

Le praticien qui s'occupe de l'étude et du traitement des maladies de l'oreille doit, plus que tout autre, se pénétrer de cette distinction, attendu que, lorsqu'on vient le consulter, c'est bien plutôt pour rétablir la fonction de l'organe quand elle est perdue, ou bien pour arrêter les progrès du mal quand elle est menacée. Quant à l'état général du malade, il n'a à s'en occuper que d'une manière incidente, cette question ayant été jugée et appréciée par le médecin ordinaire du malade.

V. *Traitement.* — La distinction que je viens d'établir acquiert toute son importance quand il s'agit du traitement local, il importe de s'assurer, par les moyens que j'ai déjà proposés, du degré de sensibilité que le nerf acoustique a conservé; car ce n'est qu'après cette appréciation que le médecin pourra prévoir lui-même et faire connaître au malade ou à ses parents la gravité du mal, et les résultats ultérieurs qu'il pourra obtenir par rapport au rétablissement de la fonction. Ce diagnostic de la sensibilité du nerf une fois établi, on devra procéder au traitement de la lésion locale, lequel devra être ici pareil en tout point à celui que réclament les affections de même nature des autres parties du système osseux. C'est ainsi qu'il faudra, par des injections d'eau tiède, bien déterger le conduit, afin de le débarrasser de toutes les matières purulentes qui peuvent l'encombrer; puis enlever avec beaucoup de précautions les petits fragments osseux qui sont près de se détacher. Kramer conseille, lorsque l'ouverture par laquelle ils doivent sortir est trop étroite, de l'élargir avec la pointe d'un bistouri. C'est là, selon moi, une pratique exceptionnelle; car, outre que les fragments osseux qui s'échappent de ces sortes de plaies sont toujours très-petits, il vaut mieux les tirer peu à peu à l'aide de pinces que d'inciser la peau. Si petite que soit l'ouverture du trajet fistuleux, il est bien rare que les tissus minces qui l'entourent alors, fassent un obstacle sérieux à la sortie du petit fragment osseux.

Certains praticiens ont proposé, afin de hâter l'exfoliation osseuse, de faire des injections dans le conduit, et particulièrement dans la plaie, avec des teintures âcres et irritantes. Kramer rejette cette pratique, comme étant plus nuisible qu'utile, et nous partageons cette opinion. Une fois que la portion d'os nécrosée est extraite, et qu'il n'en reste pas d'autre

dans la plaie, celle-ci, débarrassée de la cause principale qui l'entretenait, se cicatrise rapidement, même lorsqu'elle coïncide avec une cachexie scrofuleuse ou autre assez prononcée.

Quelquefois, *mais très-rarement*, lorsque la maladie a été abandonnée à elle-même ou qu'elle a été soumise à un traitement mal dirigé, la peau du conduit, détachée et ulcérée sur plusieurs points, parvient à se cicatriser, en laissant des cicatrices plus ou moins difformes. Quand cette oblitération est récente, il est possible, quelquefois même facile d'obtenir la dilatation du conduit à l'aide des moyens usités en pareil cas, tels que bougies graduées, éponges préparées, cautérisation, etc.; mais quand ces cicatrices sont anciennes, et qu'il existe une coarctation du méat telle que les moyens précédents soient jugés impuissants, il faut avoir recours à la médication que j'ai proposée pour remédier aux imperforations congéniales ou accidentelles du conduit auditif, et à laquelle, pour ne pas me répéter, je renvoie le lecteur.

Je dois mentionner ici, en passant, le procédé que j'ai déjà critiqué à l'article des imperforations congéniales, ne serait-ce que pour démontrer l'impossibilité de son application.

Leschevin, et après lui Kramer et quelques autres praticiens, ont proposé, quand les tissus qui forment l'obstacle sont charnus, de les inciser crucialement, et d'enlever les quatre angles de la plaie. Ces praticiens auraient dû, tout en décrivant ce procédé opératoire, indiquer la profondeur du conduit à laquelle on peut en faire l'application, et surtout les instruments à employer. Or, comme la maladie qui a provoqué l'obstacle provient d'une lésion de l'os et que la paroi osseuse ne commence qu'à un centimètre et demi du méat auditif, il est permis de se demander comment l'opérateur, si habile qu'il soit, peut faire l'application de ce procédé à une pareille profondeur. Pour moi, cela ne me paraît pas possible et je demeure convaincu que le procédé indiqué par Kramer est resté à l'état de simple description.

