

ARTICLE IV

Lésions organiques du conduit auditif. — Polypes et fongus.

Les tumeurs nées et implantées dans le tissu cellulaire des membranes muqueuses ont reçu le nom de *polypes*, à cause de la ressemblance que les anciens ont cru leur trouver avec les polypes (autrefois nommés *polypes marins*). Le caractère essentiel qui les distingue des autres tumeurs, est leur naissance, qui a lieu toujours dans les cavités tapissées par les membranes muqueuses, puisque jamais les véritables polypes ne naissent ailleurs. Toutes les cavités ou conduits à parois osseuses ou charnues qui sont recouvertes d'une muqueuse, peuvent donc devenir le siège de ces excroissances charnues. C'est ainsi qu'on les rencontre aux fosses nasales, à l'oreille, au larynx, au pharynx, à l'œsophage, à l'estomac, aux intestins, à la vessie, à l'utérus, etc.

Notre intention n'est pas de passer en revue les polypes qui se développent dans l'intérieur de toutes ces cavités, mais seulement d'ajouter à l'étude de ceux qui paraissent dans le conduit auditif externe, le résultat des observations que j'ai recueillies dans ma pratique.

Et d'abord, je ne crains pas de dire que, comme toutes les maladies qui affectent l'organe de l'audition, les polypes de l'oreille ne sont pas traités avec toute l'importance que semblent leur mériter : 1° la profondeur du conduit auditif qui rend leur exploration et leur traitement fort difficiles ; 2° la délicatesse de l'organe de l'ouïe, dont les fonctions sont à chaque instant compromises par la présence de ces corps étrangers ; 3° les accidents, quelquefois mortels, auxquels ils peuvent donner lieu, comme nous l'avons observé quelquefois.

Il semblerait que l'étude pathologique d'un organe ou d'un appareil fût en raison de leur importance physiologique. Cela devrait être et cela est pour presque tous les organes, excepté pour celui de l'audition ; et quel autre cependant joue un rôle plus important dans le mécanisme de la vie ? Mais des moyens artificiels sont ici indispensables pour aider le praticien dans l'examen des différentes affections de l'oreille, soit qu'il veuille

chercher leur diagnostic par le conduit auditif externe ou par la trompe d'Eustache, et c'est bien à cette cause qu'il faut attribuer la négligence apportée dans cette étude spéciale. Cependant depuis quelque temps, elle est en progrès, et nous voyons avec plaisir la nouvelle génération chirurgicale entrer dans cette voie.

J'ai cherché à combler la lacune qui existait à l'égard des polypes en relatant tout ce que je savais : 1° sur le siège, le caractère de ces productions morbides, et sur la forme qu'elles affectent dans le conduit auditif, soit qu'elles prennent naissance sur ses parois ou sur la membrane du tympan ; 2° sur les symptômes qui les accompagnent et les dangers qu'il y a de les y laisser séjourner trop longtemps ; 3° sur le traitement qu'ils réclament ainsi que sur le mode d'opération qui leur convient.

Comme tous les polypes, les polypes de l'oreille diffèrent entre eux et par le point de leur implantation et par leur nature. Ceux qui naissent en deçà de la membrane du tympan, et dont la nature n'est que muqueuse ou fibreuse, sont plus faciles à détruire radicalement que ceux qui tirent leur origine de la membrane du tambour ou de l'intérieur de la caisse. Les polypes auriculaires de nature carcinomateuse sont les plus fâcheux ; rien n'empêche souvent leur reproduction ; non-seulement la perte de l'ouïe, mais quelquefois même la mort du malade sont la conséquence, moins peut-être du progrès de ces sortes d'excroissances, que de la cause qui les produit.

La surdité qui accompagne presque constamment les polypes du conduit de l'oreille est tantôt symptomatique, tantôt essentielle ou idiopathique ; c'est-à-dire que, lorsque la tumeur naît en deçà de la membrane tympanique, qu'elle empêche complètement ou presque complètement le passage des ondulations sonores, l'audition n'est que suspendue, à peu près comme la vue le serait par l'application d'un bandeau devant les yeux ; mais lorsque la membrane du tambour a été détruite, soit primitivement, soit consécutivement, ou par les progrès du mal, la surdité est essentielle ou organique. Il arrive aussi qu'une surdité qui n'est que symptomatique dans les commencements, peut devenir essentielle ; et cela a lieu par la

perforation et la destruction de la membrane tympanique d'abord, puis par la désorganisation de l'appareil intérieur de l'organe auditif. On voit par là de quelle urgence il est pour la pratique d'attaquer le plus tôt possible ces sortes de polypes.

