

qui souvent même ne sont pas nettement pédiculées. Mais conservons l'expression, qui a du moins l'avantage d'être commode. Les polypes que l'on rencontre dans le conduit auditif sont loin de prendre tous naissance dans sa cavité; la plupart même viennent de la caisse, d'autres naissent à la surface du tympan: mais, quel que soit leur point de départ, ils présentent, quand ils ont atteint un certain volume, des caractères identiques, exigent un même traitement, et, comme le conduit auditif externe est leur aboutissant commun, il me paraît rationnel d'en présenter actuellement l'étude clinique.

Quand ils sont volumineux, les polypes peuvent être vus à la lumière directe: s'ils sont petits, situés au fond du conduit, il est indispensable de les rechercher avec la lumière réfléchie. Ils se présentent sous l'aspect d'une petite tumeur lisse, régulière, arrondie, brillante, de couleur rouge vif comme une cerise. Ils sont en général recouverts d'une couche de pus: aussi faut-il commencer par faire dans l'oreille une injection d'eau tiède avant l'exploration.

Nous nous trouvons ici en présence d'un cercle vicieux: la suppuration de l'oreille produit les polypes qui à leur tour entretiennent la suppuration, de telle sorte que la guérison est impossible tant que les polypes existent. Avec le pus ils fournissent souvent un écoulement sanguin, ordinairement minime: cependant j'ai vu chez certains sujets cet écoulement prendre un caractère presque inquiétant par son abondance et sa continuité.

Les polypes occasionnent en général peu de douleur et sont plutôt gênants; quelquefois ils provoquent de forts bourdonnements et dans ces cas altèrent notablement la fonction de l'ouïe.

Le traitement de l'otorrhée varie suivant qu'il existe ou qu'il n'existe pas de polypes dans l'oreille.

Et d'abord, faut-il traiter localement les écoulements d'oreille et tenter de les supprimer?

Nous touchons ici à un préjugé bien funeste aux malades, très enraciné dans l'esprit du public et même dans celui de quelques médecins, ce qui contribue à le maintenir. Comme l'otorrhée se rencontre de préférence chez les enfants et surtout les enfants lymphatiques, on considère cet écoulement comme un émonctoire favorable à leur santé et, suivant l'expression consacrée, on craint qu'une fois supprimé il ne se porte ailleurs. Cette idée est fautive, mais, fût-elle juste, n'est-ce donc rien que d'exposer un enfant à

la perte complète de l'ouïe et aux complications des suppurations prolongées de l'oreille? La vérité est qu'indépendamment des accidents locaux qu'ils provoquent les écoulements d'oreille, sont une cause d'affaiblissement, de détérioration de la santé des sujets. C'est par milliers que l'on pourrait compter le nombre des cas dans lesquels un traitement bien dirigé a modifié favorablement l'état général de l'enfant, tout en le débarrassant d'un écoulement d'oreille pénible dans le présent et désastreux pour l'avenir.

Un autre préjugé également dangereux est celui-ci: Ne vous inquiétez pas, disent quelques médecins aux parents quand il s'agit d'une petite fille, par exemple; laissez cet écoulement tranquille, il passera de lui-même lors de l'établissement des règles. Erreur absolue. N'hésitez donc pas à conseiller un traitement local, actif, curatif, dans les otorrhées, c'est votre strict devoir.

Nous supposons d'abord que le conduit ne contient pas de granulations polypiformes. Il convient de commencer par s'assurer qu'il n'existe plus de douleurs, et que tout phénomène d'acuité a disparu: sinon, il est utile de continuer l'emploi des émoullients et des calmants jusqu'à ce que ce résultat soit obtenu. Alors deux indications se présentent: nettoyer les surfaces malades; toucher ensuite ces surfaces avec une substance capable d'en assurer la cicatrisation.