§ 5. — RÉTRÉCISSEMENT.

M. Kramer indique encore un autre rétrécissement que je n'ai jamais observé, et sur l'existence duquel j'avais élevé

quelques doutes. D'après le praticien de Berlin, il peut arriver « que, dans les périostites et les ostéites du conduit auditif, l'os « se gonfle de manière à se rapprocher tellement de la paroi « opposée, qu'il en résulte une obstruction vraiment osseuse « du conduit. »

Comme je n'avais jamais observé un pareil obstacle et que je n'en avais trouvé aucun exemple, je manifestai (1) quelques doutes sur cette opinion, doute d'autant plus permis qu'il ne cite aucun fait authentique. Quant à leur traitement, M. Kramer ne propose pas d'autre moyen que de détruire l'obstacle avec le trépan. Voici comment, à cette époque, j'ai apprécié cette opération :

Certes, je suis loin de repousser les opérations quelles qu'elles soient, quand elles sont de nature à apporter quelque soulagement au malade; mais à la condition pourtant que les résultats pourront en compenser les difficultés et la douleur. Or, dans l'espèce, M. Kramer se tait complètement sur le diagnostic de l'état du nerf acoustique avant de proposer l'opération. C'est là cependant, comme je l'ai déjà indiqué, une chose importante, puisque, seule, elle fournit au praticien les données certaines pour l'entreprendre ou pour la rejeter.

Du reste, cette dégénérescence accidentelle et morbide du tissu osseux du conduit auditif ne peut plus être mise en doute, et s'il m'a été donné d'en rencontrer trois exemples dans l'espace de quelques mois, il est permis de croire qu'avec un peu plus d'attention les praticiens ne tarderont pas d'en signaler de nouveaux.

M. Kramer parle bien d'obstruction du conduit par le rapprochement des parois osseuses, mais ce praticien, ainsi que la plupart des auteurs qui ont signalé le même fait, considèrent ce cas pathologique plutôt comme un vice de conformation congéniale, que le résultat d'une maladie accidentelle.

« Quand l'atrésie du conduit de l'oreille est complète, dit Velpeau, et qu'elle a sa source dans l'os temporal lui-même, ainsi que j'en ai observé un double exemple sur le cadavre d'un enfant de 4 ans, et un second d'un seul côté, chez un autre

(1) Bonnafont, *Traité pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1860, 1^{re} édition, p. 217.

enfant de 12 ans; elle est incurable et ne comporte aucune espèce de médication. A quelque degré, au contraire, que soit porté le rétrécissement, qu'il reste, à peine le passage d'une aiguille, comme l'a vu de Lamétrie, que le rétrécissement n'occupe qu'un point de la circonférence du conduit ou qu'il occupe toute son étendue, on doit tenter d'y remédier par la dilatation. Les caustiques préconisés par les anciens, même par Hippocrate, pourraient devenir dangereux ou n'atteindraient que rarement le but qu'on se propose. Les canules, les sondes, les tentes de plus en plus grosses qu'on emploie doivent être continuées longtemps même après la cure, et même quelquefois toute la vie, car la paroi du canal conserve souvent une grande tendance à revenir sur elle-même (1). »

Ce passage donne, comme on voit, tous les préceptes des moyens curatifs qu'on doit employer. Mais Velpeau, comme tous les autres praticiens, garde le silence sur les moyens de s'assurer préalablement de l'état des nerfs acoustiques, afin de préciser à l'avance le résultat qu'on retirera de l'opération.

Du reste, Velpeau ne cite aucun fait qui lui ait permis de faire l'application de ces sages et si judicieuses indications.

Triquet (2), répétant l'opinion des praticiens que je viens de citer, n'admet la présence des ostéites que chez les sujets atteints d'infection syphilitique. Mais il ne rapporte aucune observation qui puisse confirmer ni infirmer cette opinion.

