

pendant la nuit sans trop gêner le malade. Mais, à côté de ce mérite, ce mode de ligature présente l'inconvénient de ne pouvoir être relâché à volonté lorsque sa constriction occasionne de vives douleurs; l'aplatissement de la canule de plomb sur les fils rendant le dégagement de ces derniers impossible, il faut alors de toute nécessité terminer l'opération, si on veut mettre fin aux douleurs très-vives que le malade ne saurait supporter sans danger. Nous adresserons le même repoche au fil en métal dont se sert Fabrizj et qui, une fois tordu, ne peut plus se relâcher. Dans notre procédé, au contraire, le fil étant de soie, et fixé avec une vis de pression, on peut serrer et relâcher à volonté l'anse qui entoure le pédicule, de manière à continuer ou à suspendre l'opération, si une autre méthode doit lui être préférée, comme cela peut arriver pour les polypes fibreux qui s'insèrent sur la membrane du tympan et dont l'arrachement pourrait entraîner cette membrane avec le polype. Nous devons ajouter, avant de terminer ce paragraphe, qu'un simple stylet fourchu, recommandé par plusieurs chirurgiens, est presque toujours insuffisant pour diriger l'anse du fil jusqu'au pédicule; une foule de circonstances, telles qu'un mouvement un peu brusque de la tête du malade, une douleur vive, un écoulement sanguin, pouvant séparer le stylet du fil, il devient fort difficile, même à une main exercée, de ressaisir ce dernier au milieu des parties qui le masquent entièrement. Le porte-nœud à chas mobile n'a pas cet inconvénient, et doit être toujours préféré. Depuis plusieurs années, nous avons substitué, dans la plupart des cas, le fil métallique au fil de soie.

3° *Cautérisation* — La cautérisation est presque toujours impuissante pour détruire un polype d'un certain volume; mais elle devient précieuse contre la portion du pédicule que les autres procédés n'ont pu enlever, et surtout pour s'opposer à leur reproduction. Le seul caustique que nous employions, c'est le nitrate d'argent, avec la modification suivante : nous avons fait couler, à cet effet, de petits crayons de nitrate qui n'ont qu'un millimètre et demi de diamètre que nous portons à l'aide d'un petit porte-crayon (*fig. 20, C*) sur le point que nous voulons cautériser. Le conduit étant parfaitement éclairé, il nous est facile de diriger le caustique avec la plus grande

précision et sans craindre de toucher ailleurs que là où son action est nécessaire. Cette délicatesse du caustique, qui dépasse de très-peu les valves de l'instrument, tout en permettant de manœuvrer facilement dans le conduit auditif, nous dispense de prendre les précautions tant recommandées par les auteurs, telles que de placer un bourrelet de charpie contre la membrane du tympan, lié au milieu par un fil, afin de pouvoir l'extraire à volonté; puis, de garnir dans le même but, avec une petite lame de métal ou de cire, la portion du conduit opposée à l'implantation du polype.

Nous n'avons jamais employé ces précautions, qui sont d'ailleurs beaucoup plus faciles à indiquer qu'à mettre à exécution. D'abord, la membrane tympanique supporte difficilement le contact des tampons; et, pour peu que l'individu soit nerveux, la présence de ce corps étranger deviendra intolérable; puis, si le polype est situé un peu profondément, je ne sais pas comment le porte-nitrate ordinaire permettra de diriger dans le conduit une plaque en métal ou en cire. Nous le répétons, toutes ces précautions, bonnes sans aucun doute, demandent pour leur application des conditions que l'étroitesse du conduit présente bien rarement. Elles peuvent être plus efficacement remplies en se servant d'un porte-caustique à cuiller latérale. On est bien sûr, en glissant le dos de la cuiller contre la paroi du conduit, jusqu'à ce que le caustique soit au niveau du pédicule sur lequel on l'applique, de ne toucher que ce point. S'il faut porter le nitrate sur la membrane du tympan, je me sers d'un pareil instrument à cuiller directe, dont les parois garantissent toutes les parties qui ne sont pas en rapport immédiat avec le caustique. La cautérisation faite avec soin et d'après cette méthode, quoique parfois suivie d'une douleur très-aiguë qui dure quelques heures, ne donne jamais lieu à des accidents graves. Elle doit être renouvelée tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'il ne reste plus aucun vestige du polype; encore faudra-t-il surveiller la place pour s'assurer s'il ne repousse pas, auquel cas il faudrait continuer l'usage du caustique. Nous n'avons jamais eu la pensée de suivre l'exemple de Scultet et de Marchettis, qui ont employé dans des cas pareils le cautère actuel. Cependant, si nous rencontrions un polype dont la tendance à se repro-

