

La pâte caustique de Vienne, la potasse caustique, l'acide azotique proposé par TRAMPEL et A.-H. BUCK, ont été avec raison laissés de côté, parce que leur action ne se limite pas aux polypes, que la diffusion du médicament peut détruire les parties saines du conduit auditif et qu'il peut en résulter, comme MENIÈRE l'a observé, la carie du conduit auditif osseux. Récemment on a vanté l'emploi de petites quantités d'une solution concentrée d'acide chromique, portées sur le résidu des polypes.

b. — *Traitement à l'alcool.* — L'esprit-de-vin rectifié s'est montré, dans un grand nombre de cas où je l'ai employé, un remède excellent pour écarter les polypes de l'oreille et les granulations. Avant l'application du remède, l'oreille doit être lavée avec soin et séchée avec un morceau de coton. Puis le médicament réchauffé est versé dans le conduit auditif et laissé au moins quinze à trente minutes dans l'oreille. *Les instillations doivent être renouvelées deux à trois fois par jour*, et le traitement être continué sans interruption, jusqu'à ce que le polype ait disparu par dessiccation complète. La durée du traitement varie de deux à six semaines et au delà.

Par ce traitement, non seulement des restes de polypes et des granulations sont amenés à se flétrir, mais aussi de gros polypes fibreux, remplissant le conduit auditif, sont écartés (fait constaté par MORPURGO dans trois cas). Ce n'est souvent qu'après deux ou trois semaines d'emploi de l'alcool que l'on observe une diminution de l'excroissance.

Les avantages de l'alcool, vis-à-vis des caustiques précédemment indiqués, consistent en ce que son action se produit beaucoup plus sûrement et plus fréquemment, en ce qu'il ne forme pas, avec l'exsudat, des précipités insolubles et, par suite, qu'il ne provoque pas d'actions latérales pernicieuses. *Le traitement à l'alcool peut donc être appliqué par tout médecin praticien*, et je suis convaincu, d'après mon expérience actuelle, que l'on peut de cette façon, dans la plupart des cas, éviter l'enlèvement opératoire et l'emploi des caustiques.

Le traitement par l'alcool convient de préférence :

1° Pour faire disparaître les restes de polypes du conduit auditif externe et de la membrane tympanique.

2° Pour le traitement des polypes intratympaniques, qui, comme nous l'avons vu, ne peuvent que rarement être enlevés complètement par la voie chirurgicale et par suite récidivent si fréquemment.

3° Pour les granulations multiples du conduit auditif externe et de la membrane tympanique.

4° Dans la prolifération diffuse, excessive, de la muqueuse de l'oreille moyenne.

5° Dans les cas où, par suite d'obstacles mécaniques dans le conduit auditif externe, l'enlèvement des polypes ne peut se faire avec l'instrument.

6° Pour éviter l'opération chez les individus qui la redoutent et chez les enfants, où l'intervention opératoire se bute à de grandes difficultés et ne peut avoir lieu souvent que dans le sommeil narcotique.

Comme néoplasmes rares de l'appareil de transmission du son, il faut signaler l'enchondrome provenant du cartilage du conduit auditif (LAUNAY, *Gas. des hôp.*, 1861), l'ostéome de l'apophyse mastoïde, que j'ai observé dans un cas et qui formait une saillie de la grosseur de la moitié d'une noix, à bords nettement limités, sur la surface de l'apophyse mastoïde et fermait en même temps le canal de l'oreille en repoussant en avant la paroi postérieure du méat; en outre le cylindrome ou myxome cartilagineux du conduit auditif cartilagineux (MECKEL v. HEMSBACH, cité par SCHWARTZE), le lipome du pavillon, les verrues à pédicule de la paroi supérieure du conduit auditif avec revêtement cutané normal (v. TRÖLTSCHE et l'AUTEUR).

