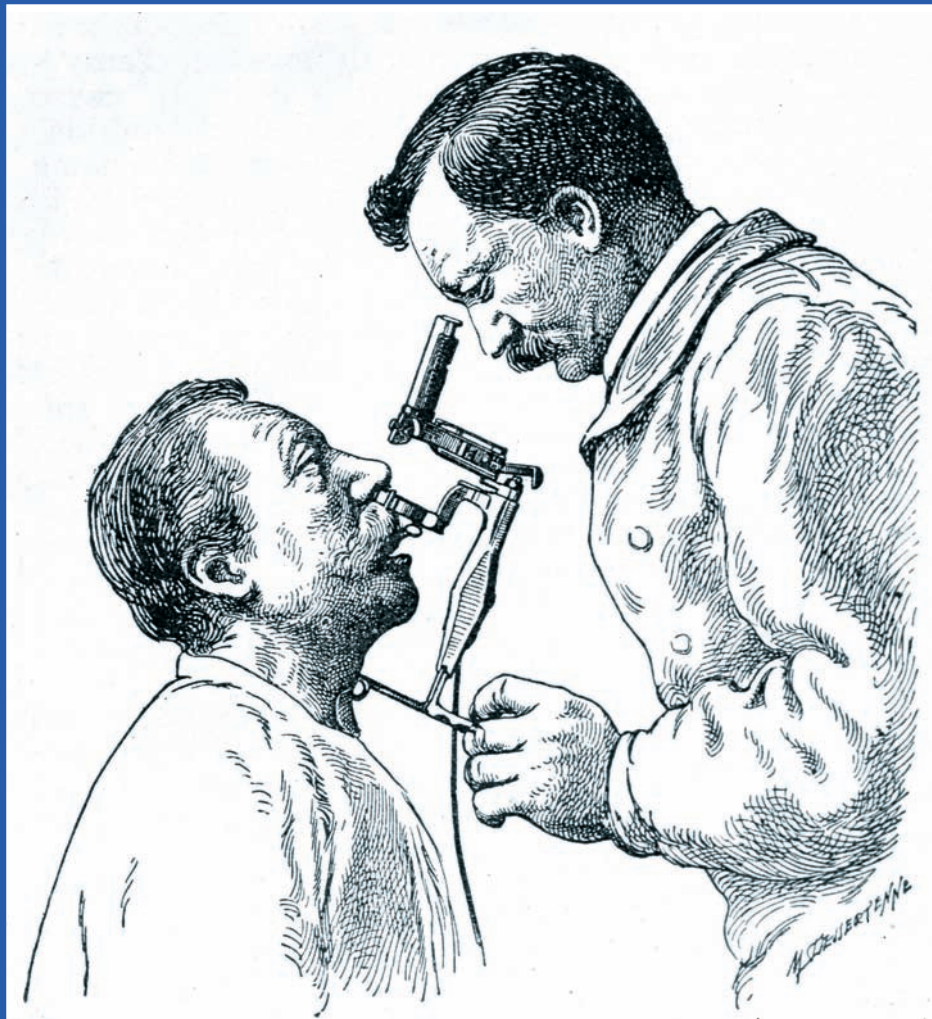


**SYNDICAT NATIONAL
des MÉDECINS SPÉCIALISÉS EN
O.R.L ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE
(SNORL)**



Centenaire 1908 - 2008



Illustration : © BIUM - Examen du larynx au moyen de l'appareil Killian.



Une Belle Agence - P&A CONSEIL Photo: Cathy Image

Audition Conseil des spécialistes de confiance

Les audioprothésistes **Audition Conseil** sont **des spécialistes de la correction auditive** qui privilégient la qualité, démarche qui se traduit par une écoute attentive, un accompagnement individualisé et un suivi régulier.

Avec **le contrat «Points Bleus»** et sa **garantie SATISFACTION**, les patients sont assurés de bénéficier du meilleur confort auditif. Par ce contrat, les spécialistes Audition Conseil s'engagent à tout mettre en œuvre pour garantir la solution la mieux adaptée à leurs besoins et à leur mode de vie.



**AUDITION
CONSEIL**

Audition Conseil, plus de 250 centres indépendants en France
tél. 0826 303 404 (0,15€/mn) **www.auditionconseil.fr**



**Syndicat National
des Médecins Spécialisés en
O.R.L. ET Chirurgie Cervico faciale
(SNORL)**

Centenaire 1908 - 2008

*Le SNORL remercie tout particulièrement la Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine et d'Odontologie (BIUM)
pour sa collaboration à nos illustrations.*

Rhinite allergique : un **nouveau** traitement

Nouveau

Avamys®

furoate de fluticasone 27,5 µg/pulvérisation
suspension pour pulvérisation nasale

Traitement
des symptômes de
la rhinite allergique
à partir de 6 ans.