duire résistât à l'action du nitrate, nous n'hésiterions pas à employer un bouton de feu, avec la persuasion que, dirigé avec soin sur le pédicule, il n'en résulterait d'autre accident que celui d'une douleur très-vive.

4° *Excision.* — Si nous avons semblé donner la préférence à l'arrachement pour tous les polypes qui s'insèrent contre les parois du conduit, nous réservons l'excision et la ligature pour ceux qui naissent sur le tympan. Mais chaque fois que l'excision est possible, et elle l'est souvent avec les moyens qui nous servent à la pratiquer, nous la préférons pour tous les polypes de l'oreille.

Avant de commencer l'opération d'un polype de même que dans toute autre opération de l'oreille, les malades et les assistants adressent toujours cette question au médecin : L'ouïe sera-t-elle rétablie, que gagnera-t-elle après l'opération ? Question toute naturelle, qui prouve l'importance qu'on attache au rétablissement de cette fonction ; et néanmoins, aucun médecin ne s'est assez préoccupé de résoudre cette question d'une manière satisfaisante.

En 1843, lors d'une lecture que je fis à l'Académie de médecine (1) à propos d'un jeune invalide, sourd depuis cinq ou six ans, qui recouvra l'ouïe après l'extraction d'une excroissance polypeuse qu'il avait à chaque oreille, je dis qu'on pouvait prévoir les résultats de l'opération pour ce qui regarde la fonction de l'ouïe, en auscultant avec soin la sensibilité du nerf, à l'aide d'une montre et d'un diapason appliqués sur les différentes parties du crâne. Depuis cette époque, j'ai pratiqué nombre d'opérations de ce genre, et le pronostic que j'ai porté s'est constamment réalisé. Cependant Wylde et Toynbee, en Angleterre ; Triquet, Menière et Déleau, en France, doutaient si l'audition se rétablirait ou non après l'extraction du polype. Voici ce qu'a dit Triquet à ce sujet :

« Quant à savoir si les malades recouvreront complètement l'ouïe, il faut être réservé sur cette question. Sur dix malades atteints de polypes, il y en aura neuf chez lesquels le polype viendra de la caisse, et alors après la guérison du polype l'audition n'éprouvera aucune amélioration, sera perdue ou res-

(1) Bonnafont, *Observ. d'un cas de surdité par une affection grave de l'oreille moyenne* (Bull. de l'Acad. de méd. 1843, tome VIII).

tera imparfaite; c'est ce qui résulte des observations d'Itard, de Toynbee et des miennes (1).

M. T. B. (2) a publié les réflexions suivantes, à propos de la difficulté de constater, avant l'opération d'un polype qui fermait complètement le conduit auditif, si l'audition serait rétablie après l'audition du corps étranger.

Dupuytren enleva, dit l'auteur de l'article, très-aisément une pareille tumeur à l'aide de petites pinces faites exprès ; le polype s'écrasa et se fondit en quelque sorte sous l'action des pinces. Il y eut un petit écoulement de sang par l'oreille et un écoulement puriforme les jours suivants. La guérison eut lieu ; le conduit auditif, exploré à la lumière solaire, fut trouvé entièrement libre ; *mais la surdité persista.* Pouvait-on, ajoute l'auteur, en reconnaître la nature avant l'arrachement du polype ? Il n'arrive malheureusement pas à l'oreille ce que nous voyons très-souvent avoir lieu aux yeux par l'existence d'une cataracte. Ici, le corps qui s'oppose au passage de la lumière sur la rétine n'empiète pas ordinairement sur la faculté intrinsèque de cette membrane ; aussi, après six, huit, dix, vingt ans de l'existence d'une cataracte, réussissons-nous souvent à rendre à l'organe visuel ses fonctions normales ; mais pour l'oreille il est rare que nous ayons un pareil bonheur ; lorsque le corps étranger, le polype, cette espèce de cataracte de l'oreille, s'est pendant quelque temps opposé au passage des rayons sonores sur la membrane du tympan, c'est souvent en vain que nous tentons de redonner à l'organe l'exercice de ses fonctions. C'est là une espèce de goutte sereine ou d'amaurose de l'oreille dont nous ne pouvons pas toujours connaître, *à priori*, l'existence, ainsi que cela s'observe sur l'œil cataracté et amaurotique. Aussi notre pronostic doit-il être toujours réservé dans les cas de ce genre. »