Il y aurait encore à ajouter ici les sarcomes, connus comme tumeurs de tissu conjonctif anormales, qui dans la plupart des cas présentent le caractère malin du carcinome. ROUDOT (*Gas. méd. de Paris*, 1875) a observé un sarcome, de la grosseur d'une noix, affectant le lobule de l'oreille et le tragus, qui s'était développé dans l'espace de vingt ans et fut enlevé par extirpation totale. — Un cas intéressant de sarcome à cellules rondes de l'oreille moyenne a été décrit par HARTMANN (*Zeitschr. f. Ohr.*, VIII). Sur un enfant de trois ans et demi, quatorze jours après une supuration aiguë de l'oreille moyenne, il se développa dans la caisse du tympan des excroissances polypeuses, qui récidivèrent rapidement malgré leur excision répétée et la cautérisation galvano-caustique. Peu à peu il se forma une tumeur diffuse dans la région de l'oreille, et l'examen de ses éléments après l'incision montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes exulcéré. Au bout de cinq mois, mort par suite de marasme. — Résultat de l'autopsie : Pénétration de la masse tuberculeuse du sarcome vers la cavité crânienne, avec compression du lobe temporal. — Un cas de sarcome à cellules fusiformes, provenant de la base du conduit auditif et ressemblant à un polype, a été décrit par ROBERTSON (*Transact. of the Am. otol. Society*, 1870).

Parmi les sarcomes composites, l'ostéosarcome, donné comme provenant de l'oreille moyenne, a été observé dans quatre cas par WILDE (l. c.), WISHART et BÖKE (*Wien. med. Halle*, 1863).

Ici peuvent encore trouver place quelques formations pathologiques de l'appareil de transmission du son, ne faisant pas strictement partie des néoplasies. Ainsi ce qu'on appelle les tumeurs de rétention : le milium du conduit auditif externe, l'athérome et les kystes du pavillon. Ces derniers, siégeant sur la face postérieure du pavillon (GRUBER), peuvent atteindre des dimensions colossales. Dans un cas que j'ai observé, la tumeur avait une grandeur double de celle du pavillon et son incision fit évacuer un liquide jaunâtre, mêlé d'une masse graveleuse. Après l'excision partielle de l'enveloppe et du revêtement cutané, la cicatrisation fut obtenue par cautérisation répétée de la plaie avec une solution de pierre infernale.

Il faut citer en outre l'ossification partielle du pavillon, décrite par GUDDEN et BOCHDALEK, l'ossification nettement limitée de la paroi cartilagineuse inférieure du méat, observée par JOS. POLLAK, la calcification et le dépôt d'urates dans le cartilage de l'oreille de malades atteints de la goutte (GARROD) et les tumeurs syphilitiques gommeuses de l'apophyse mastoïde, décrites pour la première fois par JOS. POLLAK (*Allg. Wien. med. Ztg.*, 1881) et guéries sur un homme de trente-neuf ans.

2. NÉOPLASIES ÉPITHÉLIALES

Le point de départ des néoplasmes épithéliaux est le plus souvent le pavillon de l'oreille et le conduit auditif externe, plus rarement la cavité tympanique et l'apophyse mastoïde. Sur le pavillon de l'oreille, l'épithélioma se développe généralement dans la peau de la partie supérieure de l'hélix et s'étend de là, d'abord peu à peu, puis très rapidement, à la plus grande partie du pavillon, dont le cartilage est ulcéré et percé en plusieurs points. Dans un de mes cas, où le cancer prit naissance vers l'attache postérieure du pavillon, la portion interne de la conque fut détruite si complètement,

que le pavillon n'était plus soutenu que par deux bandes étroites de peau en haut et en bas.

Si l'épithélioma du pavillon n'est pas enlevé à temps, il s'étend à la région latérale de la tête et du cou, au conduit auditif externe et de là à l'oreille moyenne, aux autres os du crâne et à la cavité crânienne. La destruction du crâne, qui progresse jusqu'à l'issue funeste, atteint une telle extension, que non seulement l'oreille moyenne, mais aussi les parties plus profondes du crâne sont mises à découvert.

Dans un cas publié par DELSTANCHE fils (*Arch. f. Ohr.*, XV), que j'ai eu l'occasion de voir, le néoplasme partant de la face interne du tragus droit s'étendit si loin tout autour, que la cavité tympanique et la trompe d'Eustache, la partie postérieure de l'os frontal, l'aile du sphénoïde et la paroi postérieure de l'orbite furent découvertes et détruites. Les symptômes accompagnant la destruction furent la paralysie faciale, l'exophtalmie, l'amaurose, la paralysie du goût et de l'odorat, la paralysie de la musculature du côté droit du palais. La mort survint par extension du cancer à la dure-mère.

