

recouvrant, existe une tumeur du volume d'une orange. La peau est luisante, amincie, chaude, et présente vers le centre de la tumeur un point plus foncé et ramolli. La fluctuation est manifeste. Pas de maladie du cuir chevelu. [Le conduit auditif est sain et ne présente aucune trace d'écoulement.

5. On ouvre largement l'abcès par une incision cruciale. Il s'écoule immédiatement un pus épais, verdâtre, non aéré. Le doigt introduit au fond de la plaie, rencontre une trépanation spontanée de l'apophyse mastoïde. La lésion de l'os est suffisante pour qu'on puisse introduire une petite canule à demeure et faire des lavages les jours qui suivent. On se contente de placer deux mèches en croix dans les deux incisions et, le pus ayant une issue libre, on obtient une prompte guérison.

Dès le 20 avril, la suppuration est tarie; la plaie est rosée, bien bourgeonnante.

24. La malade quitte le service et on ne trouve plus que quelques bourgeons charnus, insignifiants, à la surface de la plaie. La douleur et les troubles de l'audition ont cessé depuis longtemps.

Obs. CCCXXVII. — *Otite moyenne chronique. Otorrhée profuse. Perforation rapide du tympan. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Guérison.* — Vedy (Victor), quarante-deux ans, boutonnier, entré le 21 avril 1875 pour une suppuration de l'oreille droite datant d'un mois, avec surdité complète de ce côté.

Au moment de son entrée dans le service, on constate une teinte ictérique prononcée visible non-seulement sur les sclérotiques, mais encore sur les téguments de la face. Cet ictère aurait débuté il y a six mois. A la même époque il eut, à plusieurs reprises, des coliques hépatiques. La dernière attaque remonte à quatre mois. Le foie présente encore aujourd'hui un développement anormal; les matières fécales sont encore décolorées.

Il y a un mois, le malade ressentit, sans cause connue, dans l'oreille droite, une sorte de prurit qui s'exagéra bientôt au point de produire une véritable sensation de brûlure. En même temps survinrent des bourdonnements, sans autres troubles fonctionnels appréciables. Il y eut ensuite un peu de fièvre, et le quatrième jour après le début, s'établit une suppuration par le conduit auditif externe.

Même avant l'affection auriculaire actuelle, l'ouïe était assez mauvaise. D'après ce que dit le malade, ces troubles auditifs remonteraient à l'année 1856 et auraient eu pour cause la détonation d'une pièce d'artillerie qui éclata à quelques mètres de lui.

C'est uniquement sa douleur de l'oreille droite et son otorrhée persistante qui le décident à entrer à l'hôpital.

22 avril. Le pourtour du conduit auditif est rouge. Toute la conque est

remplie par un pus épais, verdâtre, non fétide. Les douleurs sont vives, accompagnées d'élançements et de bourdonnements continuels, fatiguant beaucoup le malade. Après un lavage soigneux on constate que le conduit est libre et ne présente aucune tumeur, mais la peau est très-rouge.

La membrane du tympan est perforée :

On entend distinctement le sifflement produit par le passage rapide de l'air à travers la déchirure, quand le malade, se bouchant les narines, fait une forte expiration.

Examen fonctionnel. — Oreille droite : le tic-tac d'une montre ne peut être entendu n'importe à quelle distance. Quand on lui fait boucher l'oreille gauche, on constate qu'il ne peut entendre la voix quel qu'en soit le timbre. L'apophyse mastoïde ne présente rien de particulier : les téguments de la région ont gardé leur aspect normal.

Oreille gauche : le malade entend difficilement le tic-tac d'une montre à 0^m,10, mais il perçoit bien le son de la voix au timbre ordinaire de la conversation; à la même distance.

Pendant dix jours, on se borne à faire, comme traitement plusieurs fois par jour dans l'oreille, des injections alumineuses; elles ne sont suivies d'aucune amélioration.

1^{er} mai. Le malade est dans le même état qu'à son entrée. Depuis deux jours même, il accuse une douleur plus vive en arrière de l'oreille. La céphalalgie, d'abord peu marquée, est devenue plus intense; il a eu un mouvement fébrile. La suppuration reste la même.