Ce passage est très-important et témoigne combien il est essentiel de constater, avant l'opération, la sensibilité du nerf et juger ainsi du résultat qu'on pourra obtenir. C'est ce que je crois avoir démontré de la manière la plus satisfaisante possible, et ce que l'observation suivante va achever de prouver.

(1) Triquet, *Loc. cit.*, p. 359.

(2) T. B. *Du traitement des polypes du conduit auditif et de la surdité qui l'accompagne* (Bull. de théor., 1834, t. VII, p. 324).

OBSERVATION X. — *Observation d'un polype muqueux se reproduisant avec la plus grande facilité.* — M. C..., occupant de hautes fonctions en Algérie, me fut adressé en 1853 par mon estimable confrère et ami, M. Moreau, médecin à Bône, pour que je lui fisse l'extraction d'un polype à l'oreille droite, qu'il portait depuis plusieurs années, et qui avait été opéré déjà deux ou trois fois sans succès.

Au premier examen j'aperçus, sans l'aide du speculum, seulement en redressant le conduit, et tirant le pavillon de l'oreille en arrière et en haut, un polype qui obstruait entièrement le conduit à un centimètre seulement de profondeur; un écoulement purulent, quelquefois même sanguin, s'échappait en assez grande abondance de cette oreille. Il est inutile d'ajouter que le conduit étant presque hermétiquement fermé, la surdité était à peu près complète de ce côté; cependant la montre appliquée sur les parois du crâne correspondantes à cette oreille fut entendue presque partout; ce qui me permit, dès la première consultation, d'assurer M. C.... que non-seulement j'espérais le débarrasser de cette infirmité qui faisait son désespoir; mais encore, après que son oreille en serait débarrassée, qu'il entendrait; il accepta avec joie mon pronostic. Quant au retour de l'ouïe, il y attachait une moins grande importance, parce que, depuis plusieurs années, il était habitué à se suffire avec l'oreille opposée, qui entendait d'ailleurs très-bien.

L'oreille étant bien éclairée, je pus constater, en glissant un stylet à pointe recourbée entre le polype et les parois du conduit, que le polype était pyriforme, long d'environ 2 centimètres; que son pédicule s'implantait à la partie inférieure des parois du conduit, très-près du tympan, lequel se montra très-sensible au toucher et ne paraissait avoir aucune perforation. L'opération ici était donc facile, ou du moins on pouvait enlever cette excroissance charnue sans léser le tympan. Cependant, comme je crains toujours, lorsque l'insertion a lieu si près de cette membrane, qu'en employant l'arrachement on n'atteigne plus ou moins cette cloison, je préfèrai l'excision.

Pour opérer de cette manière, je ne me sers plus des pinces pour saisir le polype, à cause de l'inconvénient qu'elles présentent, en l'écrasant, de provoquer un écoulement sanguin abondant qui masque tout le conduit et gêne le malade et l'opérateur. Je préfère une petite érigne double (B, fig. 21, pag. 244) que je passe entre les parois du conduit et le polype, et je saisis le pédicule de ce dernier aussi près que possible de son insertion. Cela étant fait, je porte le tranchant de la lame du bistouri, courbe sur le plat (D, fig. 21, pag. 244), derrière le point d'intersection; et la section en est rendue très-facile par la tension donnée au pédicule au moyen de

l'érigne. L'opération se fit sans qu'aucune goutte de sang s'écoulât avant la section; ce procédé a encore l'avantage d'extraire le polype en entier, de donner la facilité d'étancher le sang au fur et à mesure qu'il s'écoule du conduit et de n'en laisser répandre aucune goutte aux environs de l'oreille.