Jusqu'à présent, on avait établi une certaine analogie entre les polypes du nez et ceux de l'oreille, et cette théorie paraît d'autant mieux fondée, que les tissus de ces deux organes ont une grande ressemblance : ainsi chez l'un et chez l'autre, on trouve une membrane muqueuse, un tissu cellulaire, un tissu glandulaire, un périoste et enfin le tissu osseux. Or, cette analogie d'organisation doit nécessairement en amener une entre leurs altérations ainsi qu'entre les produits morbides qui peuvent s'y développer. Il faut bien reconnaître qu'il existe des différences notables entre la membrane muqueuse qui tapisse le nez et l'oreille, attendu que celle qui tapisse ce premier organe est beaucoup plus épaisse et recouvre un tissu cellulaire beaucoup plus abondant. Cette différence doit en amener dans le caractère de leurs lésions ainsi que dans la densité, le volume et la nature des polypes qui y prennent naissance. Mais, malgré l'opinion moderne défendue par quelques réformateurs qui veulent faire des polypes de l'oreille une maladie n'ayant aucun caractère analogue avec les polypes du nez, l'expérience que j'ai acquise me permet de soutenir que, de même que dans les fosses nasales, les polypes de l'oreille sont vasculaires, muqueux, vésiculaires ou fibreux. Tout cela dépend de la nature des tissus sur lesquels ils ont pris naissance. La seule différence que les auteurs ont reconnue et que j'ai constatée depuis longtemps, c'est que les polypes de l'oreille sont précédés et accompagnés d'un écoulement plus ou moins abondant ; j'en ai pourtant rencontré, au moins deux, implantés sur le conduit auditif externe près de la membrane du tympan, et formant là une excroissance d'un centimètre de longueur qui n'avaient été précédés que d'un écoulement à peine sensible. Ils étaient d'une telle consistance qu'en voulant en essayer l'arrachement avec mes petites pinces bivalves, la douleur fut si vive que je dus cesser immédiatement ce mode opératoire pour recourir à l'excision que je pratiquai à l'aide d'un de mes petits bistouris.

Les polypes fibreux de l'oreille ne sont pas très-rares, mais ceux qui prennent naissance sur la paroi interne de la caisse affectent plus souvent ce caractère que ceux qu'on observe dans les autres régions. C'est ce que j'aurai l'occasion de faire observer en traitant les maladies qui se développent dans cette cavité.

Qu'il y ait eu ou qu'il n'y ait pas eu d'écoulement préalable, il n'en reste pas moins démontré que les polypes de l'oreille ne sauraient former une classe distincte de ceux des fosses nasales. Cependant Triquet combat cette opinion défendue par tous les praticiens en disant que le polype n'est jamais que la conséquence de l'écoulement ; et, après avoir passé en revue la plupart des auteurs, il cite le mémoire que j'ai publié en 1851 sur ce sujet (1) ; voici ce qu'il en dit (2) :

« J'arrive au mémoire du docteur Bonnafont, il renferme des considérations théoriques plus ou moins erronées et une seule observation. »

Triquet a rapporté l'observation en entier, probablement parce qu'il l'a trouvée intéressante, si nous en jugeons du moins par la seule critique qu'il lui adresse et qui, comme on va le voir, pourrait être susceptible de quelques réflexions. Après l'observation qu'on trouvera à la fin de ce chapitre, Triquet ajoute : « Comme on vient de le voir dans ce fait, l'écoulement après l'opération du polype ne disparut qu'incomplètement. Or, ajoute encore Triquet, *ce flux, étant la cause des polypes, la maladie était palliée et non guérie.* »

Triquet était interne des hôpitaux ; par conséquent il avait été à même de voir faire de bonne chirurgie ; mais je me demande à quelle école il avait entendu professer ce principe qu'un flux, qu'un écoulement puriforme quelconque, pouvait être la cause d'une production morbide, lorsque lui-même n'en est et n'en peut être que la conséquence.

Triquet a bien voulu signaler que mes considérations théoriques étaient plus ou moins erronées. Après une pareille observation, je m'attendais à trouver la réfutation des erreurs

(1) Bonnafont, *Mémoire sur les polypes de l'oreille, et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison*. Paris, 1851, in-8.

