

Il n'est pas jusqu'aux solutions de nitrate d'argent si bien supportées par toutes les muqueuses que nous n'ayons utilisées à des titres divers. Si elles ne font pas mal, elles ne font aucun bien, c'est tout ce qu'on en peut dire.

Nous avons été heureux de constater longtemps après l'adoption définitive des modes de traitement précédents que plusieurs otologistes étaient arrivés aux mêmes conclusions. C'est ainsi que Hamon du Fougeray (*Annales des maladies de l'oreille*, 1896, p. 558), emploie également la gaze iodoformée, à peu près dans les conditions que nous avons exposées. Mais notre distingué collègue n'insiste pas sur la différence de valeur de ce pansement dans les cas de sécrétions liquides et de sécrétions grasses et épaisses. Nous pouvons affirmer que la gaze iodoformée ne donne pas de bons résultats dans ces derniers cas.

Au début de notre pratique, nous faisons de temps en temps une insufflation d'air dans la trompe pour faciliter l'expulsion du pus. Mais nous y avons renoncé : le bénéfice que les malades en tiraient n'était pas en rapport avec l'ennui du passage de la sonde dans les fosses nasales.

Telles sont les règles de thérapeutique que nous suivons depuis trois années, et qui nous ont donné de très bon résultats.

Mais nous devons reconnaître que le choix des agents médicamenteux est moins important que les soins avec lesquels le traitement est dirigé. Il faut procéder avec prudence et douceur. L'oreille se révolte facilement contre les manœuvres violentes, et l'on peut amener des complications graves chez des sujets, qui n'avaient, depuis plus de vingt ans, que l'inconvénient apparent d'un léger suintement dans le conduit auditif. Nous avons été témoin de quelques faits regrettables causés par les premiers essais de médecins inexpérimentés.

Si l'on veut guérir une otorrhée, il faut la traiter chirurgicalement avec les précautions qu'on apporte au traitement des plaies découvertes, et aussi avec la conscience qu'impose la confiance du malade.

Il est à peine besoin de dire qu'il est nécessaire de joindre au traitement local une désinfection du rhino-pharynx, si celui-ci

est le siège de lésions susceptibles de réchauffer l'inflammation de la caisse.

L'exploration des fosses nasales et de la gorge est un complément obligatoire de l'examen de l'oreille; et en admettant même que le malade ne soit que très peu incommodé par l'état pathologique de la muqueuse rhino-pharyngée, il faut lui faire comprendre les rapports qui relient cette muqueuse à l'oreille, et l'importance du traitement simultané des deux régions. Nous n'énumérerons pas ici les altérations du rhino-pharynx si fréquentes chez les otorrhéiques, ni les moyens thérapeutiques qu'on leur oppose : là encore s'imposent les deux principes de rendre la perméabilité aux conduits nasaux pharyngés et de désinfecter la muqueuse.

Enfin, l'état général doit être l'objet de l'attention du médecin; il y a des otites qui ne sont que des maladies locales, et d'autres qui sont des manifestations d'un mauvais état général. Il faut faciliter la réparation de ces dernières en fortifiant l'organisme. Le docteur Gellé a lu au Congrès international de Florence (septembre 1895) un remarquable mémoire sur ce sujet. Les toniques, les reconstituants, la vie au grand air surtout doivent être prescrits aux lymphatiques et aux tuberculeux. On peut leur donner des amers, des solutions arsenicales, et de l'huile de foie de morue créosotée.

Nous avons l'habitude de conseiller aux malades un peu pâles, aux chaires molles qui sont aptes aux écoulements de toutes les muqueuses, des lotions froides faites chaque matin au réveil. Elles ne nécessitent ni appareils ni dépenses : une éponge et une serviette suffisent à leur application; ce qui manque le plus, c'est la persévérance.

B. — Traitement des polypes.

Le seul traitement des polypes est leur ablation.

L'ablation des polypes est indiquée dès leur apparition ou leur constatation. Elle exige deux précautions préliminaires : l'anesthésie et l'antisepsie du conduit auditif. On assure l'anesthésie locale avec une solution de cocaïne au 1/15 dont on emplit le conduit auditif du malade, dix minutes avant l'opération.

On désinfecte le pavillon de l'oreille et les parois du conduit avec de la liqueur de Van Swiéten, et les instruments sont soigneusement rendus aseptiques.

La technique opératoire varie avec les dimensions du polype, et nous sommes obligé d'envisager successivement l'existence des petits, des moyens et des gros polypes.