L'excision étant faite, la petite hémorrhagie qui s'ensuit dure environ un quart d'heure; et lorsqu'on a bien étanché le sang du conduit avec une petite éponge, on peut, si l'on veut, cautériser la racine du polype avec du nitrate d'argent solide, ou bien attendre jusqu'au lendemain, si le sang n'avait pas cessé de couler.

M. C...., après cette opération, entendit bien de cette oreille. quoique le tympan fût très-opaque, épaissi et refoulé un peu du côté de la caisse par la pression qu'avait exercée le polype sur cette cloison, probablement avant de prendre sa direction du côté du conduit; car cette excroissance charnue avait la forme d'un cylindre plein, occupant hermétiquement le conduit dans ses deux tiers internes, et son pédicule n'avait pas plus de 4 ou 5 millimètres de longueur.

Lorsque le conduit auditif fut bien débarrassé, je l'explorai avec un stylet et je rencontrai, à côté du point où s'insérait le polype, un boursoufflement de la peau très-douloureux à la pression, occupant toute la partie inférieure et antérieure du conduit qui avoisine la membrane du tympan, laquelle, malgré son épaissement et son opacité, était molle, se laissait facilement déprimer par la pointe du stylet et revenait lentement sur elle-même après cette pression.

Après sept ou huit cautérisations, le malade, se croyant guéri, parce que l'oreille suppurait peu, et surtout parce qu'il était débarrassé de la cause principale qui lui avait fait faire le voyage de Paris, voulut absolument rejoindre son poste, où des affaires pressantes le rappelaient. Je lui prédis pourtant qu'il n'était pas guéri, qu'il y avait deux ou trois petites ulcérations qui n'étaient pas cicatrisées, et qu'en outre j'avais rencontré d'autres altérations qui me faisaient craindre, non le retour du même polype, mais de la production de quelque autre excroissance de ce genre, sur la portion du conduit où j'avais constaté un décollement. Nonobstant mes observations, M. C..., partit, et trois ans après il revint à Paris pour un nouveau polype qu'il sentait, disait-il, au fond de son oreille. Il m'avoua que pendant les deux ans qui avaient suivi la première opération, n'était un petit écoulement puriforme, presque insignifiant, il s'était cru complètement guéri; l'ouïe ayant repris un degré de finesse qu'il avait été loin d'espérer. Quand je l'examinai, je découvris en effet une excroissance charnue occupant tout le fond du conduit et masquant entièrement la membrane du

tympa. En la touchant avec le stylet, on la faisait balloter très-difficilement à cause de son point d'insertion qui paraissait assez large, situé à la partie inférieure et antérieure du conduit, et occupant ainsi la région où nous avons constaté l'empatement de la peau près du tympan.

L'audition, bien qu'elle ne fût pas supprimée au même degré que pendant le premier polype, l'était pourtant assez pour qu'il ne pût plus se servir de cette oreille. La montre était pourtant entendue à 3 ou 4 centimètres, et continuait encore à l'être sur le crâne; circonstance qui rendait le pronostic, par rapport à la fonction de l'organe, toujours aussi favorable.

M. C.... voulant être opéré tout de suite, je procédai immédiatement à cette opération. Non avec le même mode opératoire; car au lieu d'avoir affaire à un polype de 3 centimètres de long tenu par un pédicule étroit, il n'y avait qu'une végétation charnue ayant la forme d'un champignon et tenant au conduit par un pédicule très-large, dont la section offrait d'autant plus de difficulté qu'il était difficile de contenir le polype avec les pinces ou avec l'érigne, pour aider l'action de l'instrument tranchant. J'annonçai cette différence au malade, afin qu'il ne fût pas surpris du temps plus long qu'exigerait son traitement. Je ne pouvais non plus songer à l'arrachement, à cause des raisons que j'ai données pour le premier polype et qui s'appliquent bien mieux à celui-ci. Je préférâi donc, afin de ne pas ébranler la membrane du tympan et ménager les douleurs au malade, écraser tout simplement le polype avec la pince bivalve. Dès que les parties saillantes eurent été suffisamment broyées, j'étanchai le sang; immédiatement après je cautérisai assez fortement la plaie et j'engageai le malade à se faire faire pendant deux ou trois jours des injections avec de l'eau froide ou légèrement tiédie.

Au bout de trois jours, je renouvelai la cautérisation, mais auparavant je dus enlever avec la pince quelques petits lambeaux de chair qui tenaient à peine au pédicule.