Depuis la publication de ma première édition, j'ai rencontré quatre cas de surdité produite par des tumeurs osseuses oblitérant complètement le conduit auditif; tous par leur mode de traitement et par le résultat obtenu méritent d'être cités (3). C'est à peine si on trouve des faits pareils aux trois premiers signalés dans les traités généraux, ainsi que dans les ouvrages spéciaux. Quant à la quatrième observation où la trépanation de l'os a été nécessaire, c'est la première fois qu'une semblable opération a été pratiquée avec un succès aussi complet.

(1) Velpeau, *Éléments de médecine opératoire*, 1832, p. 121.

(2) Triquet, *Traité des maladies des oreilles*. Paris, 1857.

(3) Bonnafont, *Mémoire sur trois cas de guérison de surdités produites par des tumeurs osseuses développées dans le conduit auditif externe*. (*Bull. de l'Acad. de méd.* 13 octobre 1863, t. XXIX, p. 29, *Union médicale*, nouvelle série, 5 Novembre 1863.

OBSERVATION VI. — M. de F..., me fut adressé par mon confrère et ami M. Tournié, auquel M. F..., se plaignit de ne rien entendre depuis plusieurs années de l'oreille droite. Sa surdité était venue, lui dit-il, insensiblement, sans douleur et sans écoulement. M. Tournié me pria de constater autant que possible, la cause du mal, et s'il y avait quelque espoir de guérison. Avant tout examen, je voulus m'assurer du degré de surdité de l'oreille malade et du degré de sensibilité du nerf acoustique. Je pus constater bientôt que la montre, appliquée sur l'oreille, n'était nullement entendue, mais que son tic-tac était perçu lorsqu'on l'appliquait sur toutes les parties du crâne. Il était alors évident qu'il n'y avait ni paralysie, ni même affaiblissement dans la sensibilité du nerf, et que la surdité était due à un obstacle quelconque qui s'opposait au passage des sons dans l'oreille externe ou moyenne; que dès lors il pouvait y avoir grand espoir, sinon certitude de guérison.

Le conduit auditif, examiné à l'otoscope, me fit voir un obstacle situé à la réunion de ses deux tiers externes avec le tiers interne et fermant hermétiquement ce tube; l'aspect lisse et blanchâtre de cette cloison simulait assez la membrane du tympan, mais en différait essentiellement par la convexité de sa surface; jusque-là, le conduit était large et ne présentait rien de particulier. En touchant avec un stylet mousse, je sentis une résistance très-grande, de nature osseuse, et je pus juger que l'enveloppe qui tapissait cette tumeur, de forme arrondie, était excessivement mince, lisse, et de la même couleur que la peau du conduit auditif.

Le contact du stylet ne réveillait aucune douleur; mais la plus légère percussion, exécutée à dessein avec le bout de l'instrument, produisait un bruit considérable dans l'intérieur de l'oreille, que M. de F... comparait à celui d'une grosse caisse. Il n'en fut pas de même lorsque, au lieu d'un stylet mousse, je voulus toucher la tumeur avec la pointe d'un stylet aigu: car chaque piqûre que traversait l'enveloppe charnue produisait une douleur très-vive. J'acquis alors la certitude que j'avais affaire à une tumeur dure, résistante et de nature osseuse.

Ce diagnostic établi, je voulus m'assurer où était son point d'insertion; mais la résistance que j'éprouvais en cherchant à faire pénétrer l'extrémité du stylet plat et mince entre le pourtour de la tumeur et les parois du conduit, ne me permit pas, dans cette séance, d'éclaircir ce point essentiel. Je questionnai M. de F... sur les causes probables de cette tumeur, il répondit qu'il n'avait jamais été malade. Sa constitution forte et vigoureuse éloignait toute influence d'un principe strumeux.

Restait donc le principe syphilitique, causes non moins déter-

minantes. M. de F... m'assura qu'il n'avait eu d'autre maladie vénérienne qu'une légère gonorrhée, il y avait cinq ou six ans environ.