(2) Triquet, *Traité pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1857, p. 324.

que j'avais commises; s'il n'est donné à personne d'avoir la prétention de ne pas se tromper; il est du devoir de celui qui connaît l'erreur, non pas de la signaler purement et simplement, mais bien de faire connaître les points par où cette théorie pèche et de lui en substituer une meilleure. Les progrès de la science et les grandes vérités pratiques ne peuvent s'établir qu'à cette double condition.

C'est vainement que j'ai cherché; je n'ai trouvé que ce simple énoncé; je le regrette, parce que j'aurais été bien aise de reconnaître mes erreurs afin de les rectifier s'il y avait lieu aujourd'hui. Si Triquet avait lu avec attention mon mémoire, il aurait pu lire la théorie que voici (1):

« Le polype n'étant, comme je l'ai déjà dit, qu'une production morbide due à l'altération des tissus sur lesquels elle se développe, on comprend que son extraction ne saurait entraîner la guérison de l'otorrhée, accident qui préoccupe le plus le malade; mais on comprend aussi que les ulcérations plus ou moins profondes et plus ou moins graves du conduit et de la membrane du tympan ou de la caisse, qui sont toujours la cause de la douleur, ne sauraient recevoir une médication naturelle et curative tant qu'elles sont masquées par un polype dont la présence devient la cause incessante des accidents que j'ai signalés. Dès que le polype est enlevé, il faut s'occuper du traitement de la cause qui a pu le produire. »

Si cette théorie du polype de l'oreille a paru erronée à notre confrère, il aurait dû en donner une plus satisfaisante, c'est ce que je n'ai pu ou su y rencontrer. Je maintiens donc la mienne, qui contient tous les principes que Triquet a développés, à savoir que cette production morbide est toujours précédée de suppuration. Seulement j'écrivais en 1851, tandis que Triquet n'a publié son ouvrage qu'en 1857.

Comme le principe que j'ai posé est écrit dans presque tous les ouvrages classiques, notamment dans Boyer, Dupuytren, Velpeau et M. Nélaton, il en résulte que Triquet n'a pas eu un grand effort à faire pour démontrer cette grande vérité; mais ce que je lui conteste, c'est que le flux purulent

(1) Bonnafont, *Mémoire cité*, p. 28.

de l'oreille puisse être la cause des polypes ou autres végétations charnues.

Voici ce que dit Vidal, de Cassis, « les polypes de l'oreille naissent sur les parois du conduit auditif externe, plus rarement sur la membrane du tympan... Leur plus grand diamètre est nécessairement de dedans en dehors, selon le grand axe du conduit auditif... Ils marchent donc un peu vers la caisse, mais surtout vers l'auricule. La structure de ces polypes est analogue à celle des polypes des fosses nasales: ils sont muqueux, lisses, mous et ne contenant pas beaucoup de vaisseaux sanguins, ou bien pourvus de beaucoup de ces vaisseaux; d'un rouge foncé, inégaux, durs; ils saignent au moindre attouchement, et quelquefois sans qu'on y touche.

Ils ont quelquefois l'aspect sarcomateux. Ce sont ordinairement les polypes les plus graves qui acquièrent un grand volume. Il est probable que dans le plus grand nombre de cas, il ne s'agit pas alors d'une simple végétation de la membrane interne du conduit auditif, ou même de celle du tympan. Le périoste, les os, en sont quelquefois l'origine; il peut même arriver qu'une dégénérescence des parties voisines donne lieu à une tumeur qui envoie des prolongements dans le conduit auditif. J'ai sous les yeux une malheureuse femme affectée d'un cancer de la parotide gauche; eh bien, il sort du conduit auditif du même côté, une tumeur fongueuse, ayant l'aspect d'un cancer de la région parotidienne. Les fungus de la dure-mère, qui usent si facilement les os et s'insinuent dans toutes leurs ouvertures, peuvent très-bien parvenir dans le tympan et de là se faire jour par le conduit auditif. On comprend la gravité de pareils polypes et l'impossibilité de la réussite des opérations qu'on tenterait en pareil cas (1). »

Comme tous les polypes, ceux qui naissent dans le conduit auditif externe affectent différents caractères: tantôt ces excroissances charnues sont dures, résistantes, bosselées, ou lisses et polies à l'extérieur; tantôt elles sont molles, rouges, obéissent à la plus légère pression et reprennent vite leur position dès qu'on cesse de les presser. Dans ce cas, ils peuvent être

(1) Vidal, *Traité de pathologie externe*, 5^e édit. Paris, 1861, t. II, p. 693 et suiv.