Cette fois les cautérisations furent continuées tous les quatre ou cinq jours pendant un mois et demi à deux mois. Au bout de ce temps toute trace de polype était à peu près disparue; le tympan, qui n'avait pas changé d'état depuis la première opération, permit à l'ouïe de reprendre le même degré qu'elle avait acquis après l'extraction du premier polype.

Sept ans après cette dernière opération, le mieux obtenu s'était continué sans interruption. L'oreille, qui avait présenté un petit écoulement pendant deux ou trois mois, cessa totalement de suppuer sous l'influence des injections aluminées.

Cette observation présente de l'intérêt au double point de vue de la forme des polypes et du procédé opératoire que chacun d'eux a exigé. La ligature ou l'excision doivent être préférées dans les polypes longs qui ont un pédicule plus mince que le corps. Tandis que la cautérisation, le broiement et l'écrasement seront réservés pour les polypes à base large et peu saillants.

Jusqu'à présent tous les auteurs ne considèrent comme pouvant être enlevés par l'instrument tranchant que les polypes situés peu profondément dans le conduit auditif; ils ne croient pas ceux placés au fond de ce conduit et sur la membrane du tympan susceptibles d'être opérés par un bistouri.

Les instruments divers que nous avons fait faire nous permettent d'aller saisir le polype dans les parties les plus profondes du conduit. Nous pourrions citer à l'appui plusieurs exemples d'opérations de ce genre que nous avons pratiquées avec un succès complet.

Les instruments qui nous servent à cet usage (1), sont : quatre bistouris très-déliés dont : 1° un droit, pareil à celui qui sert pour la section sous-cutanée des tendons. Son tranchant n'a pas plus de 1 centimètre de long formé au bout d'un stylet qui en a 10 et d'un manche qui en a autant, ce qui donne à l'instrument une longueur totale de 16 centimètres, tandis que la tige d'acier et le tranchant n'ont que 1 millimètre et demi de largeur (*fig. 21, C*); 2° un second, à tranchant concave ayant les mêmes dimensions que le précédent (*fig. 21, D*); 3° deux autres bistouris courbés à plat, presque à angle droit au milieu de leur tranchant qui est disposé de manière à ce que l'un serve pour la main gauche et l'autre pour la droite (*fig. 21, E*); 4° d'une érigne double s'articulant à angle presque droit avec son manche (*fig. 20, I et J*, pag. 231).

Voici comment je procède.

Après avoir, à l'aide d'un stylet boutonné et recourbé à la pointe, bien constaté les dimensions du pédicule et le point où il s'insère; je saisis le polype avec la double érigne, le plus près possible du point de son insertion; quand je sens l'instrument bien engagé, j'y introduis le stylet bistouri en le faisant glisser à plat entre le polype et le conduit, jusqu'à ce que sa lame

(1) Tous ces instruments ont été fabriqués par l'habile M. Charrière.

soit arrivée derrière le pédicule s'il est contre les parois, et au-dessus s'il est contre le tympan. Dès que je sens que le tranchant appuie sur le pédicule, je tends ce dernier en le tirant légèrement avec l'érigne afin de faciliter sa section. Si le pé-

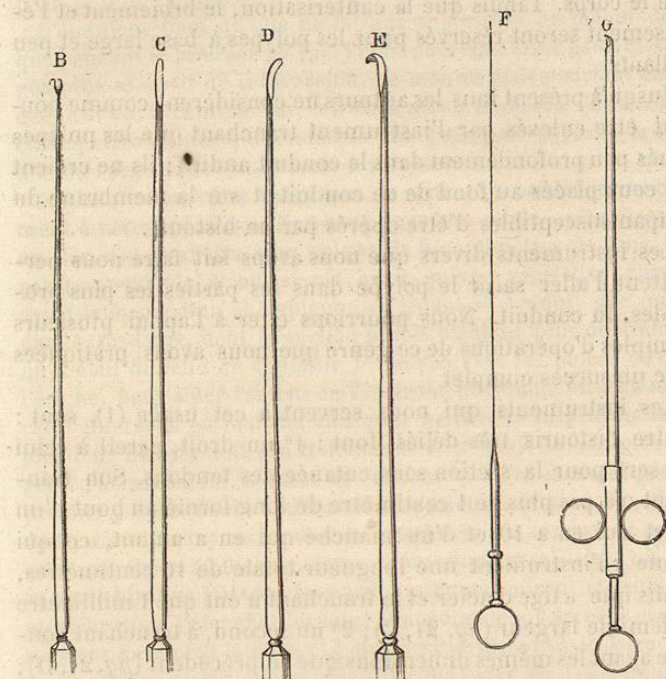


Fig. 21. — Instruments pour les polypes (*).