Les petits polypes qui ont le volume d'une tête d'épingle se traitent par la cautérisation avec une perle d'acide chromique. On trempe l'extrémité d'un stylet coudé dans un flacon renfermant des cristaux d'acide chromique; deux ou trois cristaux restent adhérents à l'extrémité du stylet. On chauffe celle-ci au-dessus d'une lampe à alcool : les cristaux fondent et en tournant entre ses doigts le stylet, maintenu verticalement, on obtient une petite gouttelette qui s'arrondit au bout de l'extrémité et forme en se refroidissant une masse solide, ou perle.

Le speculum étant en place et l'oreille bien éclairée, on touche le petit polype avec l'extrémité du stylet. Aussitôt il devient noir, il est escharifié. Bien entendu, le caustique ne doit toucher ni le tympan ni une paroi du conduit auditif, car tout point atteint est mortifié.

Nous rangeons dans la classe des moyens polypes, ceux qui ont une forme lenticulaire et qui ne sont pas pédiculisables. On peut les cautériser comme les précédents; mais comme nous avons remarqué qu'une surface de cautérisation trop large déterminait des douleurs et exposait aux accidents de rétention, nous préférons les morceler avec une pince qui est aux polypes de l'oreille ce que la pince de Ruault est aux amygdales hypertrophiées.

L'instrument est deux fois coudé : dans le plan vertical et dans le plan horizontal, de sorte que la main qui le dirige ne s'oppose pas à la pénétration de la lumière dans le speculum. Il se termine par deux cuillers arrondies et coupant sur le plat, qu'on ne peut mieux comparer qu'à deux petites curettes opposées par leur bord tranchant (fig. 50).

Il faut chauffer l'instrument ainsi qu'un laryngoscope avant de l'introduire dans le conduit auditif, pour éviter la buée qui emplirait le fond du conduit auditif. Quand le polype est saisi par cette pince, il est coupé comme avec des ciseaux et on en fait,

fragment par fragment, la section totale jusqu'au ras de la base. Après cette intervention, on touche en plusieurs points la surface d'implantation avec une perle d'acide chromique.

L'ablation des gros polypes, formant champignon étalé devant

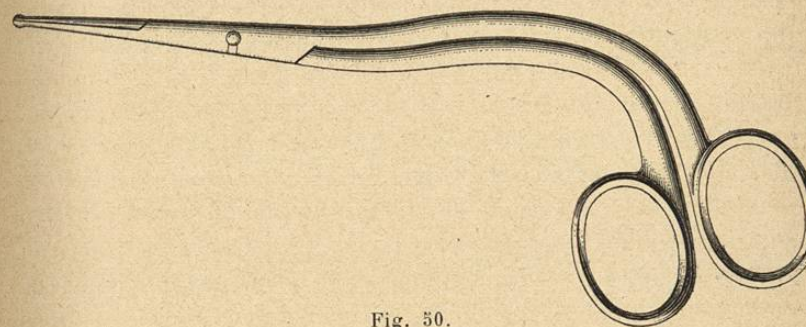


Fig. 50.

le tympan, et emplissant plus ou moins le conduit auditif, se pratique avec un serre-nœud. Les modèles de serre-nœuds sont nombreux; mais les meilleurs sont ceux qui dérivent du polypotome de Blake (fig. 51).

Le fil constricteur peut être en fer flexible et très mince, comme celui dont se servent les bouquetières. Il peut être aussi en argent.

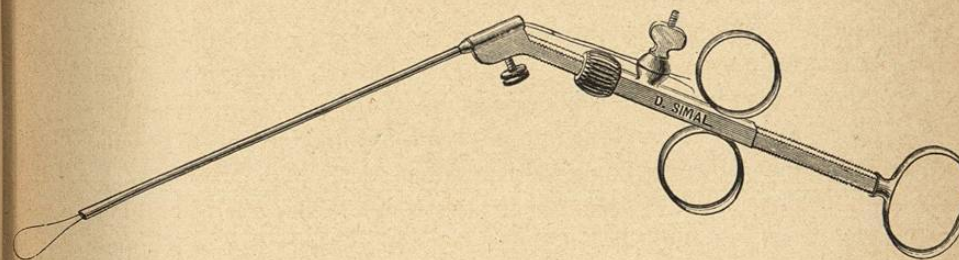


Fig. 51.