spongieux ou vésiculaires, à surface assez dense pour résister à l'action du stylet boutonné, ou bien se déchirer à la plus légère pression et fournir une petite hémorrhagie au moindre attouchement; sensibles ou indolores. J'en ai rencontré qui ne pouvaient supporter le contact de l'éponge sans provoquer les plus vives douleurs, tandis que d'autres ne témoignent aucune sensibilité, même en y enfonçant la pointe d'un stylet. A propos de sensibilité, il est essentiel de distinguer celle qui dépend de l'organisation du polype, de celle qui peut provenir de la pression que cette excroissance exerce sur les parties environnantes quand elle-même se trouve soumise à la pression d'un instrument quelconque. Si le polype est adhérent à la membrane du tympan ou seulement dans son voisinage, le plus léger déplacement pouvant comprimer cette membrane, il en résultera des douleurs qui auront leur siège ailleurs que dans le tissu du polype. Il importe pour le choix des moyens curatifs de préciser la sensibilité polypeuse de celle qui dépend uniquement de la compression du tympan, afin de ne pas appliquer dans certains cas un procédé opératoire qui convient mieux dans d'autres. Les études auxquelles j'ai cru devoir me livrer m'ont mis à même d'établir une distinction qui ne peut laisser aucun doute dans l'esprit du chirurgien : c'est ce qui ressortira, j'espère, des signes que je vais indiquer.

§ 1. — POINT D'INSERTION, FORME, ETC.

1° *Point d'insertion.* — Le point d'insertion du polype peut se faire sur toutes les parties du conduit et de la membrane du tympan. Mais, contre l'opinion de la plupart des chirurgiens, qui prétendent que les polypes prennent rarement naissance au fond du conduit, je soutiens qu'on les rencontre bien plus souvent aux environs de la membrane du tympan ou sur cette membrane même qu'à l'orifice du conduit. Une pareille assertion n'a pu être émise que parce que des chirurgiens, négligeant ou n'ayant pas les moyens de procéder à un examen sérieux, n'ont pu reconnaître les polypes qu'autant que leur insertion se faisait aux environs du méat extérieur. J'ai eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de ces productions, et je peux affirmer que, sur dix, huit au moins prennent

leur point d'attache au fond de l'oreille près de la membrane du tympan ou sur cette membrane elle-même.

2° *Formes.* — Les polypes qui naissent dans l'oreille peuvent, tant qu'ils ne sont pas très-volumineux, affecter des formes variées : arrondis, ovales, aplatis, allongés, etc., soutenus par un pédicule étroit et court, ou allongé, ou bien à base aussi large que le polype. Mais aussitôt que cette excroissance acquiert des dimensions qui tendent à dépasser la capacité du conduit auditif, toutes ces formes se réduisent à une seule, qui est celle que lui impriment les parois de cette cavité, lesquelles, offrant une résistance égale au développement du polype, obligent celui-ci à s'étendre dans la direction du conduit et à prendre les formes allongées. Souvent, sous l'influence de causes qu'il est difficile de saisir, l'accroissement des polypes se fait dans un seul sens, soit en dehors du côté du méat, soit en dedans du côté de la cavité du tympan. Tant que le polype prend son point d'insertion sur une partie quelconque des deux tiers externes du conduit et que son accroissement se fait en dehors, il n'est accompagné ordinairement d'aucun symptôme autre que ceux qui résultent du plus ou moins d'obstruction du conduit, et qui sont : 1° embarras et gêne dans cette partie de l'oreille accompagné de surdité plus ou moins complète; 2° toujours écoulement purulent dont la nature et l'abondance varient selon les diverses altérations qui le produisent; 3° quelquefois, mais rarement, douleurs, si ce n'est quand le polype acquiert un tel volume, qu'il exerce une pression sur les parois correspondantes du conduit; douleurs qui, dans ce cas, augmentent beaucoup pendant les mouvements de mastication.

La présence de ces polypes, pour peu qu'ils aient pris du développement, est facile à constater, car il suffit d'élargir légèrement le méat auditif pour les distinguer à l'œil nu.

3° *Influence des polypes.* — Mais s'ils prennent une direction opposée, c'est-à-dire du côté du tympan, leur présence n'est pas aussi innocente. Ils ne sauraient appuyer sur cette membrane sans donner lieu à des phénomènes qui compromettent plus ou moins les fonctions de l'organe de l'ouïe, ou du moins celles qui dépendent du jeu de l'appareil contenu dans la caisse du tympan. Ce sont ces phénomènes que je vais analyser.