Dans un cas que j'ai observé (femme de soixante-quatre ans), où l'épithélioma du pavillon droit s'étendit au conduit auditif externe, le cartilage du méat et la paroi osseuse furent découverts par places, et la mort survint par suite d'épuisement. A l'examen microscopique, je trouvai la plus grande partie du revêtement du méat

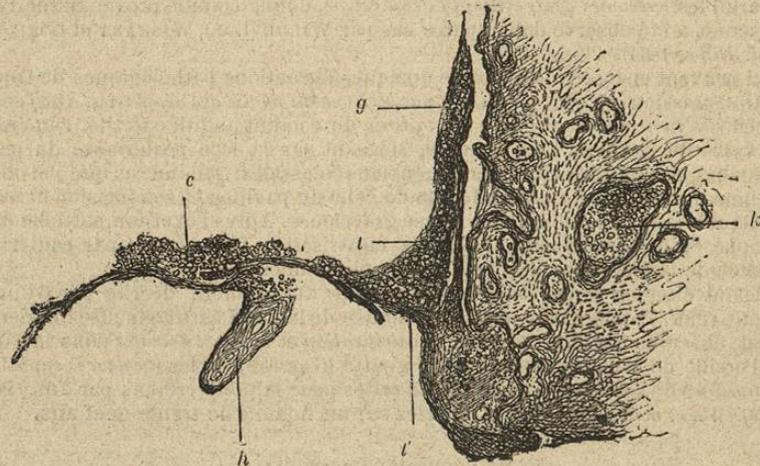


FIG. 234.

(fig. 234 g) infiltrée de cellules de cancer. L'accumulation de ces cellules était surtout prononcée au point de jonction du conduit auditif et de la membrane du tympan (t), et il y avait de plus petites infiltrations cancéreuses dans la couche cutanée de la membrane (c) et sur la couche muqueuse. La perforation de la membrane par la masse cancéreuse n'eut lieu qu'en une petite place circonscrite (t'), sans que le processus se soit étendu d'une façon visible dans la cavité tympanique elle-même. Il y eut d'intéressant dans ce cas, la présence de nombreuses cellules de cancer dans les espaces osseux du temporal (k), à distance du foyer primitif de la maladie,

fait qui explique l'insuccès de l'opération de quelques néoplasies, en apparence localisées.

Le traitement de l'épithélioma du pavillon dépend de l'extension de la néoplasie. Si celle-ci est limitée à une place circonscrite de la peau, on se bornera à la cautérisation avec la pierre infernale ou la pâte de zinc, ou au raclage avec la curette à bords tranchants, suivi de l'application d'acide azotique fumant. Quand l'exulcération présente une plus grande extension, l'amputation partielle ou totale du pavillon est indiquée. On procède toujours à cette dernière opération avant que la néoplasie ait atteint l'orifice externe de l'oreille, parce qu'ensuite l'opération n'a plus d'effet, à cause de l'invasion déjà existante des tissus voisins et des glandes lymphatiques par les cellules du cancer. Dans un de mes cas, où, par suite de la destruction par un carcinome de la portion externe du cartilage, tout le pavillon fut amputé jusqu'à l'orifice externe de l'oreille, la guérison eut lieu sans récurrence, et la perte de substance fut remplacée par un pavillon artificiel, en caoutchouc couleur de chair, fabriqué à Paris.

L'épithélioma du conduit auditif externe se développe au milieu des symptômes d'un eczéma humide, ou avec formation d'une croûte circonscrite, souvent écorchée à cause d'une forte démangeaison, jusqu'à ce qu'il en résulte une surface ulcérée, qui s'étend à la fois en dehors vers le pavillon, et dans le fond vers la membrane tympanique. Parfois, la production visible du néoplasme est précédée de fortes douleurs pulsatiles et d'une tuméfaction circonscrite de la paroi du conduit auditif, remplacée plusieurs semaines après par une surface ulcérée, exsudante, ponctuée de rouge, à bords dentelés. A côté des excroissances spongieuses, on voit des places déprimées, où le cartilage blanc de l'oreille et la paroi osseuse du méat sont à découvert.

