

heures d'après WREDEN). Le développement de l'organe, sa nutrition excessivement active sont évidemment des causes prédisposantes de l'inflammation. Concomitamment, chez presque tous les petits malades existent des lésions graves du côté des voies respiratoires : on a signalé principalement la pneumonie lobulaire. Les uns admettent que l'inflammation se communique par propagation des voies respiratoires à l'oreille prédisposée (WREDEN). Pour d'autres, l'affection des voies respiratoires agirait mécaniquement, en empêchant l'air de pénétrer dans la caisse. Enfin, pour PARROT, BARETY et RENAULT, l'affection serait primitive et reconnaîtrait l'athrepsie pour cause principale.

Anatomie pathologique. — La caisse du tympan est remplie par une sorte de masse tantôt rougeâtre, semi-transparente et gélatineuse, tantôt jaune-verdâtre, comme du mucus concrété; parfois on y rencontre un liquide jaunâtre ayant la consistance du pus séreux (PARROT). Ces deux altérations correspondent à des lésions bien différentes du côté du squelette. Avec les concrétions que nous avons signalées, les osselets sont en place; après lavage, on peut constater qu'ils sont le siège d'une rougeur assez prononcée. Dans le second cas, le mal est plus avancé; lorsque l'oreille est remplie d'un pus séreux, les parois de la caisse sont complètement à nu, et les osselets dépouillés de leur enveloppe flottent dans le liquide. Il n'y a d'ordinaire aucune lésion appréciable du conduit auditif, la trompe est aussi intacte, c'est à peine si l'on y découvre une légère congestion. La membrane du tympan est saine sur sa face externe; sur sa face interne, au contraire, elle est injectée, ramollie, friable, mais presque jamais perforée. Une seule fois WREDEN a constaté l'existence d'une perforation.

Le processus inflammatoire de cette forme d'otite serait absolument analogue à celui du catarrhe de la muqueuse respiratoire. Le pus se formerait par génération endogène; les exsudats déposés à la surface de la caisse subiraient la transformation granulo-graisseuse (BARETY et RENAULT). Signalons encore, d'après ces auteurs, des altérations spéciales observées du côté des muscles des osselets, et qui ne seraient autres que de véritables myosites.

Symptômes. Traitement. — Il est fort difficile d'examiner les oreilles des nouveau-nés, et encore bien plus de donner un caractère quelconque aux plaintes et cris poussés par ces petits êtres, aussi la symptomatologie est-elle encore à faire. Cette variété d'otite passe ordinairement inaperçue, le diagnostic n'est possible qu'à l'autopsie. Quand bien même on arriverait à établir des symptômes précis, le traitement serait toujours fatalement borné à bien peu de chose, étant donné le danger que ferait courir au malade une intervention trop active.

§ 2. — Polypes de l'oreille

Bibliographie. — BONNAFONT, *Mém. sur etc.*, Paris, 1851, *Union médic.*, 1864. — MOTTE, *Mém. de l'Acad. roy. belge*, 1876. — LADREIT DE LACHARRIÈRE, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, t. II, p. 206, 1876. — VICTOR LANGE, *eod. loc.*, t. III, 1877. — BUIG (ALBERT), *Mitteil. d. ver. d. Aerzte*, in *Niederosterr.*, 1881. — VOLTOLINI, *Monatsschr. f. Ohrenh.*, Bd. XV, p. 21, 1881. — POLITZER, *Wien. Med. Wochens.*, t. XXIX, p. 16, 18, 19, etc.

Étiologie. — Les auteurs ont beaucoup discuté pour savoir si les polypes de l'oreille étaient toujours consécutifs à une suppuration ancienne, ou s'ils pouvaient prendre naissance en l'absence de tout écoulement. La question nous semble tranchée aujourd'hui; avec DUPLAY, nous admettons que les polypes qui naissent du conduit auditif et de la membrane du tympan sont presque toujours, sinon toujours, consécutifs à une otite externe purulente ou à une myringite chronique; les polypes de la caisse, au contraire, tout en reconnaissant pour cause cette forme d'otite moyenne que l'on nomme otite fongueuse, peuvent aussi, d'après quelques auteurs, se développer primitivement en l'absence de toute suppuration; ils perforent ensuite la membrane du tympan pour se faire jour au dehors.

