

de la caisse, on n'a souvent que les signes commémoratifs.

Si Triquet s'était rappelé les préceptes que je viens de donner, il se serait assuré que rien n'est plus facile que de constater, sans avoir besoin d'aucun signe commémoratif, qui du reste ne peut être que d'un très-modeste secours, le point d'implantation des polypes, même dans la caisse. Mais, pour atteindre un pareil résultat, il faut que le conduit soit bien éclairé, et avoir des instruments qui permettent de faire une exploration minutieuse, sans provoquer trop de douleur. J'ai rarement été empêché par les souffrances du malade; mais si, pendant l'investigation, le conduit n'est pas suffisamment éclairé, et que l'œil ne puisse suivre tous les mouvements de l'instrument, la pointe du stylet, au lieu d'arriver au fond du polype sans avoir touché les parois du conduit, les heurtera dans tous les sens, et produira ainsi à chaque contact des douleurs inutiles, lesquelles, par leur répétition, deviennent bientôt insupportables.

Triquet me semble aller un peu trop loin, en cherchant à s'approprier cette doctrine, à savoir : que les excroissances charnues ou les polypes de l'oreille se développent presque toujours ou même toujours à la suite des suppurations chroniques de l'appareil auditif.

Cette doctrine est professée et écrite par tous les auteurs qui traitent de ce sujet, Kramer excepté, peut-être.

Itard dit : « Dans la plupart des cas, il se montre à la suite de longs écoulements; quelquefois cependant ces excroissances entretiennent à leur tour l'otorrhée, qui cesse dès qu'on en a délivré le conduit (1). »

Menière émet le principe suivant : « Le polype est le résultat et non la cause de l'altération de la peau du conduit auditif ou des autres parties sur lesquelles il se développe (2). »

Et moi-même, en 1844 (3), j'établissais déjà le même principe.

(1) Itard, page 334.

(2) Menière, in Kramer, Notes, page 115.

(3) Bonnafont, *Mém. sur les polypes de l'oreille* (Bull. de l'acad. de méd. Paris, 1844-1845, t. X, p. 12) et *Instruments pour enlever les excroissances polypeuses qui se développent dans le conduit auditif* (ibid., p. 1034).

§ 3. — PRONOSTIC.

Le pronostic des polypes dépend : 1° de l'altération des tissus sur lesquels ils naissent; 2° du point de leur insertion; 3° de leur organisation particulière; 4° de la largeur de leur pédicule; 5° du désordre qu'ils ont déjà produit dans l'oreille.

1° Le polype n'étant que l'effet ou une production anormale développée sur un tissu lui-même altéré, le pronostic sera en raison de la cause qui a produit cette altération, et surtout de la constitution du sujet, si elle est scrofuleuse, lymphatique, ou viciée par d'autres maladies antérieures.

2° *Point d'insertion.* La différence du point d'insertion du polype n'offre de gravité qu'en raison des difficultés qu'il présente pour l'opération, et du désordre qu'il peut occasionner sur l'appareil de l'ouïe quand il s'insère dans la caisse, sur ou près de la membrane du tympan. Mais il est évident que les polypes qui naissent dans la caisse seront bien plus graves que ceux qui s'insèrent sur la membrane du tympan et sur les parois du conduit auditif. Contrairement à l'assertion des praticiens d'outre Rhin, je persiste dans cette opinion que les polypes de la caisse sont bien plus rares que ceux de la membrane du tympan, et ceux-ci encore plus que ceux des conduits auditifs. Pourquoi M. Duplay (1), qui partage complètement les idées des médecins allemands et qui témoigne une si grande confiance dans leur statistique, a-t-il omis de citer celle de Menière qui, sur cent vingt polypes qu'il a opérés, tous appartenaient au conduit auditif. Ma statistique, moins exclusive, se rapproche pourtant beaucoup de celle de Menière.