La première indication est remplie à l'aide d'injections pratiquées une ou deux fois par jour suivant le degré d'écoulement. Il ne suffit pas de dire: Faites une injection; il faut encore montrer à la faire d'une façon intelligente et efficace. Une seringue à hydrocèle, un irrigateur, un des nombreux appareils à pompe foulante, imaginés dans ce but, peuvent être employés. Il faut avoir le soin de bien ouvrir l'oreille en portant le pavillon en haut et en arrière, sans quoi le liquide buttera contre la paroi supérieure du conduit et ressortira sans pénétrer jusqu'au tympan. Chez les adultes, on peut faire l'injection à travers le spéculum préalablement mis en place. Les solutions phéniquées, chloralées, boriquées, la liqueur de Van Swieten, l'eau alcoolisée, conviennent très bien dans ce cas: employez-les tièdes.

La seconde indication est satisfaite par l'un des nombreux médicaments astringents que nous possédons: sulfate de zinc, sulfate de cuivre, tannin, alun, etc. Je commence en général par le sulfate de

zinc dans les proportions de 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau. Quand le lavage est bien complet, faites tomber dans l'oreille une dizaine de gouttes de cette solution et placez tout de suite une boulette de coton hydrophile. En cas d'insuccès, recourez aux autres substances. Il est bien entendu que vous administrerez en même temps les reconstituants et prescrirez la meilleure hygiène possible. Il est bien rare qu'un traitement ainsi dirigé ne vienne pas à bout rapidement d'otorrhées même anciennes, à condition toutefois qu'il n'existe pas de lésion osseuse.

Le conduit auditif contient des polypes. Il faut commencer par les enlever ou les détruire. S'ils sont volumineux, s'ils affleurent en quelque sorte l'entrée de l'oreille, essayez du polypotome de Wilde, instrument identique au serre-nœud de M. Maisonneuve. Quand les polypes sont pédiculés, on réussit parfois très bien à passer le fil de fer entre les parois du canal et le polype et à comprendre ce dernier dans l'anse, qu'il suffit de serrer. Il est probable que cette petite opération sera singulièrement facilitée dans l'avenir par l'emploi de la cocaïne. Si les polypes sont petits et profonds, s'ils sont sessiles, ce procédé n'est plus de mise, et d'ailleurs, même après l'ablation, il reste toujours un pédicule qu'il faut détruire. Il m'est arrivé souvent chez l'adulte d'avancer la besogne en enlevant tout ce que je pouvais avec des pinces. Il ne reste plus alors dans l'oreille que de petits polypes ou des fragments de polypes.

Quel traitement convient-il d'employer? Sachez d'abord, que si le traitement n'est pas convenablement dirigé, vous serez à coup sûr débordés, car ces polypes repoussent avec une facilité désespérante. Voici, à mon sens, la meilleure pratique. Armez-vous du miroir frontal, afin d'avoir les deux mains libres; ayez une bonne lampe; assurez-vous d'avance d'un crayon de nitrate d'argent qui puisse sortir par l'extrémité du spéculum.

Commencez par un lavage complet du conduit avec une des solutions précédentes. Entrez le spéculum jusqu'à ce que vous voyiez très exactement le polype. Introduisez le crayon de nitrate d'argent et cauterisez plus ou moins fortement suivant l'épaisseur et le siège du polype: c'est ainsi que vous toucherez légèrement un polype du volume d'un grain de blé, je suppose, implanté sur le tympan. Retirez le crayon et constatez à travers le spéculum si la surface qui tout à l'heure était d'un rouge vif est devenue

blanche, sinon, recommencez la même manœuvre en cauterisant plus profondément. Cette petite opération est aussi inoffensive qu'elle est simple, à condition de *voir* ce que l'on fait; j'ajoute qu'elle manque rarement son but. Elle devra être renouvelée tant que le polype ne sera pas détruit; on recommencera aussitôt que l'eschare sera éliminée. Le polype disparu, si l'otorrhée persiste, on se comportera comme dans le cas précédent.