La région mastoïdienne présente de l'empâtement, avec un œdème fortement prononcé. Elle est le siège de douleurs spontanées très-vives, exagérées par la pression. La peau a gardé son aspect normal. La trépanation de l'apophyse mastoïde est décidée.

Le malade ayant été chloroformé, on pratique en arrière de l'oreille une incision cruciale dont le centre repose sur une ligne droite parallèle au bord supérieur de l'orifice du conduit auditif externe, à un demi-centimètre environ en arrière du sillon du pavillon. Pincés hémostatiques appliqués pendant l'opération sur chaque vaisseau donnant un peu de sang. L'une d'elles, celle qui comprime l'auriculaire postérieure, est laissée en place pendant six heures. L'incision faite, on dénude l'os à l'aide d'une rugine, puis on perfore l'apophyse avec un trépan de petit calibre.

A peine la pointe de l'instrument a-t-elle fait deux tours que l'os raréfié par le travail inflammatoire cède et donne passage à un flot de pus verdâtre, bien lié. Le perforateur suffit seul à pratiquer une ouverture permettant l'introduction d'une petite canule communiquant avec la grande cellule mastoïdienne.

Cette canule laissée à demeure sert à faire des injections alcoolisées et les lavages émollients.

Dès le lendemain, le malade ressent un mieux sensible. Deux jours plus tard, les douleurs disparaissent : plus de céphalalgie, plus de bourdonnements d'oreille. Le sommeil est revenu ; appétit normal : état général aussi satisfaisant que possible.

3. La suppuration est toujours abondante malgré le mieux sensible amené par l'opération. Lavages et injections alcoolisés deux fois le jour par la canule et le conduit auditif externe.

6. État général beaucoup meilleur ; suppuration très-diminuée. Les fonctions de l'oreille sont redevenues ce qu'elles étaient avant la maladie actuelle, et il n'y a qu'une différence insignifiante entre l'oreille droite et l'oreille gauche. La plaie bourgeonne bien.

11. La canule est retirée ; deux mèches couchées dans l'incision cruciale sont le seul pansement. Le lendemain le malade quitte le service et part pour Vincennes.

Obs. CCCXXVIII. — *Otite moyenne chronique. Otorrhée profuse. Perforation de la membrane du tympan. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Guérison.* — Service (Marie-Antoinette), cinquante ans, couturière, entre le 24 mai 1875. Mariée et mère de trois enfants bien portants, cette femme, d'une bonne santé habituelle, a été réglée à vingt ans pour la première fois et l'est encore régulièrement. Elle n'a jamais eu de maladies.

Depuis un an déjà elle ressentait de violentes douleurs dans la région de l'oreille gauche, s'irradiant vers tout le côté correspondant de la face. A cette même époque, il s'établit par l'oreille un écoulement séreux peu abondant et cessant quelquefois pendant une semaine ou deux. Cet écoulement et les douleurs survenaient et disparaissaient en même temps. La malade s'était résignée à son mal lorsqu'il y a un mois, à la suite d'un refroidissement, l'écoulement devint purulent, les douleurs augmentèrent et la surdité apparut quatre jours plus tard.

A son entrée, le conduit auditif externe du côté gauche est rouge, un peu œdématié et rempli par un pus épais, verdâtre, de mauvaise odeur. Douleurs vives dans tout le côté de la face correspondant ; bourdonnements, élancements, céphalalgie redoublant d'intensité le soir. P = 90. TA. 38°.

Peu d'appétit, sommeil rare. La membrane du tympan est perforée ; la surdité est complète quand la malade bouche l'oreille droite dont les fonctions sont restées normales. L'apophyse mastoïde ne présente rien de particulier.

Pendant huit jours on se borne à faire des injections avec de l'eau de pavot laudanisée ; mais aucune amélioration ne se produit. L'écoulement reste aussi abondant, la douleur aussi vive.

29 mai. Des douleurs très-vives sont ressenties par la malade au niveau

de l'apophyse mastoïde qui ne présente d'ailleurs ni œdème, ni rougeur. Elles augmentent par la pression, et suffisent pour prouver que la suppuration s'était propagée aux cellules mastoïdiennes. La trépanation de l'apophyse est nécessaire. La malade est chloroformée et l'on pratique la trépanation avec les précautions ordinaires.