Traitement de
première intention
dans les formes modérées
à sévères de la
rhinite allergique*.

Remb.Séc.Soc à 35 %
Agréé Collect.

* Avis de la Commission
de la Transparence
Avamys® du 19 mars 2008

 GlaxoSmithKline
Respiratoire

AVAMYS® 27,5 µg/pulvérisation furoate de fluticasone **COMPOSITION** : 27,5 µg/dose de furoate de fluticasone (FF). Excipients* : chlorure de benzalkonium. **FORME PHARMACEUTIQUE*** : Suspension pour pulvérisation nasale. **DONNEES CLINIQUES** : **Indication thérapeutique** : Adultes, adolescents (≥12 ans) et enfants (de 6 à 11 ans) : traitement des symptômes de la rhinite allergique. **Posologie et mode d'administration*** : Voie nasale uniquement. Pour obtenir l'effet thérapeutique optimal : utilisation régulière recommandée. Apparition d'un effet dès 8 heures après la 1ère administration, cependant, plusieurs jours de traitement peuvent être nécessaires pour obtenir l'efficacité maximale. Limiter la durée du traitement à la période d'exposition allergénique. **Adultes et adolescents (≥12 ans)** : Posologie initiale recommandée : 2 pulvérisations dans chaque narine, 1 fois/jour. Dès qu'un contrôle adéquat des symptômes est obtenu, une réduction de la posologie à une pulvérisation dans chaque narine peut être efficace en traitement d'entretien. CTJ : 0.33 €. **Enfants (de 6 à 11 ans)** : Posologie initiale recommandée : 1 pulvérisation/jour dans chaque narine. Enfants ne répondant pas complètement au traitement : possibilité d'augmenter la posologie à 2 pulvérisations dans chaque narine en une prise/jour. Dès qu'un contrôle adéquat des symptômes est obtenu : réduire la posologie à 1 pulvérisation/jour dans chaque narine. CTJ : 0.16 €. **Enfants < 6 ans** : tolérance et efficacité non clairement établies. **Patients âgés, insuffisance rénale, insuffisance hépatique légère à modérée** : aucun ajustement posologique nécessaire. **Insuffisance hépatique sévère** : aucune donnée. **Contre-indication** : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi*** : Ritonavir : administration concomitante non recommandée. Patients présentant une insuffisance hépatique sévère : attention particulière en raison de l'exposition systémique au FF plus importante (risque d'augmentation de la fréquence des effets indésirables systémiques). Majoration du risque d'effets systémiques, de freination corticosurrénalienne avec retentissement clinique, liée aux corticoïdes administrés par voie nasale en cas de fortes doses prescrites sur des périodes prolongées, et particulièrement en cas de corticothérapie associée par d'autres voies d'administration. Retard de croissance rapporté chez des enfants ayant reçu des corticoïdes par voie nasale à la posologie préconisée. Surveillance régulière de la croissance des enfants recevant une corticothérapie par voie nasale au long cours. Toujours réduire la dose de FF administrée par voie nasale à la dose minimale permettant un maintien du contrôle efficace des symptômes de la rhinite. Si des doses supérieures à celles recommandées doivent être utilisées, envisager une corticothérapie de supplémentation par voie générale pendant les périodes de stress ou en cas d'intervention chirurgicale. En cas de suspicion d'altération des fonctions surrénaliennes : prudence lors d'un relais d'une corticothérapie systémique par le FF par voie nasale. Chlorure de benzalkonium : possibilité d'irritation de la muqueuse nasale. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction*** : Inhibiteurs puissants du CYP3A4 : prudence. En théorie : absence de risque d'interaction potentielle aux doses préconisées par voie nasale avec les autres composés métabolisés par le Cyt P450. **Grossesse et allaitement*** : Utilisation que si les bénéfices attendus pour la mère sont supérieurs aux risques potentiels encourus par le fœtus ou le nourrisson. **Effets indésirables*** : (fréquences issues des études cliniques). **Très fréquent (≥1/10)** : Epistaxis (en général d'intensité faible à modérée). **Fréquent (≥1/100 à <1/10)** : Ulcération nasale. **Surdosage*** : **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES*** : Classe pharmacothérapeutique : Corticoïdes. Code ATC : R01AD12. **DONNEES PHARMACEUTIQUES*** : **DUREE ET PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION** : 3 ans. Durée de conservation après première utilisation : 2 mois. **PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE** : AMM : EU/1/07/434/003 ; CIP 383 224-4 : Flacon (verre) contenu dans un dispositif en plastique – 120 pulvérisations – Boîte de 1 flacon. Prix : 9.86 €. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE** : Liste I. Remboursé Sec-Soc à 35 %. Agréé Collect. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** : Glaxo Group Ltd, Greenford, Middlesex, UB6 0NN, Royaume-Uni. **REPRESENTANT LOCAL** : Laboratoire GlaxoSmithKline, 100, route de Versailles, 78163 Marly-le-Roi Cedex, Tél. : 01.39.17.80.00. Information Médicale : Tél. : 01.39.17.84.44 - Fax : 01.39.17.84.45. **DATE D'APPROBATION** : Juillet 2008. Version n°AVAM1R3_8. * Pour une information complète sur le produit, veuillez vous reporter au dictionnaire VIDAL.