Fréquence. Siège. Point d'implantation. — Les polypes de l'oreille sont assez fréquents. HISSEL, sur sept mille neuf cent quarante-trois malades atteints d'affections de l'oreille, trouve deux cent quatre-vingt cas de polypes. — Ces petites productions peuvent prendre naissance dans la caisse, sur la membrane du tympan (fig. 99), ou sur les parois du conduit auditif. Contrairement à l'opinion admise par BONNAFONT, on sait aujourd'hui que les polypes de la caisse sont de beaucoup les plus communs. Huit fois sur dix les polypes auraient cette origine, d'après LADREIT DE LACHARRIÈRE. Le pédicule est tantôt simplement inséré sur la muqueuse, tantôt il pénètre profondément jusqu'au périoste; il peut même avoir pris naissance sur cette membrane (MEISSNER).

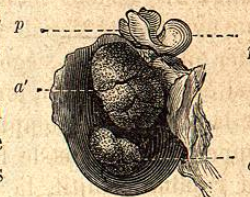


Fig. 99. — Plusieurs polypes arrondis lobulés à la surface externe de la membrane du tympan; p. p. polypes en forme de massue; a. a'. polypes arrondis lobulés.

Anatomie pathologique. Division. — STEUDNER, dans un mémoire publié en 1869, divise les polypes de l'oreille en trois groupes : 1° Polypes muqueux. 2° Polypes fibreux. 3° Myxomes. Sur trente-trois cas de polypes de l'oreille, vingt-sept appartenait au premier groupe, cinq au second, il n'y avait qu'un seul myxome. Cette dernière variété est donc fort rare. Il en est de même de l'angiome décrit depuis lors par BUCK; aussi, au point de vue pratique, pouvons-nous diviser les polypes de l'oreille en polypes muqueux ou mous, et polypes fibreux ou durs.

Les polypes muqueux sont constitués par une masse de tissu conjonctif jeune contenant dans son intérieur des vaisseaux, des glandes, parfois des kystes, et recouverte d'une enveloppe épithéliale. Cette enveloppe est formée tantôt par de l'épithélium pavimenteux stratifié, tantôt par une ou plusieurs couches d'épithélium cylindrique, on y rencontre aussi parfois des cellules à cils vibratiles. Les polypes fibreux, qui d'après STEUDNER naissent de la couche périostique du conduit auditif et de la caisse, peut-être même de la couche fibreuse de la membrane du tympan, ont un stroma essentiellement fibreux, et contiennent des vaisseaux peu développés, mais dans leur intérieur on ne rencontre ni glandes ni kystes. Leur revêtement est un épithélium pavimenteux qui recouvre de petites papilles analogues à celles de la peau. Le pédicule du polype est tantôt long et filiforme, tantôt au contraire court et large (fig. 100 et 101).

Symptômes subjectifs. — Un certain nombre de phénomènes permettent de soupçonner la présence des polypes de l'oreille; que ces néoplasmes soient la cause ou la conséquence du fait, il existe toujours un écoulement purulent assez abondant et surtout des plus fétides. Fréquemment les malades se plaignent de troubles nerveux graves, (bourdonnements, douleurs névralgiques, syncopes, vomissements). Ce sont là des phénomènes qui dénotent d'une façon manifeste l'existence d'une compression labyrinthique. Elle peut s'exercer directement, ou par l'intermédiaire de la membrane du tympan et de la chaîne des osselets. Dès que le polype a acquis un certain développement, il entraîne toujours une diminution manifeste de l'ouïe. Le degré de surdité, dit LADREIT DE LACHARRIÈRE, peut être un moyen de constater si la tumeur siège

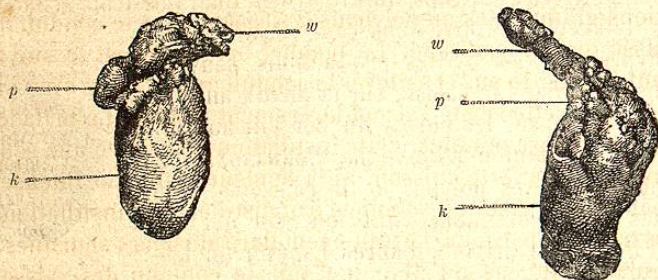


Fig. 400 et 401. — Deux polypes fibreux du conduit auditif. — w Racine. — p Mamelons du polype. — k Corps du polype.

dans le conduit auditif ou dans la caisse. Dans le premier cas, en effet, le polype agit simplement comme un corps étranger, il empêche le passage des ondes sonores, mais en revanche la perception crânienne est renforcée. Si au contraire le polype occupe la cavité même de la caisse, la perception crânienne est abolie comme les autres.