2° *Otite externe sous-périostique.* — L'otite externe sous-périostique serait aussi bien nommée *ostéo-périostite du conduit au-*

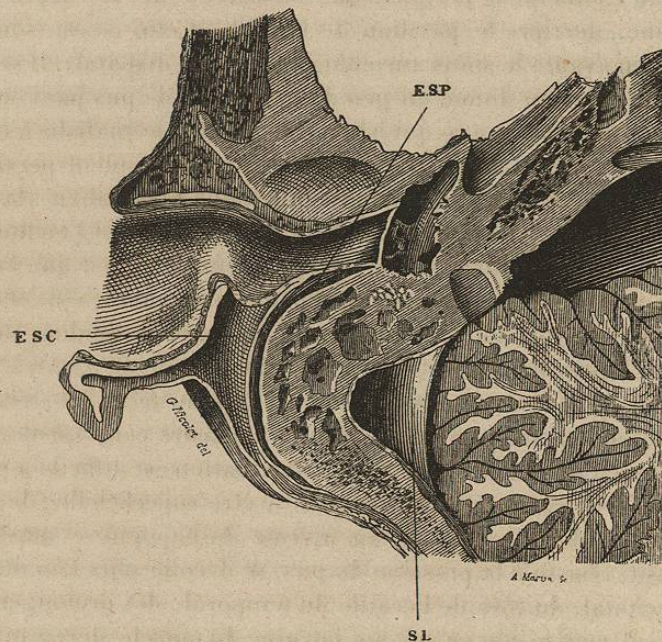


Fig. 6. — Coupe horizontale de l'oreille gauche.

ESC, Espace sous-cutané. — ESP, Espace sous-périostique. — SL, Sinus latéral.

*ditif externe.* Pour comprendre le siège et surtout l'évolution de cette affection, il est indispensable de faire appel aux souvenirs anatomiques; ce qui m'a engagé à mettre la figure 6 sous les yeux du lecteur. J'appelle en particulier l'attention sur la continuité du périoste de l'oreille avec celui qui recouvre l'apophyse mastoïde.

L'otite sous-périostique n'est pas, comme l'otite cutanée, l'apa-

nage des enfants lymphatiques : elle se développe chez l'adulte, à tous les âges de la vie et sur des sujets de constitution très vigoureuse. Je ne sais à quelle cause la rattacher. Elle peut envahir à la fois les quatre parois du conduit, mais elle m'a paru affecter un siège de prédilection pour la paroi postérieure et se limiter souvent à cette paroi. Je l'étudierai principalement en ce point.

Les accidents du début sont ceux de l'otite externe cutanée aiguë, avec cette différence que l'examen du conduit auditif ne révèle que très peu de réaction de ce côté. Les douleurs présentent une intensité extrême et siègent vers la paroi envahie, puis survient du gonflement périphérique au niveau de la région mastoïdienne, derrière le pavillon de l'oreille. Celui-ci est soulevé, refoulé en avant ; le sinus auriculo-mastoïdien disparaît. Il se produit à un moment donné un peu d'écoulement de pus par l'oreille, mais, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, le malade n'en est que peu ou pas soulagé. La douleur et le gonflement persistent derrière l'oreille, c'est un véritable phlegmon mastoïdien : la peau restée saine se distend, devient luisante, brillante, et l'on finit par percevoir de la fluctuation : un abcès s'est formé. Bien que l'écoulement de l'oreille continue, c'est à peine si le malade s'en occupe, et même il ne voit souvent aucun rapport entre la douleur initiale d'oreille, qui a disparu, et la lésion actuelle.

Le pus de ce foyer, étant placé entre le périoste et l'os, est donc très profondément situé. Il en résulte plusieurs conséquences importantes : l'une d'elles, c'est que la fluctuation est difficile à percevoir et n'arrive que très tardivement à être superficielle ; de plus, le périoste, décollé d'abord au niveau de l'apophyse mastoïde, s'épaissit, résiste à la pression du pus, se décolle plus loin du côté de l'occipital, du côté de l'écaïlle du temporal ; des prolongements se portent vers le cou en suivant la gaine du muscle sterno-mastoïdien.

