise une grande résistance. Puis on coupe avec des ciseaux le fil attaché à la barre transversale et on retire l'instrument de l'oreille.

Le *lacet* tordu et laissé dans l'oreille empêche l'afflux du sang dans le polype et il en résulte une mortification rapide et la chute de l'excroissance. Celle-ci a lieu parfois déjà dans les vingt-quatre heures, quelquefois pourtant seulement après plusieurs jours, et ce n'est généralement que la partie périphérique, ligaturée, du polype qui tombe. Seulement dans quelques cas rares, j'ai observé en même temps le détachement de la racine de sa base (fig. 228).

Si, après avoir fait cette ligature, le polype n'est pas détaché au bout de quelques jours, on peut essayer l'extraction du polype, maintenant moins solidement fixé, en saisissant les extrémités du fil de la ligature avec la pince, ou, si la résistance est encore trop grande, on tord à nouveau le *lacet*.

c. — *Excision*. — Pour de gros polypes, dont la racine est située si profondément, que l'exploration avec la sonde ne permet pas de déterminer avec certitude si l'excroissance provient du conduit auditif externe, de la membrane tympanique ou de la caisse du tympan, il faut toujours s'abstenir d'employer le procédé par extraction et avoir recours à l'excision du polype.

L'instrument qui convient le mieux pour cette opération, est le *lacet à polypes* (fig. 229) dû à BLAKE de Boston. Tandis que, dans le *lacet de WILDE*, les deux ouvertures sont séparées à la pointe de l'instrument par une cloison intermédiaire,

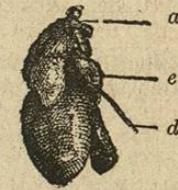


FIG. 228. — a, racine ; — c, place de la ligature ; — d, fil de ligature.