Le périoste épaissi, très-vasculaire, se détache difficilement du tissu osseux condensé et devenu très-résistant sous l'influence du travail inflammatoire. A peine la couronne du trépan est-elle enlevée qu'un flot de pus retenu dans la grande cellule mastoïdienne s'écoule au dehors. On laisse une petite canule à demeure dans la grande cellule.

30. La malade accuse une grande amélioration malgré l'abondance de la suppuration. P = 90. T. 38°.

1^{er} juin. Mieux sensible, les douleurs lancinantes ont disparu ainsi que les bourdonnements d'oreille. Appétit bon. Deux fois par jour lavages et injections d'eau alcoolisée par la canule et le conduit auditif externe.

2. État général très-satisfaisant, suppuration moindre.

4. La suppuration par le conduit auditif externe a cessé ; la peau est toujours un peu rouge. La plaie cruciale de l'apophyse mastoïde bourgeonne. On continue les injections par la canule fixée dans la cellule mastoïdienne. L'ouïe revient et la malade entend bien une montre à 10 centimètres de distance.

6. La plaie bourgeonne bien. Amélioration de plus en plus accentuée.

10. La canule est retirée. Suppuration très-légère. Les fonctions de l'oreille sont rétablies et la différence entre les deux côtés est insignifiante.

12. État général satisfaisant.

15. Il ne reste plus que quelques bourgeons à réprimer avec le nitrate d'argent. La malade quitte le service.

Obs. CCCXXIX. — *Corps étrangers restés six mois dans le conduit auditif externe. Extraction.* — Thibault (Jean), quarante et un ans, carrier, entré le 15 février 1875. Il y a six mois ce malade portait sur la tête une gerbe d'avoine, il eut parfaitement conscience qu'un ou plusieurs grains s'étaient détachés et avaient pénétré dans l'oreille. Toutes les tentatives pour les extraire furent vaines et depuis lors il a eu des bourdonnements continuels d'oreille et une diminution marquée de l'audition. En ville, on avait appliqué un séton sur le cou sans résultat.

A son entrée dans le service, le malade accuse des bourdonnements et des douleurs vives dans l'oreille s'irradiant vers l'arrière gorge, une diminution de l'ouïe, et de la céphalalgie du côté correspondant. Il sent de plus le déplacement du corps étranger. En écartant le pavillon, on l'aperçoit très-profondément situé. A l'aide d'une longue pince, on peut extraire

un grain d'avoine, puis, le lendemain, un second. Aussitôt après, les phénomènes inflammatoires disparaissent. Le malade sort guéri le 19 février.

§ III

APPAREIL DE L'OLFACTION.

Obs. CCCXXX. — *Polype des fosses nasales (myxome). Ablation avec la pince-scie. Guérison en quelques jours.* — Thierry (Aristide), seize ans, entré le 6 novembre 1874. A l'âge de neuf ans, ce jeune homme s'aperçut qu'il respirait difficilement par le nez. Depuis un an, cette gêne respiratoire a augmenté. Il n'a jamais eu d'épistaxis, ni perdu le sens de l'odorat, mais il éprouve depuis longtemps la sensation d'un corps étranger occupant les fosses nasales et le pharynx, surtout quand le temps est humide.

L'examen des narines ne fait rien découvrir; le nez a conservé son volume normal; la voûte palatine ne présente aucune déformation.

Avec le doigt recourbé en crochet, on sent l'extrémité postérieure de la tumeur vers la base du voile du palais; le polype ne paraît pas se prolonger dans la cavité pharyngienne, ni s'implanter sur l'apophyse basilaire.

7 novembre. On fait une première tentative d'ablation avec un petit serre-nœud coudé et articulé, mais on ne peut ni arriver à passer le fil, ni à atteindre le pédicule. Le malade, quoique bien endormi, résiste en contractant violemment la mâchoire. On essaye une seconde fois, mais avec la scie-pince construite sur les indications de M. Péan pour ces sortes d'opération; (voy. fig. 36). Cette fois on peut saisir la tumeur et en ramener une partie; une seconde application du même instrument ramène deux masses molles, tremblotantes, accolées l'une à l'autre par un pédicule étroit. La tumeur totale a la forme et le volume de deux figues sèches soudées par leur extrémité caudale. L'examen microscopique montre que la tumeur est un *myxome* contenant des éléments embryonnaires d'autant plus nombreux qu'on se rapproche plus près du pédicule. Il n'y a pas la plus petite hémorrhagie. Immédiatement après l'opération, le malade peut respirer par le nez, sa voix n'est plus nasonnée. Quatre jours après, il quitte le service. La guérison s'est maintenue.