Sur un homme de quarante-cinq ans, atteint depuis deux ans de surdité, se disant à la suite d'un eczéma du conduit auditif, il s'était développé depuis quatre mois, à l'entrée de l'oreille, des excroissances, accompagnées depuis huit jours de violentes douleurs. L'exploration montra à l'entrée de l'oreille un épithélioma mou, glanduleux, saignant facilement, et une forte sécrétion du conduit auditif et de la membrane tympanique. A la suite du raclage des excroissances et du badigeonnage de l'ouïe. Deux ans plus tard, je trouvai une tumeur ulcérée, glandulaire, de la grosseur d'une petite noix, vers l'entrée de l'oreille et une deuxième, de la même grosseur, derrière le pavillon, sur la portion inférieure de l'apophyse mastoïde. La membrane tympanique était perforée et la masse cancéreuse pénétrait dans la caisse du tympan. — Sur une femme de soixante-dix ans, où la néoplasie se produisit au milieu du conduit auditif osseux, sous la forme d'une nodosité, la surface ulcérée s'étendit à toute la circonférence du méat et à la membrane tympanique, qui, déjà au bout de quelques semaines, fut perforée. Après six mois de durée de l'affection, survint une paralysie faciale, et, quelques semaines plus tard, la mort, au milieu des symptômes d'une affection des méninges. Un cas avec une marche analogue a été décrit par BRUNNER (*Arch. f. Ohr.*, V). — HEDINGER (*Krankenbericht*, 1877-79) a obtenu la guérison complète, sur un homme de cinquante-quatre ans, par le grattage avec la curette à bords tranchants d'un épithélioma se développant à l'entrée de l'oreille.

Les *épithéliomas* provenant de l'*oreille moyenne* se développent, d'après les observations de SCHWARTZE, LUCAS, KIPP et autres, soit pendant qu'il y a encore suppuration de l'oreille moyenne, soit après le départ d'une carie du rocher. Par suite, les excroissances, qui sortent par l'ouverture perforative de la membrane du tympan, sont prises au début pour des granulations ou des polypes, jusqu'à ce que la croissance rapide, après l'enlèvement répété, et l'examen microscopique fassent reconnaître la nature maligne de la néoplasie.

Un cas de ce genre (homme de cinquante-cinq ans), décrit par SCHWARTZE (*Arch. f. Ohr.*, IX), présente un intérêt particulier. A la suite d'une suppuration scarlatineuse de l'oreille moyenne gauche, existant depuis l'enfance, il se produisit une carie du temporal, qui rendit nécessaires l'ouverture et le raclage de l'apophyse mastoïde. Peu de temps après l'opération, des granulations se développèrent au fond du conduit auditif en même temps qu'une tumeur dure devant l'oreille, qui atteignit la grosseur d'un œuf de pigeon. Dans la suite, il y eut infiltration cancéreuse des glandes lymphatiques voisines et de la parotide, ulcération douloureuse et décomposition rapide de la tumeur, avec destruction du pavillon, paralysie faciale, hémorragies profuses et mort au bout d'un an. L'autopsie montra un carcinome épithélial étendu du temporal, avec destruction de la cavité tympanique, de la partie pétreuse et de la portion inférieure de l'écaïlle du temporal. En outre, la destruction cancéreuse s'était étendue aux os voisins du crâne et au sinus transverse, dans lequel il y avait un thrombus allant jusque dans la veine jugulaire.

A ce cas se rattache une observation de LUCAS (*Arch. f. Ohr.*, XV), concernant un homme de trente-sept ans, affecté depuis l'enfance d'un écoulement d'oreille, chez qui les excroissances ressemblant à des polypes, enlevées plusieurs fois et récidivant toujours, furent reconnues être un carcinome épithélial. Deux mois après l'enlèvement avec la curette, fait jusqu'à la cavité tympanique atteinte de carie, il se forma, devant et derrière l'oreille, deux tumeurs ulcérées, dont les ouvertures de rupture donnaient passage à l'eau injectée dans le conduit auditif. Des douleurs furieuses, persistantes, une fièvre hectique et le marasme amenèrent l'issue funeste (dix mois après le premier examen). — Résultat de l'autopsie : carcinome épithélial ulcéré du temporal droit, perforation de l'os pétreux vers la cavité crânienne avec carcinome de la dure-mère, méningite purulente et abcès du cerveau. — La description d'un épithélioma observé par moi, issu probablement de l'oreille moyenne et qui s'étendit au limaçon, sera donnée plus loin à propos des néoplasies du labyrinthe.

TOYNEBEE décrit cinq cas de cancer de l'oreille moyenne; mais, d'après le compte rendu de la maladie, on peut se demander si, dans ces cas, la néoplasie provenait de l'oreille moyenne ou d'autres parties du temporal.

Des épithéliomas de l'apophyse mastoïde ont été décrits par WILDE et ROUDOT (*Ann. des malad. de l'oreille, etc.*, 1875). Dans les deux cas, on voyait sur l'apophyse mastoïde une tumeur douloureuse, ulcérée, s'étendant au conduit auditif externe, qui amena une paralysie faciale par corrosion du canal de Fallope.