3° *Organisation particulière.* Considérés isolément, les polypes mous et spongieux seront moins graves que ceux d'un tissu plus compacte. Les premiers cèdent à la plus légère résistance, et se dégorgent facilement, tandis que les seconds peuvent, par la compression qu'ils sont susceptibles d'exercer quand ils sont volumineux, produire des accidents locaux et généraux, quelquefois fort graves. Mais si on considère ces

(1) Follin et Duplay, *Traité élémentaire de Pathologie externe*, tom. IV, fascicule 1, *Maladies de l'appareil auditif*. Paris, 1832.

productions par rapport à la cause qui a pu les engendrer, celles dont le tissu est spongieux et saignant ont un caractère autrement grave; car, comme l'a dit Itard, elles sont susceptibles d'une dégénérescence fâcheuse.

4° *Largeur du pédicule.* Plus un polype repose sur un pédicule large, plus l'opération est difficile, et plus il est susceptible de récidiver, à cause des difficultés qu'il y a d'atteindre avec le caustique toute la surface que l'opération laisse à nu. En outre, si un polype à base un peu large s'implante sur le tympan, il entraîne toujours ou presque toujours la perte de cette membrane, et quelquefois celle des osselets. Nous disons quelquefois car le plus souvent cette membrane peut être détruite par une altération morbide, sans entraîner avec elle les osselets. Ceux-ci, retenus par leurs ligaments et surtout leurs muscles, résistent souvent à la cause qui détermine la destruction de la membrane. Mais alors, n'étant plus retenu par celle-ci, le marteau obéit à l'action de son muscle interne, qui l'entraîne en haut et en dedans, tandis que sa tête est légèrement abaissée et déjetée du côté du conduit auditif. Nous avons constaté, sur huit individus, l'exactitude de ces dispositions anatomiques, où la chaîne des osselets doit, dans presque tous les cas, se briser. La tête du marteau, par le mouvement de bascule qu'elle subit, s'éloigne de la paroi interne de la caisse, tire à soi l'enclume, qui, à son tour, communique cette traction à l'étrier. Mais, des trois osselets, l'enclume étant le seul qui n'est fixé à la caisse par aucun muscle ni aucun ligament, se sépare de l'étrier ou du marteau. Le plus ordinairement, c'est son articulation avec le premier de ces deux os qui cède, et l'enclume reste fixée au marteau. Nous possédons trois exemples où les choses se sont passées ainsi, tandis que nous n'en avons pas encore rencontré où cet os soit resté fixé à l'étrier.

5° *Désordres produits dans l'oreille.* Outre la perte de la membrane du tympan et de la chaîne des osselets, les polypes peuvent encore occasionner des accidents bien autrement graves. S'ils sont volumineux au point de comprimer les parois des conduits, ils ulcèrent la muqueuse et les tissus sous-jacents, dénudent l'os, et, si on ne se hâte de les enlever, ils ne tardent pas à déterminer la carie de la portion d'os dénudée, avec ac-

compagnement d'une suppuration dont la fétidité et l'abondance exercent bien vite une funeste influence sur la constitution générale. Si le polype ne permet pas à la suppuration de sortir librement au dehors, celle-ci s'accumule dans la caisse, cherche une issue par la trompe d'Eustache, ou bien gagne les cellules mastoïdiennes, où son long séjour finit par occasionner l'inflammation du tissu spongieux, se traduisant bientôt au dehors par l'engorgement, la rougeur et surtout la douleur des téguments qui recouvrent l'apophyse mastoïde. Jusque-là, si la cause est enlevée, tout peut se terminer par résolution; mais, pour peu que le pus stagne dans les cellules mastoïdiennes, un abcès ne tardera pas à s'y former et à se faire jour au dehors, en détruisant et désorganisant tous les tissus de cette apophyse. Parvenue à cette période, on sait combien une maladie d'oreille est grave, et combien elle devient rebelle aux moyens curatifs. D'autres fois, l'inflammation irradie à l'extérieur, en se propageant sur les tissus qui environnent l'oreille; la parotide s'engorge, acquiert un volume énorme; et, par la pression que cette glande exerce sur le nerf facial qui la traverse, le malade éprouve des douleurs atroces, qui se font ressentir sur tout le côté de la face, dont le siège principal est le front, l'œil, et les dents de ce côté. Le malade ne peut, le plus souvent, faire mouvoir la mâchoire inférieure, sans jeter des cris; le conduit auditif est, en outre, tellement rétréci par la compression de la parotide, qu'il est impossible de l'explorer, et d'y diriger aucune médication. A ces accidents succède, souvent, la paralysie partielle ou même totale du nerf facial.