Mais il y a avantage à remplacer le fil métallique par un crin de Florence. L'anse formée par ce dernier ne se déforme pas et reste arrondie après son passage dans le speculum. Elle peut heurter les parois du conduit auditif sans provoquer aucune douleur. On donne à l'anse du polypotome un développement un peu plus grand que la circonférence du polype à enserrer. La difficulté

consiste à faire glisser l'anse aussi près que possible de la base de la tumeur. Aussi faut-il s'être rendu compte préalablement, en contournant le polype avec un stylet, des obstacles que la manœuvre peut rencontrer. Ces précautions étant prises, l'opération se borne à faire entrer dans l'anse l'extrémité de la tumeur, à pousser l'anse aussi loin que l'on peut vers le tympan et à la rétrécir jusqu'à ce qu'elle sectionne le polype. Celui-ci est ramené avec le polypotome ou tombe dans le conduit auditif, d'où on l'extrait avec une pince.

Il y a presque toujours un peu de sang épanché: on l'absorbe avec de petits tampons à la gaze iodoformée. Quand le champ d'exploration est devenu libre, on voit les conditions nouvelles du polype. Si l'ablation n'a été que partielle, on enlève ce qui reste dans une deuxième reprise. Quand le polypotome ne peut plus être appliqué, on attaque la tumeur avec la pince coupante, ou on cautérise d'emblée son pédicule avec une perle d'acide chromique.

On voit que la règle opératoire consiste à détruire par le caustique la racine d'un polype; et les ablations à la pince ou au polypotome n'ont pour but que de permettre l'accès de la base d'implantation. Petits polypes, ou moignons de moyens ou de gros polypes doivent être cautérisés. C'est le seul moyen de s'opposer à la reproduction.

Y a-t-il d'autres traitements applicables aux polypes? Il y a le curetage, très utile lorsque les fongosités s'étendent en nappe sur la paroi labyrinthique. Le curetage se fait avec une petite curette fenêtrée; et quand la surface d'implantation est devenue lisse, on la touche avec une solution de chlorure de zinc au 1/10.

Certains otologistes se servent aussi du galvano-cautère, mais nous avons déjà dit que c'était un instrument peu commode.

Politzer a préconisé l'emploi de l'alcool. Après avoir lavé l'oreille avec soin et l'avoir séchée avec un morceau de coton, on verse dans le conduit auditif de l'esprit de vin rectifié et réchauffé.

On le laisse au moins 15 à 30 minutes dans l'oreille. Les instillations doivent être renouvelées deux à trois fois par jour et le traitement être continué sans interruption jusqu'à ce que le polype ait disparu par dessiccation complète. La durée du traitement varie de deux à six semaines et au delà.

Malheureusement, ce traitement, à la portée des médecins peu partisans des interventions chirurgicales, est très douloureux pour le malade, et donne des résultats incomplets. « J'ai, dans environ 40 cas, dit Hartman, usé pendant des semaines du traitement par l'alcool. J'arrivais à réduire rapidement et considérablement la suppuration qui accompagnait les polypes; et, dans la plupart des cas, à obtenir une diminution de volume de ceux-ci: il n'y eut disparition complète que dans deux cas. » Le traitement par l'alcool est donc le plus souvent sans action.

Enfin, il y a des cas où la section et la cautérisation des polypes par la voie du conduit auditif, si méthodiques qu'elles soient, sont impuissantes à produire la guérison. A peine enlevés, les polypes repoussent; et ce n'est pas à une seule masse champignonneuse qu'on a affaire, c'est à une nappe bourgeonnante qui recouvre toute la partie supérieure de la caisse. Inutile de s'attarder alors au traitement des polypes qui sont symptômes de lésions profondes des parois de l'oreille moyenne: l'ouverture large des cavités de l'oreille avec le grattage de toutes les parois est la seule ressource qui ne fasse pas perdre de temps au malade et qui lui assure la guérison.

S'il fallait un fait à l'appui de cette assertion, nous pourrions citer le suivant:

C... Georges, 23 ans. — Otorrhée droite paraissant être survenue à la suite d'une stomatite à l'âge de 10 ans. Écoulement constant de pus verdâtre, fétide, assez abondant. Recrudescences tous les hivers, particulièrement pendant les périodes de pluie, et accompagnées de douleurs et de bourdonnements.

A l'otoscopie, parois du conduit auditif tuméfiées et rouges. Volumineux polype emplissant la lumière du conduit et atteignant presque l'ouverture du méat; enveloppé d'une couche de liquide purulent et facile à contourner avec l'extrémité d'un stylet.

Le 3 mars, première section à l'anse d'un fragment de polype d'un centimètre et demi de long. Écoulement de sang assez abondant. Pansement à la gaze iodoformée. Aucune douleur consécutive.

Le 12 mars, section à l'anse d'un nouveau fragment d'un centimètre de longueur; et morcellement des parties restantes à la pince. Cautérisation à l'acide chromique.