Symptômes objectifs. — Le polype est quelquefois assez volumineux pour être aperçu au méat; en tout cas l'examen de l'oreille permettra facilement d'en constater l'existence. Il se présente alors sous forme d'une petite masse à surface lisse et granuleuse dont l'aspect rappelle celui d'une framboise ou d'une mûre; sa coloration varie du rouge vineux au blanc jaunâtre pâle. Il saigne au moindre contact. Le diagnostic est en général des plus faciles, les polypes ont un aspect presque caractéristique, et leur mobilité ne permettra pas de les confondre avec les productions osseuses de la caisse. Le polype étant reconnu, il faut déterminer son point d'implantation ainsi que la forme et la nature du pédicule. On arrive à ce résultat en glissant un stylet entre la masse et la paroi du conduit, et en exerçant quelques tractions.

Pronostic. — Les polypes de l'oreille constituent en réalité un état morbide sérieux devant lequel le pronostic doit être réservé. D'une part, ainsi que nous l'avons vu, l'acuité auditive est diminuée, et il serait téméraire de croire que l'on obtiendra toujours d'une opération une amélioration sensible. Enfin, cer-

tains polypes récidivent avec facilité et se comportent absolument comme des tumeurs de mauvaise nature.

Traitement. — Pour débarrasser le patient de son infirmité, nous avons à notre disposition un certain nombre de procédés qui constituent deux méthodes générales: 1° Destruction lente du polype. 2° Ablation.

a. Destruction du polype. — Les auteurs ont eu successivement recours à tous les caustiques. On a employé le nitrate d'argent (BONNAFONT), un mélange de potasse et de chaux (TOYNBEE), la pâte de Canquoin (NÉLATON), l'acide chromique, le chlorure de zinc en flèches (LADREIT DE LACHARRIÈRE). En général, il est difficile de limiter l'action des caustiques, ils sont insuffisants pour détruire les polypes, même de petite dimension, et doivent être réservés pour agir sur le pédicule restant après ablation. C'est ici le lieu de mentionner le traitement par l'alcool rectifié, préconisé dans ces dernières années par A. POLITZER contre les productions granuleuses ou polypeuses siégeant dans le conduit auditif externe, la caisse ou la membrane. Le manuel opératoire est le suivant: tout d'abord il faut évacuer le pus et nettoyer le conduit auditif, puis avec une cuiller à café verser dans cette cavité l'alcool légèrement chauffé. Le malade devra le conserver dix ou quinze minutes. Cette instillation détermine une sensation de chaleur, rarement une forte cuisson. Si la douleur était trop intense, il serait bon de couper l'alcool avec son volume d'eau distillée. Les instillations doivent être répétées trois fois par jour. Le traitement dure plusieurs semaines. L'alcool agit en coagulant le mucus et l'albumine, puis le contenu des vaisseaux dans les couches superficielles est plus tard coagulé à son tour, ce qui amène la rétraction des tissus. L'action de l'alcool est indépendante de la structure des produits morbides. Les fibromes se rétractent et disparaissent aussi sûrement, bien qu'avec plus de lenteur que les polypes à cellules arrondies. D'après l'auteur, ce traitement devrait être particulièrement employé:

1° Quand il reste dans le conduit auditif et surtout dans la caisse des débris de polypes qui ne peuvent être extraits par une opération.

2° Quant il existe des granulations multiples dans l'oreille externe et sur la membrane du tympan.

3° Dans les cas de prolifération diffuse considérable de la muqueuse de l'oreille moyenne.

4° Lorsqu'un obstacle mécanique s'oppose à la destruction, à l'aide d'un instrument tranchant, des polypes du conduit auditif.

5° Chez les personnes pusillanimes, les enfants chez lesquels l'opération, toujours très difficile, ne peut être souvent faite qu'en cas de nécrose.

b. Ablation. — 1° *Excision.* — L'excision se pratique à l'aide de ciseaux, de couteaux, ou d'instruments spéciaux (cuillers tranchantes, etc.). Ce procédé est rapide, mais il expose aux hémorragies, il n'en est plus de même de l'anse galvanique, excellent procédé qui malheureusement demande un appareil instrumental particulier.

2° *Ligature.* — C'est de tous les procédés le meilleur, chaque fois qu'il est possible de passer en arrière de la tumeur une petite anse de fil. Parmi tous les instruments proposés dans ce but, nous donnons la préférence au serre-nœud de WILDE (fig. 102).