La maladie se complique de vomissements parfois si intenses, que l'estomac ne peut supporter la présence des plus simples aliments, ni d'aucune boisson. Ce symptôme purement sympathique, provoqué par la transmission de l'irritation au moyen des nombreux filets nerveux qui, de l'oreille, s'anastomosent avec le grand sympathique et le pneumo-gastrique, indique que l'affection a pris un caractère fort inquiétant.

Le vomissement peut encore être déterminé par la suppuration qui, de l'oreille, coule par la trompe d'Eustache jusqu'à l'estomac, où, par sa présence, elle détermine un dépôt et, plus tard, la contraction de ce viscère. J'ai été témoin de deux

faits où le vomissement ne reconnaissait pas d'autre cause.

§ 4. — SYMPTOMES.

Nous pensons avoir suffisamment indiqué les symptômes qui accompagnent les polypes de l'oreille. Nous ajouterons cependant qu'il est bien étrange qu'un polype puisse se former, grandir et rester dans une partie aussi délicate que l'oreille, sans que sa présence y produise aucune douleur, tant qu'il n'existe pas de mouvement fluxionnaire; mais, aussitôt qu'une légère congestion s'y opère, les symptômes d'un abcès phlegmoneux, plus ou moins intenses, se déclarent, durant cinq ou six jours, et ne disparaissent qu'après un écoulement abondant de matières très-fétides, mêlées souvent avec du sang. Les crises qu'on attribue à des courants d'air sont bien plutôt provoquées par le gonflement du polype qui, obstruant le conduit auditif, s'oppose au libre écoulement du pus. Celui-ci, arrêté, s'accumule entre le polype et la membrane du tympan, comprime cette dernière, et donne lieu à tous les accidents qu'entraîne la compression de cette membrane, et qui ont été aussi très-bien signalés par le docteur Heldige (1), ou bien, si le tympan est perforé, ce qui a lieu toujours quand la maladie est ancienne, le pus passe dans la caisse, s'y accumule en déterminant des douleurs intolérables; et, si le conduit auditif externe ou la trompe d'Eustache ne lui permettent pas de s'écouler au dehors, il fuit dans les cellules mastoïdiennes, détruit la muqueuse et la chaîne des osselets, dénude les surfaces osseuses, brise la membrane de la fenêtre ronde, pénètre dans le vestibule et l'oreille interne, où son voisinage du cerveau ne tarde pas à produire une inflammation de cet organe ou de ses enveloppes.

Parvenue à ce degré de gravité, la maladie peut devenir immédiatement mortelle, si on ne se hâte de donner issue au pus, soit par l'extraction du polype, ou bien en dilatant ou désobstruant la trompe d'Eustache au moyen du cathétérisme de ce tube. Nous ne nous dissimulons pas les difficultés qu'il y a de soumettre le malade, au milieu des douleurs qu'il éprouve, à de pareilles opérations; mais, en présence d'une

(1) Heldige, *Gazette médicale de Paris*, 3^e série, t. XVIII, n^o 32.

position aussi désespérante, et de l'événement qui doit en être la triste conséquence, la pire de toutes les médications est celle qui conseille de ne rien faire, lorsque surtout, les ressources de l'art n'étant pas épuisées, une lueur d'espoir peut encore jeter un peu d'espérance dans l'esprit du médecin, et un peu de calme dans celui des parents.