Editorial du Président

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Notre syndicat fête son centenaire.

A l'échelle d'une vie c'est beaucoup à l'échelle de notre spécialité c'est une étape !

Un tel cap est l'occasion de faire le point :

- Quelle belle évolution pour notre spécialité pendant ces 100 dernières années de progrès médical!
- L'ORL d'hier n'est pas celle d'aujourd'hui, mais l'avenir de notre spécialité s'appuie sur ce passé.

Mais commémorer un centenaire, c'est aussi l'occasion d'entrevoir l'avenir :

- Quelles seront les perspectives pour les prochaines années alors que progresse notre connaissance du vivant, que les biotechnologies se diffusent, et que de nouvelles techniques thérapeutiques vont apparaître ?
- Spécialité initialement chirurgicale puis médico-chirurgicale avec le développement des explorations fonctionnelles, saurons-nous affronter le défi de maintenir notre unité et notre cohésion face à l'hyperspécialisation ?

Notre syndicat est né en même temps que les autres instances de la spécialité, lorsqu'apparut la nécessité d'une organisation et d'une défense collective des ORL. Un syndicat est souvent perçu uniquement comme un organisme de défense corporatiste, voire n'est sollicité que dans ce rôle, alors qu'il a également un rôle prospectif : Il se doit de chercher à anticiper l'évolution de notre environnement sociétal, afin de mieux préparer ses mandants à réagir face à lui, et projeter ainsi les bases de sa défense future.

Sachons tirer parti de ce centenaire pour réfléchir, et tout en profitant des éclairages du passé, essayons d'avoir une vision prospective pour les 20 prochaines années, pour la génération d'ORL montante.

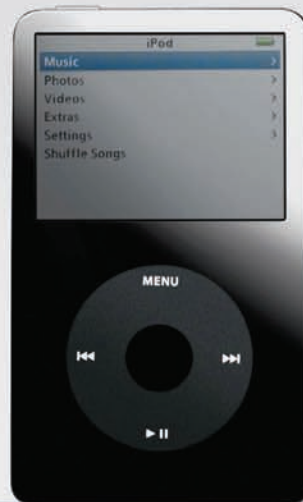
- Notre spécialité touche 3 sens : Des perspectives nouvelles d'exploration et de prise en charge thérapeutique s'ouvriront à elle.
- Notre spécialité est médico-chirurgicale, et sa formation doit le rester, traduite par l'unicité de la formation initiale de l'internat, ou le volet médical doit être autant privilégié que le volet chirurgical.
- Notre spécialité se féminise (17 % en augmentation), vieillit (moyenne d'âge de 51 ans pour les hommes et 47 ans pour les Femmes), c'est un constat, mais c'est aussi un défi pour son évolution, pour la rendre attractive par rapport aux autres spécialités.
- Nos conditions d'exercice évoluent. L'entretien de notre technicité devient de plus en plus coûteux. Notre exercice s'articule dans un parcours de soins de plus en plus réglementé. Cela nous conduit à réfléchir à d'autres modes d'organisation, et de relation avec nos confrères en particulier généralistes, pour une meilleure prise en charge de nos patients futurs.

Vous trouverez dans ces quelques pages plusieurs textes éclairant les diverses facettes de notre Spécialité, et écrits par des personnalités qui ont marqué son histoire. Je les remercie très chaleureusement d'avoir participé à l'élaboration de ce Golden Book. Je remercie aussi l'équipe du syndicat qui en a assuré la réalisation.

Longue vie donc à notre Syndicat !!!