dicule est étroit, la section se fait du premier coup; mais s'il est un peu large, il faut y revenir deux ou trois fois, ce qui d'ailleurs retarde peu l'opération. On entraîne le polype au dehors avec l'érigne.

Les polypes du tympan sont saisis de la même manière et opérés avec un des bistouris courbés sur le plat dont le tranchant, engagé au-dessus du pédicule, le coupe en agissant de haut en bas; car le peu d'étendue de la lame et l'étroitesse du conduit permettent difficilement de la faire agir en sciant. L'abla-

* B, Érigne double; C, Bistouri droit; D, Bistouri courbe sur le tranchant; E, Bistouri courbe sur le plat; F, Aiguille du porte-nœud; G, Porte-nœud.

tion exécutée de cette manière, a l'avantage de ménager la membrane du tympan et de ne jamais augmenter le désordre que le polype peut y avoir commis. Mais il faut que le conduit auditif soit bien éclairé pour agir jusque sur le tympan avec autant de précision et pour que l'œil puisse suivre distinctement tous les temps de ces opérations.

Quand les polypes sont situés à l'entrée du conduit, je me sers de ciseaux bien étroits et à pointes boutonnées (1).

Après l'extraction du polype, on laisse couler le sang un quart d'heure ou une demi-heure, puis on nettoie le conduit avec une injection d'eau presque froide, et, après avoir bien desséché le conduit avec une petite éponge (fig. 20, D), on cautérise la plaie du pédicule; sans cette précaution, le nitrate, dissous dans une trop grande quantité de liquide, étendrait son action ailleurs que sur le pédicule, ce qu'il faut avoir soin d'éviter. Avec cette précaution, on peut être certain que l'instrument (fig. 20, C), ne porte le caustique que sur le point qu'on veut soumettre à son action.

C'est en 1844, que je fis fabriquer par M. Charrière les pinces bivalves et un bistouri qui ont été littéralement copiés par Triquet. Ils ne diffèrent entre eux que par l'articulation du manche avec leur tige, attendu que mes instruments sont coudés et ceux de Triquet sont droits. J'attacherais certes peu d'importance à cette similitude, si Triquet n'avait fait d'autres omissions, concernant le traitement des polypes, par ces procédés qu'il semble s'approprier et qui se trouvent également décrits dans les communications que je fis à l'Académie de médecine, soit en 1843 (2) soit en 1844 (3). Lorsque j'ai donné mes soins à l'étude de ces productions morbides, aux symptômes qui les accompagnent et surtout aux divers procédés opératoires qu'on peut leur opposer pour en faire l'extraction, les praticiens reléguèrent cette affection dans le cadre des maladies insignifiantes, et mon mémoire me valut cette ré-

(1) J'ai fait faire, depuis quelques années, par M. Mathieu, des ciseaux très-déliés qui permettent d'inciser les polypes jusqu'aux régions les plus profondes du conduit auditif.

(2) Bonnafont, *Observ. d'un cas de surdité* (Bull. de l'Acad. de méd., tome VIII, 1843).

(3) Bonnafont, *Mém. sur les polypes de l'oreille* (Bull. de l'Acad. de méd., 1844, tome X, p. 12).

flexion de Velpeau, lequel, immédiatement après la lecture, fit observer à l'Académie « que j'avais donné trop d'importance à un sujet minime. »

Depuis cette communication à l'Académie, les polypes de l'oreille n'ont pas été traités avec la même indifférence et ils ont enfin fixé l'attention de plusieurs praticiens.

Le polype n'étant qu'une production morbide due à l'altération des tissus sur lesquels elle se développe, son extraction ne saurait entraîner la guérison de l'otorrhée, accident qui préoccupe le plus le malade; mais 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 une cause incessante des accidents que nous avons signalés.