Il est bien évident que l'extraction du polype, dans un cas aussi désespéré, pas plus que l'écoulement du pus par la trompe d'Eustache ou par l'apophyse mastoïde, n'auront pour résultat la guérison des désordres qui existent dans la caisse, mais bien de produire un soulagement sensible, tout en permettant de diriger vers l'oreille une médication dont les voies étaient fermées auparavant. Et d'ailleurs, comme il est impossible de préciser le degré d'incurabilité du mal en présence des ressources que la nature peut mettre en action, il importe de ne rien négliger pour ramener les parties dans les conditions les plus favorables qui leur permettent de profiter de son influence médicatrice. Si l'on parvient à extraire le polype, des injections les mieux appropriées, dirigées dans la caisse, soit par les conduits auditifs externes ou par la trompe d'Eustache, pourront modifier l'état pathologique assez avantageusement pour provoquer, sinon une guérison complète, au moins un soulagement notable.

§ 5. — CAUSES.

La plupart des auteurs prétendent que l'âge où l'on commence à observer des polypes est dix ans; qu'avant cette époque, il est rare de rencontrer des malades qui en soient atteints.

Depuis que je m'occupe du traitement des maladies de l'oreille, j'ai eu l'occasion de pratiquer bien des extractions de polypes sur des enfants de trois à cinq ou six ans, quelques-uns même n'ayant pas cet âge. Tous ces jeunes clients m'ont été adressés par Guersant père, Blache, Oterburg, etc., qui ont constaté avec moi la présence de ces excroissances charnues; il n'est donc pas possible de révoquer en doute ce fait, bien qu'il soit en opposition avec la statistique si minutieuse de Toynbee et Riquet.

Un de mes derniers opérés était un enfant de deux ans à peine, et portait un polype à l'oreille droite, qui faisait saillie en dehors du conduit auditif externe, avec une otorrhée très-fétide et très-abondante. Comme le polype s'implantait sur les parois du conduit, près de la membrane du tympan, et que son pédicule était très-étroit, il fut très-facile de l'enlever par arrachement, et sans crainte de nuire à cette membrane. L'extraction une fois opérée, je cautérisai deux ou trois fois la racine, et je recommandai aux parents de faire deux ou trois injections par jour, avec une solution de 4 grammes de sulfate d'alumine dans 125 grammes d'eau. Huit jours après l'opération, tout écoulement de l'oreille avait cessé, et le polype ne paraissait avoir nulle tendance à se reproduire. Depuis dix ans environ que l'opération a été faite, la guérison ne s'est pas un instant démentie.

Chez cet enfant, dont l'écoulement de l'oreille était purulent, fétide et très-abondant, celui-ci a diminué de plus de trois quarts, immédiatement après l'extraction du polype.

Ce phénomène, que nous avons remarqué un très-grand nombre de fois, à l'instar d'Itard et de Kramer, tend à prouver, contrairement à l'opinion émise par Triquet, que si le polype n'est que la conséquence de l'écoulement puriforme, il en est souvent la cause, sinon immédiate, du moins très-rapprochée.

§ 6. — TRAITEMENT.

Aussitôt que l'existence d'un polype dans l'oreille sera bien constatée, il faudra songer au procédé opératoire qui conviendra le mieux pour en faire l'extraction. Le chirurgien peut choisir, selon les cas, entre l'*arrachement*, la *ligature*, la *cautérisation* et l'*instrument tranchant*.

1° *Arrachement*. Quand le polype est à pédicule étroit et qu'il s'insère, sur les parois des conduits n'importe à quelle profondeur, l'arrachement peut être employé avec avantage. Seulement, afin d'éviter les inconvénients et les douleurs d'une forte traction qu'exigent ceux dont le pédicule est trop résistant, je combine l'arrachement avec la torsion. Ce procédé est moins douloureux, et de plus, il a l'avantage d'être moins exposé aux hémorrhagies.

Il faut avoir bien soin de glisser les pinces jusqu'au pédicule, et le plus près possible du point de son insertion. Sans cela, on s'exposerait à laisser à côté de l'oreille un fragment trop considérable, qui pourrait exiger une nouvelle opération.

Si l'insertion du polype se fait sur la membrane du tympan, l'arrachement doit être le dernier de tous les procédés qu'on devra mettre en usage.