Obs. CCCXXXI. — *Polype nasal développé dans la première enfance et saillant au dehors. Extirpation. Guérison.* — Millochaud (Célestine), quinze ans, entre le 5 février 1875, au n° 57 de la salle Sainte-Marthe, pour se faire enlever un polype des fosses nasales, faisant saillie par la narine droite. La maladie aurait débuté dès la première enfance; on ne peut savoir l'époque exacte, car elle a perdu de très-bonne heure son père et sa mère, et aucun de ses parents ne peut fournir de renseignements

satisfaisants. A cinq ans la petite malade fut présentée à M. Nélaton, qui crut avoir affaire à un carcinome des fosses nasales, et pour cette raison se dispensa de l'opérer. Le mode d'évolution n'a pas confirmé ce diagnostic, et depuis dix ans il n'y a pas eu d'accidents notables.

Il y a quatre mois la marche de la tumeur est devenue plus rapide. Auparavant elle était toujours restée limitée aux fosses nasales, et n'avait jamais fait saillie ni en avant, ni en arrière; les symptômes fonctionnels

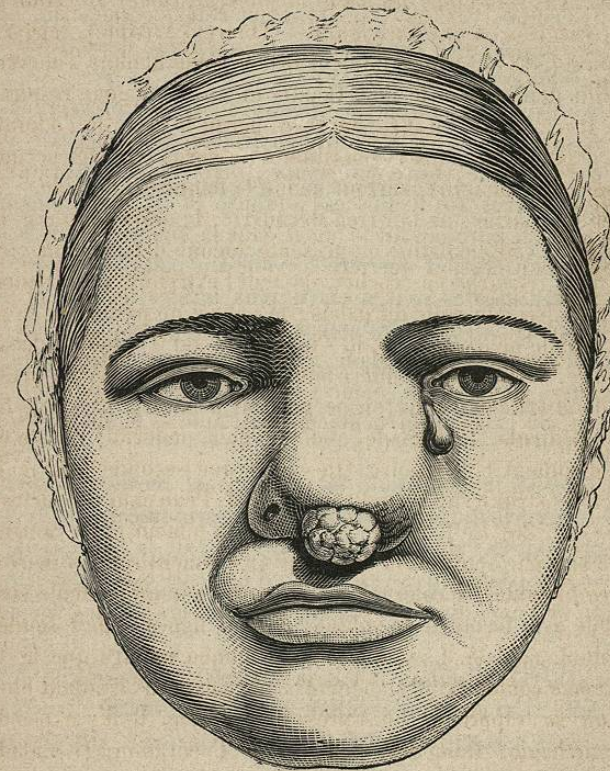


FIG. 35. — Polype muqueux des fosses nasales. (De notre collection.)

étaient également bénins: tout se bornait à quelques épistaxis, survenant à des intervalles assez éloignés et n'amenant jamais une perte de sang suffisante pour causer des inquiétudes à la malade. Depuis quatre mois elle est sujette à des éternuements fréquents presque insupportables et à de l'encliffrement.

8 février. Elle se présente à l'hôpital dans l'état suivant: la respiration ne peut plus se faire que par la bouche; la voix est nasonnée, mais il n'y a pas la moindre gêne de la déglutition; la tumeur occupe exclu-

sivement la fosse nasale et la narine gauches ; la narine droite paraît libre, mais considérablement rétrécie par suite du refoulement de la cloison. A l'orifice externe de la narine gauche, on trouve une sorte de tampon du volume d'une grosse noix faisant saillie au dehors et recouvert de croûtes formées par des mucosités concrétées à la surface. La santé générale est d'ailleurs satisfaisante.