Parfois aussi des néoplasies malignes s'étendent des organes voisins au temporal. — KNAPP (*Zeitschr. f. Ohr.*, XI) rend compte d'un cas de *chondrosarcome de la parotide*, qui, malgré l'extirpation faite de bonne heure, atteignit la cavité tympanique et là se développa en un néoplasme colossal, s'étendant à tout l'appareil de transmission du son. Après l'excision répétée des masses du conduit auditif, la néoplasie récidiva toujours de nouveau et la mort survint après six ans de durée de la maladie. — POMEROY (*Am. Journ. of Otol.*, III) a observé un cas de *myxosarcome intracrânien* provenant de la fosse moyenne et postérieure du crâne, qui, après destruction du rocher, pénétra dans la cavité tympanique et le conduit auditif externe et amena la mort en peu de temps au milieu des symptômes de strabisme convergent, de paralysie des nerfs oculomoteur et facial, de convulsions et de coma. — Dans plusieurs cas

publiés brièvement par TOYNEBEE et WILDE, de néoplasies malignes de l'organe auditif, il semble s'agir également de néoplasmes secondaires provenant du pourtour du temporal. D'après SCHWARTZE, les néoplasies secondaires de l'oreille proviendraient le plus souvent de la parotide.

J'ai observé dans trois cas l'extension du cancer épithélial de la langue et de la mâchoire supérieure à la trompe d'Eustache. Ils présentaient pendant la vie, du côté affecté, les symptômes d'obstruction de la trompe : membrane tympanique fortement tirée en dedans et surdité grave. Il y avait une fois de forts bruits subjectifs; dans un cas, on put constater une accumulation séreuse dans la caisse du tympan. Le diapason placé sur le crâne fut, d'une façon constante, perçu plus fort du côté atteint.

L'autopsie montra dans tous les cas une extension de la néoplasie de la mâchoire supérieure au fibrocartilage basilaire et au tissu connectif entourant la trompe cartilagineuse. Toute la trompe fut trouvée entourée et comprimée par un tissu infiltré de globules de graisse. Sur les coupes microscopiques, dont je possède un grand nombre de chacun des trois cas, on voit le néoplasme épithélial en forme de cônes et de nids remplis de cellules épithéliales pressées; sur quelques préparations, à l'état de boules cancéroïdes pénétrant jusque vers le cartilage de la trompe. Ce dernier n'est lui-même entamé nulle part par la masse cancéreuse. Au contraire, dans la partie membraneuse de la trompe d'Eustache, on trouve des nodules cancéreux disséminés, qui cependant ne vont pas jusqu'à l'épithélium. En outre, les glandes de la muqueuse de la trompe présentent une forte dilatation.

NÉVROSES DE L'APPAREIL DE TRANSMISSION DU SON

1. — OTALGIE

L'*otalgie nerveuse* est due, soit à une affection des nerfs sensitifs de l'oreille externe et moyenne, soit à une maladie des troncs nerveux qui fournissent des rameaux à l'organe auditif. Il n'est pas rare que la douleur d'oreille provienne par irradiation d'autres parties du corps, comme les dents, le larynx.

L'*otalgie* se présente soit comme *affection localisée de l'oreille*, soit comme *symptôme partiel d'une névralgie des nerfs trijumeau ou cervico-occipital*. Elle est caractérisée par l'absence complète dans l'oreille de tout phénomène inflammatoire.

La névralgie du pavillon est rare et généralement limitée à une place circonscrite. Elle est due, sur la face antérieure, à une affection du trijumeau (nerf auriculo-temporal), sur la face postérieure, à une maladie du plexus nerveux cervical supérieur (nerf grand auriculaire et petit occipital). A côté du point douloureux du pavillon, on en trouve aussi fréquemment un autre sur l'apophyse mastoïde (point mastoïdien de VALLEIX). Un léger contact ou une pression augmente la douleur, mais celle-ci diminue parfois par une compression plus forte.

Dans un cas que j'ai observé, où depuis huit ans il y avait par moments une violente névralgie du pavillon, il se développait pendant l'accès un gonflement de la face postérieure du tragus, sans rougeur de la peau, qui était très douloureux sous un léger contact, mais qui disparaissait sous une forte pression.

L'*otalgie du conduit auditif externe* n'est à regarder comme telle, que lorsque la douleur est localisée dans la partie cartilagineuse; si le siège est