Le procédé opératoire le moins douloureux, et celui dont les suites sont le moins à craindre, est l'*incision* du polype au niveau du tympan, et l'arrachement de la portion qui tient au pédicule, si mieux on n'aime en faire aussi l'*excision*; de cette manière, on ménage la membrane, et, quoique son intégrité ne soit pas indispensable au mécanisme de l'ouïe, son arrachement, outre la douleur qu'il produit et les accidents qui peuvent en résulter, peut encore occasionner la chute des osselets, dont la perte, l'étrier compris, entraîne inévitablement la surdité. Si l'arrachement pouvait se faire en laissant ce dernier osselet en place et sans déranger la position qu'il occupe contre la fenêtre ovale, il mériterait la préférence sur tous les autres procédés. Mais il serait difficile que des tiraillements un peu forts pussent être supportés par la membrane du tympan, sans que la chaîne des osselets en fût ébranlée; l'étrier seul, à cause de la résistance que lui prête son muscle, pourrait quelquefois lutter avec avantage; mais c'est là une chance sur laquelle il ne faut pas trop compter, quand on peut se conduire autrement. Il n'en est pas d'ailleurs des polypes de l'oreille comme de ceux des autres cavités, où, pour l'opération, le chirurgien n'a à se préoccuper que des accidents résultant de son extraction; tandis que pour ceux qui viennent à l'oreille, le malade demande ou du moins désire, non-seulement qu'on l'en débarrasse, mais encore qu'on lui conserve ou qu'on rétablisse l'exercice de l'organe qui ne fonctionne plus depuis longtemps. Quels que soient les vœux et les désirs du malade à cet égard, il est du devoir du chirurgien de s'enquérir, avant l'opération, si l'organe est encore susceptible de percevoir les sons; auquel cas, il devra toujours, dût-il prolonger l'opération, donner la préférence au procédé qui lui permettra de remplir le double but de l'extraction du polype tout en ménageant le plus possible les organes qui concourent au mécanisme de l'ouïe. Pour peu

que les fonctions de l'oreille se rétablissent, le bonheur qu'éprouvera le malade, à la perception des sons, lui fera bientôt oublier les douleurs légères de l'opération et le temps qui aura été mis à la pratiquer.

Quant à la portion du polype qui, après l'excision, doit nécessairement rester dans la caisse, l'hémorrhagie qui a lieu après l'opération, diminuant beaucoup son volume, on peut le lendemain, et quelquefois plus tôt, le saisir avec une petite érigne et l'attirer au dehors à travers l'ouverture du tympan. Mais il faut que le conduit auditif soit bien éclairé pour que l'opérateur puisse, sans hésiter, introduire l'instrument à travers l'ouverture du tympan jusqu'à la caisse; c'est là un résultat important auquel la lumière solaire fait trop souvent défaut, et qu'on obtient très-bien à l'aide de l'otoscope.

Si la portion du polype, restée dans la caisse, est trop petite pour être saisie par l'érigne, on pourra essayer de la chasser au dehors au moyen d'insufflations gazeuses dirigées dans l'oreille par la trompe d'Eustache. Ces insufflations ont encore l'avantage d'empêcher le corps étranger de s'engager dans la trompe, où il pourrait être entraîné avec la suppuration qui, dans ce cas, engoue la caisse et tend à s'écouler, partie par l'ouverture du tympan et partie par la trompe jusqu'à l'arrière-gorge. Si cependant ce fragment charnu résistait à tous ces moyens, il ne faudrait pas s'obstiner à l'extraire; entièrement isolé et privé de tout élément nutritif, il ne tarde pas à se putréfier et à être éliminé avec les matières puriformes au milieu desquelles il nage.

Il ne suffit pas seulement ici d'enlever le polype, il faut encore ménager l'appareil de l'oreille moyenne, afin de compromettre le moins que cela se pourra, la faculté de l'ouïe. Comme il est difficile, sinon impossible, d'arracher un polype adhérent au tympan, sans entraîner avec lui une portion de cette membrane, il serait prudent de réserver cette méthode pour les cas seulement où la ligature et la section seraient tout à fait impossibles.