Mais avant d'arrêter aucun traitement, je voulus voir mon confrère M. Tournié, et me concerter avec lui sur les moyens à employer. Après qu'il eut constaté avec moi la présence et la nature de l'obstacle, nous arrêtâmes qu'il fallait d'abord chercher, par un traitement local, à diminuer ou détruire la tumeur, ou tout au moins établir dans un endroit quelconque, entre elle et les parois du conduit, une ouverture qui permit aux ondes sonores de parvenir jusqu'au tympan; puis, comme il ne peut y avoir d'effet sans cause, nous fûmes d'accord que l'uréthrite, dont M. de F... avait été atteint, pouvait bien ne pas être étrangère au développement de la tumeur. Dès lors, il fut convenu que notre client serait soumis, *par prudence*, à un traitement antisyphilitique interne, et que des frictions avec des pommades mercurielles et iodurées seraient faites sur les régions mastoïdo-parotidiennes.

Ce ne fut qu'au bout de cinq ou six séances, et après avoir habitué le malade à subir le contact de l'instrument, qu'il me fut possible de constater que le point d'implantation de la tumeur était situé à la partie supérieure et interne du conduit et assez large pour occuper toute cette région.

La résistance que j'y rencontrai me fit renoncer à toute tentative de ce côté; le seul point où il me sembla que l'extrémité du stylet éprouvait un peu moins de résistance était à la partie inférieure et externe du conduit.

Ce diagnostic, une fois bien acquis, me donna l'indication de la marche principale à suivre. Comme il était certain, pour moi, que l'ablation ou la diminution de l'obstacle rétablirait totalement ou en grande partie l'ouïe, ma première idée fut de chercher à l'enlever; mais, après quelques tentatives, je dus renoncer à cette opération, tant à cause de la dureté et la largeur de sa base que de la pusillanimité du malade qui ne pouvait endurer le plus léger attouchement. Restait donc un autre moyen plus long et plus incomplet: c'était de se frayer un passage entre la tumeur et les parois du conduit à l'aide de cautérisations et de tamponnements successifs et gradués.

M. Tournié, approuvant ce mode de traitement, engagea le malade à s'y soumettre et à le supporter avec confiance. Une heureuse circonstance vint bientôt à mon aide pour que M. de F... pût être convaincu du bénéfice qu'il pourrait retirer de cette médication. Pendant que je cherchais à faire pénétrer le stylet entre la tumeur et le conduit, avant de procéder à aucune cautérisation, l'instrument franchit l'obstacle, non sans avoir produit une assez vive

douleur. Heureux de ce résultat, au lieu de retirer l'instrument, je le laissai en place, en l'encourageant à le supporter le plus longtemps possible : du reste, la douleur se calma vite et se changea en un sentiment de simple pression. Un quart d'heure ou vingt minutes après je retirai le stylet, et présentai aussitôt une montre à l'oreille. Au grand étonnement du malade, le tic-tac fut entendu à plus de 10 centimètres. M. de F... fut cette fois bien convaincu de la vérité du pronostic que j'avais porté dès le premier examen ; ce mieux obtenu ne fut pas de longue durée ; il se prolongea vingt-quatre heures, mais la satisfaction qu'en éprouva M. de F... fut assez grande pour qu'il m'encourageât à son tour à persister dans ce mode de traitement. Dès lors, je fis de petites cautérisations avec l'azotate d'argent, et, au fur et à mesure que les eschares tombaient, j'introduisais une petite bougie que j'avais soin de fixer à un fil pour pouvoir la retirer à volonté.

Ce ne fut qu'au trentième ou quarantième jour que je parvins ainsi à introduire jusqu'au delà de l'obstacle un petit mandrin de 2 millimètres d'épaisseur. Les parois osseuses correspondantes ne permirent pas de dépasser ces limites. Mais cette ouverture suffisait pour donner à l'audition une assez grande étendue, puisque la montre était perçue à plus de 30 centimètres.

Le problème était donc résolu ; seulement le malade a dû venir plusieurs mois pour se faire introduire un mandrin afin d'entretenir l'ouverture. Plus de dix ans se sont écoulés depuis l'opération, l'ouverture persiste, et M. de F... continue à bien entendre.