BIBLIOTHÈQUE

CASA DE MED. U. A. N. I.

Supposons que le polype ait son origine sur un point quelconque du conduit et que son accroissement se fasse en dedans; tant qu'il n'atteindra pas la membrane du tympan, sa présence ne se signalera que par un sentiment de gêne. Mais aussitôt que le sommet du polype touchera le tympan, le malade éprouvera une douleur vague qui se fera sentir plus particulièrement à la gorge, à la naissance de la trompe d'Eustache. Ce symptôme disparaît quand le tympan cesse d'être comprimé pour reparaitre aussitôt que la compression recommence. Quelquefois aussi le tympan peut s'habituer à cette compression, pourvu que, même durant longtemps, elle se fasse d'une manière toujours égale. De là, les alternatives qu'éprouve l'ouïe et qui finit par s'arrêter à un degré de dureté relatif au volume du polype et au degré de compression qu'il exerce sur le tympan.

Si le polype continue à grossir du côté de la caisse, la compression de la membrane tympanique produira des accidents autres que ceux que je viens d'indiquer. Ainsi, il y aura une douleur ordinairement très-vive au fond de l'oreille, qui augmentera pendant la mastication, le bâillement, la toux et la déglutition; celle-ci ayant pour effet, chaque fois qu'elle s'accomplit, de refouler un grand volume d'air par les trompes jusqu'à la caisse (ce que nous avons pu vérifier nombre de fois); le tympan se trouvant refoulé en sens inverse de la compression que lui fait subir le polype, il en résulte un surcroît de douleur que le voisinage du nerf facial fait irradier sur les parties du crâne et de la face du même côté.

Le malade, sans accuser un trop grand mal de tête, éprouve cependant des éblouissements, des vertiges et parfois des vomissements. Pendant la période d'acuité, à ces symptômes se joint une démarche mal assurée, vacillante comme celle d'un homme qui se trouve sous l'influence d'un commencement d'ivresse. Tous ces symptômes, qui atteignent quelquefois un degré d'intensité extrême, cessent tout à coup, à la suite d'un écoulement sanguin qu'a produit le dégorgement du polype. Celui-ci, dont la présence dans le conduit auditif ne se révèle par aucun signe inhérent à son propre état, peut rester des mois et même des années sans autre accident que la gêne, le plus ou moins de surdité et d'écoulement qui en sont inévita-

blement la conséquence. Il nous serait facile de citer plusieurs exemples de personnes qui avaient des polypes à l'oreille depuis plusieurs années, sans que les médecins traitants se fussent doutés de leur existence. Quand le polype est revenu sur lui-même et qu'il n'exerce plus aucune compression sur le tympan, tous les accidents cessent, l'ouïe reprend sa portée ordinaire et les choses continuent ainsi jusqu'à nouvelle crise qui, le plus ordinairement, se caractérise par une aggravation des accidents dus en grande partie à un volume plus considérable qu'acquiert le polype. A la longue, celui-ci devient plus dur, plus consistant et est moins susceptible de subir de grandes variations dans son volume.

Il semblerait résulter de cette disposition que les accidents déterminés par la compression du tympan devraient être constants, de même que la cause qui les produit; mais il n'en est rien. Peu à peu, la membrane et la corde du tympan, causes principales de toutes ces douleurs, soit que, obéissant légèrement à la pression du polype, elles cessent de tirailler les parties voisines, soit que, s'habituant à cette pression, elles ne produisent plus, après un temps qu'il est impossible de déterminer, aucun accident autre que la surdité ou une grande dureté de l'ouïe. Si, dans cette circonstance, on opère l'extraction du polype en ayant soin de ménager la membrane du tympan, on trouve celle-ci couverte d'une couche de matière blanchâtre et fortement refoulée du côté de la caisse; le marteau, de vertical qu'il était, prend une position horizontale à la partie supérieure de la cavité du tympan qui, par cette disposition, se trouve entièrement effacé. Le polype ayant été extrait, si ce refoulement du tympan n'est pas assez ancien pour avoir déterminé des adhérences trop fortes de cette membrane avec la paroi interne de la caisse ainsi que l'ankylose de l'articulation du marteau avec l'enclume, tout ne sera pas perdu pour l'audition, il suffira alors : 1° de traverser le tympan avec une petite érigne et de le tirer à soi au moyen de légères tractions; 2° de pousser par la trompe d'Eustache des insufflations gazeuses à l'aide d'une pompe, pour que la colonne d'air, venant se briser contre la surface interne du tympan, favorise ainsi l'éloignement de cette membrane de la paroi interne de la caisse.