Je sais que l'arrachement est beaucoup plus facile et surtout plus expéditif. Mais le chirurgien devant attacher plus d'importance au résultat de l'opération qu'aux procédés faciles et brillants dont il se sert pour la pratiquer, il ne devra pas, en

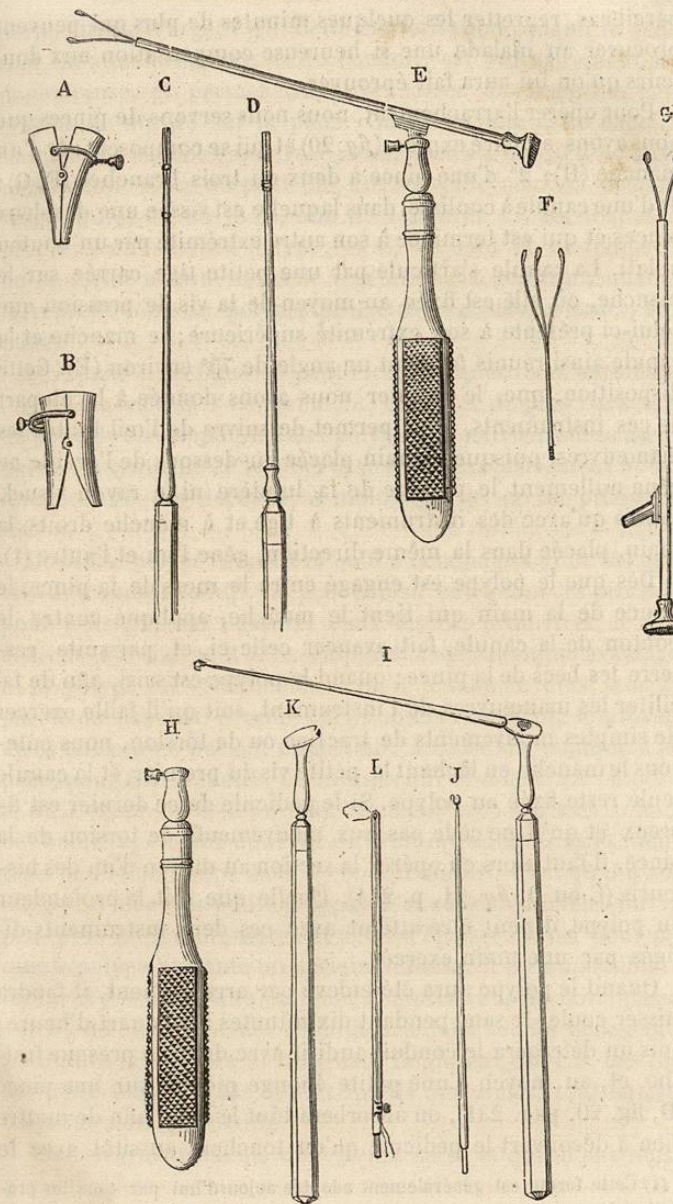


Fig. 20. — Pinces à polypes de Bonnafont.

pareil cas, regretter les quelques minutes de plus qui peuvent procurer au malade une si heureuse compensation aux douleurs qu'on lui aura fait éprouver.

Pour opérer l'arrachement, nous nous servons de pinces que nous avons fait faire exprès (*fig. 20*) et qui se composent : 1° d'un manche (H); 2° d'une pince à deux ou trois branches (F, G); 3° d'une canule à coulisse, dans laquelle est vissée une des deux pinces et qui est terminée à son autre extrémité par un bouton aplati. La canule s'articule par une petite tige carrée sur le manche, où elle est fixée au moyen de la vis de pression que celui-ci présente à son extrémité supérieure; le manche et la canule ainsi réunis forment un angle de 75° environ (E). Cette disposition, que, le premier nous avons donnée à la plupart de ces instruments, nous permet de suivre de l'œil toutes les manœuvres, puisque la main placée au-dessous de l'oreille ne gêne nullement le passage de la lumière ni le rayon visuel, tandis qu'avec des instruments à tige et à manche droits, la main, placée dans la même direction, gêne l'un et l'autre (1).