OBSERVATION VII. — M^{lle} de B..., de Versailles, âgée de 17 ans, atteinte de surdité complète du côté droit ; la montre, appliquée sur cette oreille, n'était nullement entendue, mais, appliquée sur les régions zygomatique, mastoïdienne et pariétale, le tic-tac était entendu très-distinctement ; le diagnostic favorable au point de vue de la sensibilité du nerf, il fallait chercher la cause de la surdité dans une des régions de l'oreille moyenne ou externe. La gorge ne représentait rien de remarquable, pas plus que le conduit auditif près de son méat ; mais examiné avec soin à l'aide de l'otoscope, on apercevait à 2 centimètres de profondeur un obstacle qui le bouchait hermétiquement et dont la surface bien polie et presque luisante pouvait en imposer presque avec l'aspect de la membrane du tympan. Touché avec un stylet moussé, il devint facile de constater que cet obstacle était formé par une tumeur osseuse, dont la base occupait toute la moitié antéro-inférieure du conduit auditif, tandis que le sommet appuyait sur l'autre moitié ; ce contact des deux surfaces était si prononcé qu'il me fut impossible d'y faire passer la pointe d'un stylet.

Cette exploration terminée, la mère désira connaître mon opinion sur ce qu'il y avait à faire. M'appuyant sur le succès obtenu sur le premier malade, je proposai les mêmes moyens, en donnant l'espoir et la presque certitude qu'avec le temps et la patience, nous établirions une communication entre l'oreille interne et l'air extérieur ; que, si petite que fût cette communication, les fonctions de l'organe se rétabliraient. La mère me demanda encore si je ne pensais pas que l'ablation de la tumeur devint nécessaire : je lui répondis qu'une opération dans cette région offrait d'assez grandes difficultés, sinon de danger ; que, d'ailleurs, on serait toujours à temps de la pratiquer, si les moyens plus simples que je proposai demeuraient sans effet.

M^{me} de B... m'avoua alors seulement que sa fille avait été vue par M. Guersant, lequel, après avoir reconnu la nature de la maladie, désira, avant de rien prescrire, qu'elle fût soumise à mon examen, parce qu'on avait proposé l'opération de la tumeur comme unique remède à la surdité. M. Guersant, après avoir examiné l'oreille avec l'otoscope et constaté la nature et la forme de la tumeur, jugea, comme moi, l'opération difficile, et engagea la mère à suivre mes indications, sauf à aviser plus tard suivant le résultat obtenu.

Le traitement commencé le 3 août, j'essayai de faire pénétrer un stylet en argent très fin sur un point quelconque entre la tumeur et le conduit ; mais l'irritabilité et la susceptibilité de la jeune malade qui tombait en défaillance à la moindre douleur, m'obligèrent à mettre le plus grand ménagement dans mes tentatives. Cependant, après la cinquième ou sixième séance, le stylet passa outre, non sans avoir arraché un cri à la patiente qui eut une légère syncope ; je laissai nonobstant le stylet en place afin d'obtenir le maintien de l'ouverture ; quelques minutes après, je le retirai et je présentai la montre de ce côté. L'étonnement de la mère fut grand en voyant le tic-tac être entendu à 7 ou 8 centimètres de l'oreille. Depuis, je remplaçai le stylet en argent par des petits mandrins gradués en baleine, que la malade gardait le plus longtemps possible et qu'elle retirait aussitôt que la douleur devenait trop vive. Après quinze jours de ce traitement, cette oreille entendait la montre à 20 centimètres, et M. Guersant, ayant constaté cet état dans une nouvelle consultation, jugea que toute opération devenait inutile, d'autant qu'il y avait lieu d'espérer que l'amélioration ne s'arrêterait pas là. En effet, au bout de deux mois seulement de traitement, je pus introduire dans l'ouverture un mandrin de 2 millimètres environ d'épaisseur, et cette ouverture étant suffisante pour permettre d'entendre la montre à 30 centimètres et la parole à peu près comme tout le monde, j'engageai la