Lorsque ces deux moyens restent insuffisants pour opérer le décollement, voici un nouveau procédé que je mets en usage et qui m'a réussi deux fois. Je pratique une légère perforation du tympan sur le point resté libre en face de la trompe d'Eustache, puis, à l'aide d'un stylet boutonné, recourbé à sa pointe, que je fais passer par cette ouverture, je tâche, par de légers mouvements de rotation et de traction, de le faire passer entre la membrane et la paroi de la caisse. Il est rare que ce moyen échoue complètement, car, presque toujours, il produit une amélioration notable dans l'audition. L'application du tympan contre la paroi interne de la caisse, en obstruant la fenêtre ronde pendant qu'elle paralyse le mouvement de la chaîne des osselets et de l'étrier surtout, est un obstacle au mécanisme de l'ouïe et qu'il suffit d'en opérer le décollement pour obtenir une amélioration immédiate, pourvu, toutefois, que le nerf acoustique ne soit pas paralysé.

D'autres fois, la membrane du tympan, au lieu de céder à la pression que le polype exerce sur elle, se brise et laisse passer ce dernier dans la caisse. Arrivé dans cette cavité, la portion du polype, ne trouvant plus aucun obstacle, y grossit autant que le lui permet la capacité du tympan, et y détermine presque toujours des désordres qui entraînent la chute des osselets, et plus tard la destruction de la membrane; ou bien, si elle résiste à l'action destructive de la suppuration abondante qui accompagne cette affection, elle forme, à l'endroit qui a donné passage au polype, un col qui étrangle ce dernier, d'où résultent de temps en temps des douleurs très-vives.

La surdité est presque toujours complète dans ces sortes de polypes dont l'extraction est d'autant plus difficile qu'ils sont engagés dans la membrane du tympan d'où on ne saurait les arracher sans compromettre cette membrane, pour peu surtout que la portion du polype engagée dans la caisse soit plus volumineuse que l'ouverture du tympan qui lui a donné passage.

§ 2. — DIAGNOSTIC.

On constate la présence du polype par l'inspection minutieuse du conduit auditif; le siège et l'épaisseur de leur pédi-

cule, à l'aide d'un stylet dégagé, boutonné, légèrement recourbé à sa pointe, glissé entre le polype et les parois du conduit, en cherchant à l'engager derrière le point d'insertion. Une fois que le pédicule est compris dans la courbure de l'instrument, on peut juger de son épaisseur, du point précis où il s'attache, et de sa distance du tympan. Si le stylet ne peut être introduit, à cause de la douleur qu'il provoque, on pourra, par le simple attouchement du polype, acquérir presque les mêmes notions; car si son pédicule est étroit et un peu long, la plus légère pression le fera obéir et balloter dans le conduit; s'il est près de la membrane du tympan, la même pression le poussant contre cette membrane, le malade éprouvera une douleur très-vive, accompagnée de quelques vertiges, et très-souvent aussi d'un léger larmolement de l'œil du même côté. Si, au contraire, il est à base un peu large, il sera plus résistant, et, à moins qu'il ne touche le tympan, sa pression ne donnera lieu qu'à une douleur locale, et jamais aux phénomènes précédents.

Les polypes qui naissent sur la membrane du tympan représentent le plus ordinairement sur un pédicule plus large que ceux dont nous venons de parler, et ne sont pas susceptibles d'acquérir les mêmes dimensions. Presque toujours aplatis en forme de champignons, à surface granulée, ils s'étendent en largeur seulement, et restent appliqués contre le tympan, qu'ils masquent entièrement. Cette disposition, quand ils ne sont pas très-épais, les rend très-difficiles à connaître à la vue seule, à cause de la surface externe, qui simule parfois assez bien la membrane du tympan. Il faut alors, au moyen d'un stylet droit, tâcher de leur imprimer un mouvement de rotation. Quelle que soit la largeur de leur pédicule, on peut toujours alors obtenir un léger déplacement, qui suffit pour déceler leur existence.

Triquet (1) avoue qu'il est difficile de reconnaître la base d'implantation des polypes; lorsqu'ils sont profonds, on a cherché, dit-il, à circonscrire leurs bases avec un stylet. Mais cette exploration, ajoute-t-il, est souvent difficile, douloureuse; et, pour reconnaître un polype qui vient

(1) Triquet, *Traité pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1857.