Dès que le polype est engagé entre le mors de la pince, le pouce de la main qui tient le manche, appliqué contre le bouton de la canule, fait avancer celle-ci, et, par suite, resserre les bees de la pince; quand le polype est saisi, afin de faciliter les manœuvres de l'instrument, soit qu'il faille exercer de simples mouvements de traction ou de torsion, nous enlevons le manche en lâchant la petite vis du premier, et la canule seule reste fixée au polype. Si le pédicule de ce dernier est fibreux et qu'il ne cède pas aux mouvements de torsion de la pince, il faut alors en opérer la section au moyen d'un des bistouris (C ou D, *fig. 21*, p. 244). Quelle que soit la profondeur du polype, il peut être atteint avec ces deux instruments dirigés par une main exercée.

Quand le polype aura été enlevé par arrachement, il faudra laisser couler le sang pendant dix minutes à un quart d'heure; puis on détergera le conduit auditif avec de l'eau presque fraîche, et, au moyen d'une petite éponge montée sur une pince (D, *fig. 20*, pag. 231), on absorbera tout le sang, afin de mettre bien à découvert le pédicule qu'on touchera aussitôt avec le

(1) Cette forme est généralement adoptée aujourd'hui par tous les praticiens français et étrangers.

porte-nitrate d'argent (C). Cette cautérisation, quand le pédicule est attaché aux parois du conduit, est ordinairement peu douloureuse, et permet d'appuyer assez fortement le petit crayon de nitrate sur la plaie. On renouvelle cette cautérisation tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'il ne reste plus aucune trace du pédicule. On surveille celui-ci pendant vingt jours, ou un mois, afin de s'assurer s'il est disposé à produire un nouveau polype; et si, au bout de ce temps, il ne se forme aucune nouvelle végétation, la guérison, quant à la reproduction du polype, peut être regardée comme complète.

2° *Ligature*. La ligature peut être pratiquée dans les mêmes circonstances que l'arrachement, et elle a de plus l'avantage de pouvoir être appliquée aux polypes qui naissent sur la membrane du tympan. Je la réserve presque exclusivement à l'enlèvement de ces derniers, à moins que je ne lui préfère la section.

Quand le polype est petit et qu'il n'occupe pas toute la capacité du conduit auditif, on peut choisir entre tous les procédés pour y diriger une ligature. Dans les cas ordinaires, le procédé de Fabrizj peut être employé avec quelque avantage. Si le polype est volumineux et qu'il touche en tous sens les parois du conduit, comme cela s'observe souvent, le procédé de ce chirurgien devient impossible, à cause du manque d'espace, pour faire pénétrer les canules qui sont destinées à poser le fil. Ces sondes sont en effet beaucoup trop épaisses; quand cet habile opérateur nous dit qu'il en introduit deux et même trois en même temps dans le conduit auditif, c'est qu'il n'a eu affaire qu'à de très-petits polypes. J'ai constaté qu'elles ont un peu plus de 2 millimètres et demi d'épaisseur: or, pour peu que le polype présente un certain volume, il est impossible, à moins d'y exercer une violente compression, de faire passer entre lui et les parois des conduits les deux sondes nécessaires pour faire la ligature. Il faut, dans la plupart des cas, des instruments plus délicats, plutôt aplatis que ronds, tout en leur donnant assez de solidité.

Voici les instruments dont je me sers, et qui m'ont réussi plusieurs fois.

Le porte-nœud ressemble à celui de Récamier pour les po-

lypes de l'utérus; mais réduit aux dimensions suivantes; longueur de la tige jusqu'aux anneaux, 12 centimètres; largeur, un millimètre et demi; épaisseur, un demi-millimètre (F, G, *fig.* 21, page 244).

Le serre-nœud est un peu plus fort, sa largeur étant de 2 millimètres, et son épaisseur de 1 millimètre. Celui-ci consiste en une tige d'acier présentant: 1° un chas à une extrémité, pour faire passer les deux bouts de fil; 2° à 7 centimètres de cette extrémité, un petit bouton à vis, précédé d'une petite œillère placée à la distance d'un demi-centimètre (L); 3° enfin, son extrémité correspondante est libre et se fixe sur un manche d'ivoire, à l'aide d'une vis de pression (*fig.* 20, K). Voici l'usage de toutes ces parties.