Le 2 avril, le polype repousse à vue d'œil. Le fond du conduit auditif

est rempli de fongosités mollasses que le moindre attouchement fait saigner. Cautérisation à l'acide chromique. Pas de douleur.

Le 9 avril, derrière une couche de pus verdâtre et d'odeur infecte, nous retrouvons une nappe de fongosités. Nous essayons de les curetter ; mais elles saignent abondamment. Cautérisation après hémostase à la gaze iodoformée.

Le 14 avril, nouvelle cautérisation. Une douleur profonde subsiste cette fois pendant 24 heures.

Le 20, nous constatons que le tympan est détruit en totalité et qu'il n'en reste qu'un lambeau en haut et en avant. On ne voit plus trace du manche du marteau. La muqueuse de la caisse est fongueuse. L'écoulement est très faible. Pas de douleur.

Le malade se refuse à prolonger son traitement ; il se croit guéri, parce qu'il ne souffre pas, qu'il entend mieux et que la sécrétion est insignifiante.

On observe immédiatement après l'ablation d'un polype un léger suintement sanguin et des douleurs plus ou moins vives. L'écoulement de sang est toujours insignifiant. Il tache seulement les parois du conduit ou imbibe les tampons de gaze iodoformée. Mais on retrouve souvent un peu de sang sur les tampons dans les quatre ou cinq jours qui suivent l'intervention, c'est-à-dire tant que dure l'élimination de l'escharre. Les douleurs apparaissent dès l'atténuation anesthésique de la cocaïne : lancinantes, brûlantes ou rongeantes, elles occupent le fond du conduit auditif, gênent la mastication, s'accompagnent de sifflements ou de battements isochrones au pouls et quelquefois de céphalalgie et d'éblouissements. Leur durée est très variable ; mais en règle générale, elles sont plus vives avec le pansement sec, qu'avec le pansement humide. Aussi avons-nous renoncé à l'usage immédiat de la gaze iodoformée et avons-nous l'habitude maintenant de remplir le conduit auditif de glycérine phéniquée après la cautérisation.

Dans les jours qui suivent l'intervention, l'écoulement augmente quelquefois d'abondance et prend une teinte verdâtre. A ce moment les douleurs diminuent.

Les résultats définitifs sont très variables ; quelquefois le polype ne reparait plus après la cautérisation, et la guérison de l'otite

moyenne suppurée survient en quelques semaines. Nous en avons déjà cité un exemple, en voici un autre :

Leg... Victor, 23 ans, pris une première fois d'un écoulement de l'oreille droite à l'âge de 8 ans. Trois mois avant notre examen, nouvelle inflammation de l'oreille à la suite d'un bain froid. La période douloureuse dure 8 jours, et cesse quand l'écoulement apparaît. Celui-ci est liquide, jaunâtre, peu abondant et de mauvaise odeur. Examen otoscopique : tympan épaissi, adhérent à la paroi interne de la caisse, tractus blancs éclatants, disposés en rayon autour du manche du marteau, plaque calcaire dans le segment antérieur ; polype émergeant d'une perforation rétro-martellaire.

Le 3 octobre, on extirpe le polype au serre-nœud et on cautérise son pédicule.

Le 24 octobre, on distingue nettement la perforation, qui est ovale à grand axe vertical, et dont le milieu correspond à l'ombilic. — Les bords réguliers et arrondis commencent à prendre contact avec la paroi interne de la caisse ; un peu de suintement.

Le 2 février, le malade quitte le service : cicatrice déprimée au niveau de la perforation.

Les polypes se reproduisent quand la base d'implantation n'a pu être directement atteinte par le caustique, ou quand l'ostéite sous-jacente persiste. Ainsi les polypes symptomatiques de la carie de l'enclume et qui prennent naissance sur la longue apophyse de l'osselet en dedans du tympan ; ainsi les polypes symptomatiques d'une carie du promontoire, et qu'on enlève sans faire disparaître le foyer d'ostéite.

C... Eugène, 19 ans, soldat au 80^e de ligne. N'avait jamais eu ni douleur ni écoulement des oreilles, lorsqu'à l'âge de 18 ans, l'oreille droite se mit à couler ; et l'audition diminua progressivement. A son entrée à l'hôpital, aucune douleur, écoulement séro-purulent strié de sang ; et quelquefois écoulement de sang pur, plus abondant la nuit que le jour.