Relativement au choix de la méthode, du reste, on ne peut donner que des indications générales ; la nature, le volume, la position du polype, le plus ou

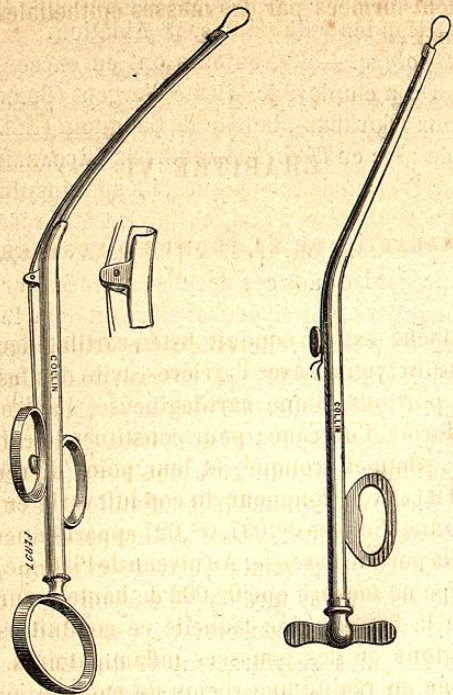


Fig. 102. — Serre-nœud de WILDE.

moins de largeur du méat et du conduit auditif aideront le chirurgien et le conduiront à adopter tel ou tel procédé.

TUMEURS DIVERSES

Les tumeurs de la caisse sont assez rares. FISCHER et ROBERTSON ont observé chacun un cas de sarcome de l'oreille ; BÆKE aurait rencontré un ostéosarcome ; DUPLAY, SCHWARTZE, BRUNNER ont rapporté des cas d'épithéliome, et SCHWARTZE a recueilli dans la science un certain nombre d'observations de tumeurs malignes de la caisse.

Quelle que soit la nature de ces tumeurs, elles s'annoncent en général par des douleurs intolérables, avec écoulement séro-purulent par l'oreille. Elles se présentent d'ordinaire sous forme de masses fongueuses qui saignent au moindre contact et offrent, d'après DUPLAY, une coloration gris-jaunâtre d'une consistance assez ferme.

Le diagnostic est difficile, il est indiqué d'avoir recours le plus tôt possible à l'examen histologique. La marche de la maladie est rapide, la mort survient

d'habitude par complication ou hémorragie. Nous sommes presque sans ressources devant ces affections.

Enfin ITARD, BONNAFONT, GRUBER ont signalé l'existence de tumeurs d'aspect crayeux, qui semblent formées par des masses épithéliales et de la cholestérine (cholestéatomes).

CHAPITRE VI

MALADIES DE LA TROMPE D'EUSTACHE

La trompe d'Eustache est un conduit ostéo-cartilagineux qui met en communication la caisse du tympan avec l'arrière-cavité des fosses nasales. Elle se compose de deux portions, l'une cartilagineuse, l'autre osseuse ; chacune d'elles présente la forme d'un cône ; pour constituer le canal, ces deux cônes s'unissent par leur sommet tronqué, et leur point de réunion porte le nom d'isthme. D'après TILLAUX, la longueur du conduit varie entre 0^m,035 et 0^m,040, soit 0^m,037 en moyenne. Sur ces 0^m,037, 0^m,027 appartiennent à la portion cartilagineuse, 0,010 à la portion osseuse. Au niveau de l'isthme, point le plus étroit, la cavité de la trompe ne mesure que 0^m,002 de hauteur sur 0^m,001 de largeur. Ceci nous explique la facilité avec laquelle ce conduit est obturé sous l'influence des congestions ou des poussées inflammatoires.

La trompe est donc en réalité une région de passage, ne présentant pas de maladies spéciales, mais participant successivement aux affections du pharynx nasal et de la caisse. Aussi les lésions traumatiques étant mises à part, seuls l'obstruction et l'engouement de la trompe donnent lieu à des indications particulières.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions de ce genre, intéressantes pour nous, sont celles qui peuvent résulter des manœuvres mal faites ou brutales, pendant les tentatives de cathétérisme. Le bec de la sonde déchire parfois la muqueuse, ce qui provoque des épistaxis. Une fois la membrane ainsi éraillée, si l'on pousse des injections d'air avec force et sans ménagements, on verra se développer un emphysème qui s'étend rapidement au voile du palais et à l'arrière-gorge, où il détermine des accidents de suffocation. Des cas de ce genre, hâtons-nous de le dire, sont excessivement rares. Pendant le cours d'une longue pratique, LADREIT DE LACHARRIÈRE n'a observé cette complication qu'une fois : le cathétérisme avait été pratiqué par un de ses élèves qui s'était servi, pour insuffler l'air, de l'appareil ordinaire de RICHARDSON, bien préférable aux souffleries que l'on fait fonctionner avec le pied.

On ne saurait trop recommander de nettoyer avec soin la sonde après cha-