L'abcès mastoïdien n'a donc pas de tendance à s'ouvrir spontanément au dehors, et finit par atteindre des proportions considérables. Pendant ce temps, le malade est en proie à des douleurs intenses et souvent présente des phénomènes généraux graves. Les signes varient d'ailleurs suivant le siège qu'occupe le foyer. J'ai insisté davantage sur l'abcès mastoïdien parce qu'il est le plus fréquent, mais le pus peut suivre la paroi antérieure du conduit et faire saillie du côté de l'articulation temporo-maxillaire ; il peut arriver dans la loge parotidienne en traversant la paroi inférieure ;

enfin il peut donner lieu à des phénomènes de méningo-encéphalite en pénétrant ou en se propageant à travers la paroi supérieure.

L'otite sous-périostique diffère donc très notablement de l'otite cutanée, puisque la suppuration, au lieu de se produire par l'intérieur du conduit, tend à se faire jour dans les régions situées en dehors de l'oreille, et qu'à un moment donné la filiation des accidents est assez obscure pour qu'on ne songe même plus à les rattacher à une otite. Le contact du pus avec les os détermine rapidement de l'ostéite, de la nécrose superficielle, accidents qui n'arrivent que dans les otorrhées de longue date.

Au début, lorsque du gonflement survient au niveau du sinus auriculo-mastoïdien, on pourrait espérer n'avoir affaire qu'à l'abcès glandulaire dont j'ai parlé plus haut, mais l'intensité des phénomènes généraux et l'extension rapide à toute la région mastoïdienne ne permettront pas de douter longtemps.

Il est à peine utile de faire remarquer la gravité de l'otite sous-périostique, puisqu'elle peut déterminer des accidents mortels et que dans les cas les plus favorables elle donne lieu à des douleurs violentes qui se prolongent souvent pendant plusieurs semaines.

Le traitement du début sera antiphlogistique et calmant. Lorsque la tuméfaction mastoïdienne sera manifeste, n'attendez pas la perception nette de la fluctuation pour faire une incision. Incisez à plus forte raison dès que vous sentirez une certaine rénitence indiquant le soulèvement du périoste.

L'ouverture de ce foyer mérite une attention particulière en raison de la présence de l'artère auriculaire postérieure dans l'épaisseur de sa paroi. A l'encontre des autres abcès chauds qui en général refoulent profondément les vaisseaux de quelque importance, celui-ci, étant primitivement sous-périostique, porte les vaisseaux au devant du bistouri. Rappelez-vous que le tronc de l'artère auriculaire occupe exactement le sinus auriculo-mastoïdien, et faites en conséquence l'incision à 4 centimètre environ en arrière de ce sinus. En cas de blessure de l'artère, le meilleur moyen hémostatique à employer est l'application de la petite pince à arrêt qu'on laisse en place vingt-quatre heures. Donnez à l'incision une hauteur d'environ 4 centimètres, en rapport d'ailleurs avec les dimensions du foyer, mais faites-la très grande. Incisez couche par couche à travers les parties indurées, qui ne s'écartent

que difficilement, et ne vous arrêtez que lorsque vous sentez l'os dans toute l'étendue de la plaie : celle-ci mesure en général plusieurs centimètres de profondeur. S'il existe des prolongements sur le trajet des muscles s'insérant à l'apophyse mastoïde, poursuivez-les avec le bistouri, sans quoi votre malade ne sera pas guéri, et il faudra plus tard recommencer une seconde opération. Appliquez un pansement antiseptique humide.

Le conduit auditif externe peut être le siège de véritables polypes recouverts par la peau et très nettement pédiculés. On les excise ou bien on les enlève avec le serre-nœud.

On y observe aussi des exostoses contre lesquelles nous sommes impuissants.