A l'examen otoscopique, le fond du conduit auditif est comblé par une grosse masse rougeâtre qui baigne dans du liquide purulent. Elle est mobile et facile à contourner avec un stylet. On ne voit qu'une petite portion de la partie postéro-supérieure du tympan.

10 septembre, ablation avec le polypotome d'un fragment de polype gros comme une noisette.

2 octobre, la sécrétion purulente a diminué ; le fond du conduit auditif

s'est détergé ; et on aperçoit une large perforation cordiforme occupant les 2/3 inférieurs de la membrane du tympan. Ce qui reste de la membrane est épaissi et rouge. Le manche du marteau déborde un peu la partie supérieure de la perforation. Il est entouré d'un gros polype qui fait saillie sous le cintre de la perforation. Ablation du polype et cautérisation de la surface d'implantation avec une perle d'acide chromique.

13 octobre, le polype qui avait semblé disparaître après la précédente ablation s'est reproduit avec un volume presque aussi considérable. — Nouvelle excision ; et nouvelle cautérisation.

25 octobre, le polype est encore en voie de formation. Nous croyons inutile de prolonger le traitement précédent et nous nous décidons à enlever les osselets (Voir la fin de l'observation. page 130).

On voit également se reproduire les polypes qui émergent par une perforation de la membrane de Shrapnell, parce qu'on ne peut en faire aisément disparaître les causes.

C'est pourquoi il faut agrandir la perforation, si elle est insuffisante et assurer ainsi l'application de l'agent caustique sur le point d'origine, en même temps qu'une antiseptie ultérieure plus complète.

Il est évident qu'il faut renouveler les tentatives de destruction du polype chaque fois qu'on le voit reparaître ; et comme il ne peut acquérir un bien gros volume, si le malade est régulièrement observé, une cautérisation avec la perle d'acide chromique est suffisante.

Malheureusement l'intervention chirurgicale n'est pas toujours exempte de dangers, soit que les précautions antiseptiques n'aient pas été rigoureuses, soit que le gonflement produit par la cautérisation détermine un obstacle à l'écoulement du pus et provoque une rétention des liquides septiques dans la caisse. On rencontre la relation de quelques cas dans lesquels une inflammation de la mastoïde a suivi l'extraction d'un polype, et nous avons l'assurance d'avoir lu une observation de méningite suppurée consécutive à cette petite opération. Mais nous n'avons pu, malgré nos recherches, retrouver le document.

Les revers de notre pratique n'ont jamais été aussi grands.

Nous avons constaté quelquefois un gonflement légèrement

douloureux du conduit auditif et un peu de gêne de la mastication. L'examen otoscopique et les pansements intra-auriculaires ont dû être momentanément suspendus. Mais nous ne serions pas éloigné de croire que dans ces cas le caustique avait un peu touché les parois du conduit. Sans qu'on en sache bien la raison, les sujets sont quelquefois pris de douleurs plus intenses que celles qu'on observe d'ordinaire et qui constituent une véritable complication.

L'ablation d'un polype a été suivie, dans un cas, d'une adénite cervicale qui s'est terminée par suppuration.

A... Eugène, otorrhéique depuis l'âge de 8 ans, subit, le 14 août, l'extraction d'un gros polype, remplissant le conduit auditif. Le fragment enlevé était de la grosseur d'une lentille. Le pédicule avait été cautérisé. Dès le soir, engorgement douloureux d'un ganglion à l'angle du maxillaire inférieur. Comme l'état du sujet laissait beaucoup à désirer, la suppuration ne put être évitée. Une incision dut être pratiquée, et la cicatrisation se fit sans incidents.

C. — Traitement de l'ostéite des osselets.

L'osselet carié forme un séquestre qu'il faut enlever. L'extraction des osselets est une opération que justifient à la fois l'observation de l'évolution des infections prolongées de la caisse et les principes de la thérapeutique chirurgicale.

On peut remarquer, en effet, que la guérison de certaines otorrhées est retardée jusqu'à l'élimination du dernier fragment d'un osselet nécrosé. Pourquoi ne pas chercher à abrégé ce travail d'élimination et faire en une séance ce que la nature mettrait des mois ou des années à achever ?

L'acte chirurgical a même d'autres avantages ; il élargit la voie d'écoulement des sécrétions et s'oppose à leur rétention en faisant disparaître les anfractuosités de l'attique où séjourne le pus, et que les agents thérapeutiques atteignent difficilement. Il enlève des débris de la membrane tympanique qui flottent entre la caisse et le conduit, et qui ne pouvant ni se cicatriser à plat, ni prendre contact avec la paroi labyrinthique, sont destinés à persister jusqu'à leur élimination par le sphacèle.