Encore une observation très-intéressante, qui prouvera l'efficacité des nouveaux moyens que nous proposons contre ces excroissances.

OBSERVATION XI. — M. B..., préfet d'un département du Midi, vint nous consulter au mois de juin 1843, pour un polype qu'il avait depuis longtemps à l'oreille droite, lequel avait été opéré trois ou quatre fois infructueusement depuis deux ans. L'écoulement puriforme était très-abondant; et lorsqu'il cessait accidentellement de couler, les douleurs d'oreilles et de la tête devenaient parfois intolérables. Après avoir examiné la position du polype et son point d'insertion, qui avait lieu tout près de la membrane du tympan, nous conseillâmes l'opération immédiate et nous insistâmes d'autant plus sur l'urgence, que la membrane du tympan était encore intacte, et que le nerf acoustique de ce côté avait conservé toute sa sensibilité; ce que nous prouvèrent les expériences du diapason, ainsi que celles d'une montre appliquée sur la surface du crâne. Je dis à M. B..., que s'il différerait trop de se faire opérer, il pourrait arriver que ce polype détruisît la membrane du tympan, et que, par suite, le nerf perdit tout ou partie de sa sensibilité. Soit manque de temps, soit que le malade ne voulût de moi qu'un simple avis, je ne le revis plus.

Un an après environ, en rentrant chez moi, deux personnes m'attendaient avec impatience pour aller voir M. B..., souffrant depuis quelque temps, par suite de son mal d'oreille qui l'avait

obligé de venir chercher quelque soulagement à Paris. Déjà MM. Cloquet, Trousseau et Chomel avaient été consultés, sans que les douleurs se fussent améliorées.

A mon arrivée, je trouvai le malade assis sur son lit, tenant sa tête avec les deux mains et étouffant des cris de douleur; il lui semblait, disait-il, que sa tête éclatait du côté de l'oreille malade; en outre, depuis plusieurs jours, l'estomac rejetait toute espèce d'aliments et même de boissons. Pressé par la douleur, le malade se levait, courait dans sa chambre en criant, et semblait être en proie à un accès de délire. Après bien des instances et du temps, nous parvîmes à obtenir de lui un peu de tranquillité pour examiner son oreille, de laquelle s'écoulait une suppuration rougeâtre extrêmement fétide. Notre petit speculum placé, et le méat auditif détergé et éclairé, nous aperçûmes au fond du conduit le sommet d'un polype dont l'aspect rouge, lisse et luisant témoignait qu'il occupait toute la capacité de ce tube, dont les parois exerçaient une pression sur lui. Sans rien dire au malade ni aux assistants, j'enfonçai la pointe d'un stylet très-aiguë dans le polype, à l'effet de provoquer une légère hémorrhagie et obtenir ainsi son dégorgeement; le sang qui s'échappa de l'oreille ayant effrayé les personnes qui m'entouraient, je dus prolonger ma visite afin de les rassurer. Du reste, cette ponction légère ne tarda pas à produire des résultats satisfaisants; car, deux heures après, le malade, quoique souffrant encore, put néanmoins rester couché et goûter un peu de sommeil, ce qu'il n'avait pu faire, depuis plusieurs jours, malgré les narcotiques qu'on lui avait fait prendre.

Le lendemain ce mieux avait cessé, et les douleurs étaient devenues aussi intolérables. A notre première visite, que nous fîmes avec un des médecins que nous venons de nommer, ayant parlé de l'extraction du polype comme de l'indication la plus pressante à remplir et la seule qui pût mettre un terme à une série de symptômes si alarmants, nous décidâmes que nous ferions un appel aux sages conseils de plusieurs vétérans de la science. En conséquence, une consultation, composée de MM. Chomel, Jules Cloquet, Trousseau, Pasquier et nous, eut lieu le soir même, laquelle, après examen du malade et des symptômes qui semblaient annoncer une lésion grave des méninges, décida qu'il pourrait y avoir quelque inconvénient à pratiquer une opération douloureuse dans une région si rapprochée, et qui avait tant de rapport avec le cerveau et ses enveloppes. Le traitement, dirigé exclusivement contre la méningite supposée, fut loin d'apporter aucune amélioration dans l'état du malade. Pendant les quatre ou cinq jours qui suivirent,