Lorsque la première fente pharyngienne ou branchiale aux dépens de laquelle se développe l'appareil de transmission des ondes sonores se soude vers sa partie externe au lieu de se courber en gouttière pour former le *canal auditif primitif*, il peut en résulter une sténose complète du conduit auditif externe ; la peau du crâne passe comme un pont sur son orifice cutané. Il y a peu de chances pour qu'une intervention rétablisse le conduit. Quelquefois la suture de la fente ne s'est effectuée que tout à fait en dehors : il n'existe alors qu'un simple opercule masquant l'entrée de l'oreille et qu'il est facile d'inciser.

Quant à la sténose cicatricielle, consécutive, par exemple, à une brûlure, plusieurs fois j'ai essayé de la combattre à l'aide de corps dilatants et n'ai pas réussi jusqu'à présent.

**B. Maladies de la membrane du tympan.** — Pour se rendre compte de l'aspect que présente la membrane du tympan à l'état pathologique, il est nécessaire d'en connaître l'état physiologique ; je le rappellerai en quelques mots.

Le tympan est de couleur gris perle uniforme, comme velouté ; il est légèrement déprimé au-dessous de son centre en un point qui porte le nom d'*ombilic* ; la portion sus-ombilicale est traversée de haut en bas et un peu obliquement d'avant en arrière par une ligne plus brune, qui est le manche du marteau. L'extrémité libre du manche répond à l'ombilic. En avant de cette extrémité existe un reflet brillant appelé à tort triangle lumineux, car souvent il n'affecte pas

cette forme sur les oreilles les plus normales. A la partie supérieure du manche existe une saillie du volume d'une petite tête d'épingle, faisant relief sur la membrane, de couleur blanc mat, formée par l'apophyse externe du marteau. Le tympan est translucide et permet de reconnaître à une vive lumière les organes situés derrière lui dans la caisse : la corde du tympan, la grande branche de l'enclume, le promontoire. On y voit peu de vaisseaux au début de l'examen. Ils apparaissent et se dilatent sous l'influence de la projection d'une lumière vive. Tels sont les principaux caractères physiologiques dont il faut constater la modification pour reconnaître qu'un tympan est malade. Examinons maintenant comment il convient de faire cette constatation.

*Mode d'examen de la membrane du tympan.* — L'examen du tympan doit être fait à la lumière réfléchie, avec un spéculum et un miroir concave. Cet examen est parfois facile, lorsque le conduit auditif est large et rectiligne, mais il présente aussi dans certains cas de sérieuses difficultés, quand le conduit est étroit et sinueux. Il est impossible alors de voir le tympan dans son ensemble, on n'en découvre qu'une partie à la fois et il faut pour cela incliner le spéculum dans tous les sens. Orientez-vous tout d'abord : pour cela je conseille de rechercher un point fixe dont on connaisse exactement le siège, généralement facile à trouver et à distinguer des détails multiples que présente le fond de l'oreille ; ce point est l'apophyse externe du marteau. A moins que le tympan ne soit complètement masqué par un corps étranger ou des bourgeons charnus, à moins qu'il ne soit infiltré de pus, on trouve toujours cette apophyse, et, ce point étant déterminé, il est possible de déterminer tous les autres et en particulier le manche du marteau, dont l'apophyse n'est qu'une dépendance. Ainsi l'on dit : telle lésion siège en avant ou en arrière du manche du marteau, au-dessus ou au-dessous de l'ombilic. Il ne faut pas croire, toutefois, que l'examen des lésions du tympan soit chose facile en général, car souvent il ne s'agit que de nuances : ainsi le tympan est plus blanc, plus épais, plus vasculaire, moins translucide, plus concave, etc., l'apophyse externe est plus saillante, le manche du marteau plus court, etc. On voit par ces exemples combien il faut avoir constamment présent à l'esprit l'aspect physiologique.

Une question que vous aurez bien souvent à résoudre est celle-