La narine du côté malade est élargie et soulevée par le polype, de sorte que l'aile du nez correspondante est lisse et aplatie ; le sillon naso-jugal est en partie comblé (voy. fig. 35). Du même côté, on trouve de l'épiphora et un peu de conjonctivite consécutive. La pyramide du maxillaire supérieur a son volume normal.

Au toucher, la portion du polype saillante au dehors présente la consistance du tissu muqueux ; elle paraît peu friable. Des épistaxis surviennent spontanément de temps en temps, mais les explorations et les manipulations légères auxquelles est soumise la tumeur n'amènent pas d'hémorrhagie. En introduisant le doigt dans la bouche, et en le repliant à la manière d'un crochet derrière le voile du palais, on sent que les parois des fosses nasales sont un peu plus fermes qu'à l'état normal, qu'elles ont été refoulées latéralement par la tumeur. Rien du côté de l'orbite ni du pharynx. La malade n'ayant pu être opérée pendant les quinze premiers jours de son séjour à l'hôpital, par suite de raisons indépendantes de son état, ne présente pendant tout ce temps aucun phénomène notable.

27. On procède à l'ablation du polype ; on reconnaît qu'il a son implantation vers le tiers postérieur de la paroi inférieure de la fosse nasale gauche. Après l'ablation, la tumeur présente la forme d'une masse grisâtre, peu consistante, très-vasculaire, d'un aspect gélatiniforme.

A la suite de l'opération, la malade est placée à Sainte-Placide, salle d'isolement.

28. État général satisfaisant. Pas la moindre hémorrhagie. P = 95, TA. 38°. Rhum, 150 grammes ; sulfate de quinine, 0^{gr},50.

1^{er} mars. Rien à noter : P = 100. T. 38°.

2. Appétit bon. P = 65. T. 37°,9.

3. Langue saburrale. Un peu de constipation. P = 100. TA. 38°,4. Purgatif léger.

4. Garde-robes assez abondantes. — Un peu de céphalalgie. P = 100. T. 38°.

5. Hier, la malade a été prise, à la suite de la visite du matin, de violentes douleurs dans les deux oreilles. — Audition difficile. — On ne peut rien apercevoir à l'extérieur, si ce n'est un peu de rougeur. — Vers le soir, issue d'un peu de pus par le conduit auditif externe du côté droit. P = 95. T. 37°,8.

6. Otorrhée bilatérale. — État général satisfaisant. — Injections détersives dans les deux oreilles. P = 87. T. 37°,6.

7. Diminution de l'otorrhée. La plaie va très-bien ; on retire les fils métalliques et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. P = 80. T. 37°,2.

8. État général bon. — Plus d'écoulement par le conduit auditif externe. P = 75. T. 37°,2.

12. L'écoulement cesse également du côté gauche. On cesse de prendre le pouls et la température.

Depuis ce moment, la cicatrisation et la guérison marchent rapidement, et la malade sort de l'hôpital, le 22 mars, complètement guérie.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR CE CAS.

a. *Diagnostic.* — 1° Les caractères physiques de cette tumeur étaient ceux des polypes muqueux qui se développent assez souvent sur la membrane de Schneider, sans jamais s'étendre jusque dans le pharynx ; 2° son développement très-lent, sa faible consistance ne permettaient pas, au moment où nous opérâmes cette jeune malade, de croire à une tumeur maligne ; le polype n'avait ni la dureté, ni la tendance envahissante des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques. Il avait marché beaucoup moins vite que les cancroïdes et surtout les cancers qui prennent parfois naissance dans la même cavité.

Les polypes des fosses nasales sont rares dans la première enfance. Pour celui-ci, il est presque impossible de fixer l'époque du début. Lorsque les parents de la malade reconnurent qu'elle était atteinte d'une affection des fosses nasales, elle n'avait que cinq ans, et d'après les renseignements qu'ils fournissent, rien ne peut faire supposer que la tumeur n'existât pas depuis longtemps déjà. C'était donc un néoplasme presque congénital.

Par son volume, la tumeur présentait une certaine analogie avec les fibromes naso-pharyngiens. Nous craignîmes même un instant qu'elle ne se fût développée également vers la paroi supérieure des fosses nasales, qu'elle n'eût refoulé et détruit la