Dès que le fil est engagé dans l'ouverture supérieure, les deux chefs, passés dans la petite œillère, sont fixés sous le bouton de vis, qui peut être laissé libre, ou les presser à volonté. Quand l'anse du fil a été portée au moyen des deux instruments sur le pédicule du polype, le porte-nœud est retiré; alors l'opérateur, saisissant plus fortement les deux bouts du fil qu'il faut laisser très-longs, tire sur eux pendant qu'avec le pouce il prend un point d'appui sur le bout du serre-nœud; à l'aide de la combinaison de ces deux mouvements de traction sur les fils et de pression sur l'instrument, le pédicule du polype, compris dans l'anse du fil, subit une pression qu'on peut porter à un degré tout à fait volontaire, tout en conservant la faculté de la diminuer ou de la cesser complètement si les circonstances l'exigeaient. Dès qu'on croit le polype suffisamment serré, on tourne le bouton de vis jusqu'à ce que les fils soient fixés entre lui et le corps de l'instrument. On peut, si l'on tient à terminer l'extraction du polype immédiatement, ajouter la torsion à la constriction; il suffit pour cela de faire exécuter quelques tours au serre-nœud. Si la douleur ressentie par le malade, ou tout autre accident, ne permettait pas d'exercer une pression graduelle aussitôt que les fils seront fixés à un degré convenable, on enlèvera le manche, et le serre-nœud restera dans l'oreille, où sa délicatesse, sa légèreté, le feront facilement supporter. Les serre-nœuds imaginés par MM. les docteurs Ladreit de la Charrière et Garrigou des Arènes ne sont que des modifications du mien et n'ont pas l'avantage

de permettre de diviser l'opération en deux séances: avec leur instrument, quelle que soit la douleur et l'irritabilité du patient, une fois le fil engagé il faut nécessairement terminer l'opération, le poids et la longueur de l'instrument ne permettant pas de le laisser en place. Sa longueur seule est gênante, parce qu'elle dépasse l'oreille de 2 centimètres. C'est là un inconvénient qu'il ne nous a pas été possible de faire cesser. Aussi, afin d'éviter la gêne qu'il occasionne pendant la nuit, faisons-nous toujours en sorte que le polype soit enlevé dans la même journée. Si M. Ladreit de la Charrière nous a lu, nous ne comprenons pas qu'il ait pu écrire que l'arrachement était avant lui de tous les procédés opératoires le plus usité à cause du manque d'instruments appropriés aux autres méthodes.

La délicatesse de nos instruments, et surtout leur forme aplatie, rend la ligature applicable et possible sur tous les polypes, quel que soit leur volume et le point du conduit ou du tympan où ils s'insèrent; on voit que nous sommes loin de partager l'opinion de M. Kramer et d'un grand nombre d'opérateurs qui prétendent que l'application de la ligature est difficile ou même impossible quand le polype est petit, situé près de la membrane du tympan, et d'une forme allongée (1). Tous ces polypes peuvent facilement être saisis par notre procédé; seulement, quand ils sont très-petits, nous préférons les enlever par arrachement ou par section.

En comparant notre procédé avec celui de Fabrizj, qui est le plus en faveur, le nôtre a l'avantage: 1° d'être d'une exécution plus simple; 2° à cause de la finesse des instruments qui s'engagent plus facilement entre le polype et les parois du conduit, de pouvoir être appliqué dans des cas où l'introduction des canules de Fabrizj est difficile ou impossible. Comme nous, ce chirurgien laissait quelquefois la ligature à demeure où elle est fixée à l'aide de l'aplatissement de la sonde de plomb sur les fils. Cette sonde a même un avantage réel sur la nôtre, puisque, étant coupée à une hauteur qui ne dépasse pas le pavillon de l'oreille, elle peut rester

(1) Kramer, *Traité pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1848, p. 109.