Docteur Benoît FEGER, Président du SNORL

Comment écouter la télévision directement dans vos aides auditives?



Siemens Tek™, innovation Siemens. Aujourd'hui, la technologie auditive devient Bluetooth.

Tek de Siemens permet la transmission du son de la télévision, de la musique, du téléphone et de tout autre appareil compatible bluetooth directement dans les aides auditives: Sans fil, en stéréo, en temps réel.

Avec Tek, tout simplement! www.siemens-audiologie.fr

Answers for life*

SIEMENS

* Des réponses pour la vie

Les marques, images et symboles associés aux familles RIM et BlackBerry sont la propriété exclusive et des marques de commerce ou des marques déposées de Research In Motion Limited - utilisées sous permission.



Sommaire

Editorial du Président du Président (Dr. Benoit Feger)p 5

Chapitre 1 : Histoire du Syndicat

1. Quelques souvenirs du Docteur Lucien Choayp 9
2. Histoire du Syndicalisme médical (Dr. Benoit Feger)p 11
3. L'orl et la normalisation Européenne (Pr. Michel Wayoff)p 21
4. Le syndicat de 1992-1996 (Dr. Jean-Pierre Fombour).....p 29
5. Le syndicat de 1997-2003 (Dr. Alain Vuong)p 33

Chapitre 2 : Documents d'époque

1. 1907 Adhésion à l'USM.....p 36
2. 1908 Liste des membres.....p 37
3. Tarifs et Honoraires de 1908p 38
4. Photo du Professeur Paul Jacquesp 40
5. Tarifs B élaboré par l'A.G. du Syndicat en Octobre 1928.....p 42
6. Présidents et Secrétaires Généraux depuis la création du syndicatp 48

Chapitre 3 : Histoire de l'ORL

1. L'Etat de l'otologie en France il y a 100 ans (Pr. Michel Wayoff)p 51
2. Un siècle d'histoire de la chirurgie de l'otite chronique (Pr. François Legent)p 57
3. Un siècle d'otospongiose ou « le siècle » de l'otospongiose (Pr. Jacques Trotoux)p 63
4. Cent ans de Vertiges (Pr. Claude Perrin).....p 71
5. Le Laser en ORL (Pr. Charles Frèche)p 77
6. Traitement chirurgical du cancer du larynx au cours du XX^e siècle (Pr. Henri Laccoureye)....p 81
7. 1957-1998.....2008 : la surdité (Pr. Alain Morgon).....p 95
8. « La troisième révolution médicale, entre puissance et crises (1945-2000)
(Dr. J.Y. Boussigue)p 99

Conclusion

Docteur Jean Michel Klein (Secrétaire Général du SNORL)p 109

Bulletin d'adhésion au SNORL.....p 112

Membres du bureau du SNORL.....p 113



Chapitre 1
Histoire du Syndicat



Mes souvenirs de Trésorier du Syndicat de 1956 à 1973

Pr. Louis CHOAY

Lauréat de la Faculté - Médecin Honoraire des Hôpitaux Publics (Né en 1919)
Trésorier du Syndicat National des ORL de 1956 à 1973

J'ai été sollicité par notre collègue Franck afin d'assumer le poste de Trésorier.

Ce poste a fait l'objet d'une médaille de bronze pour services rendus au syndicat pendant plusieurs dizaines d'années.

En clientèle, je n'ai guère de souvenirs précis en dehors de ce malade qui venait périodiquement me voir parce qu'il avait mal « principalement partout ».

En dehors de cela, j'ai rencontré un jour dans le métro, un de mes ex-patrons qui se reprochait de ne pas m'avoir poussé un peu plus.

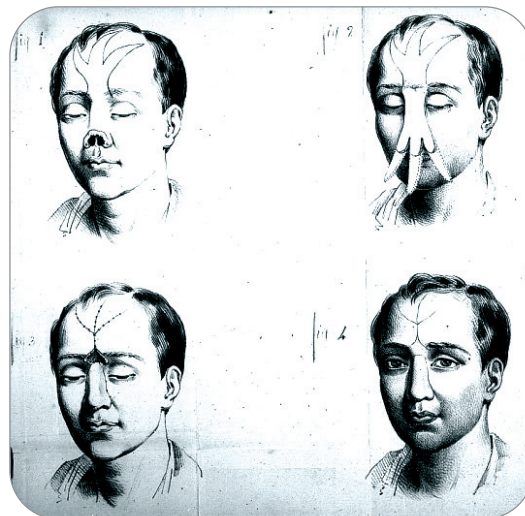
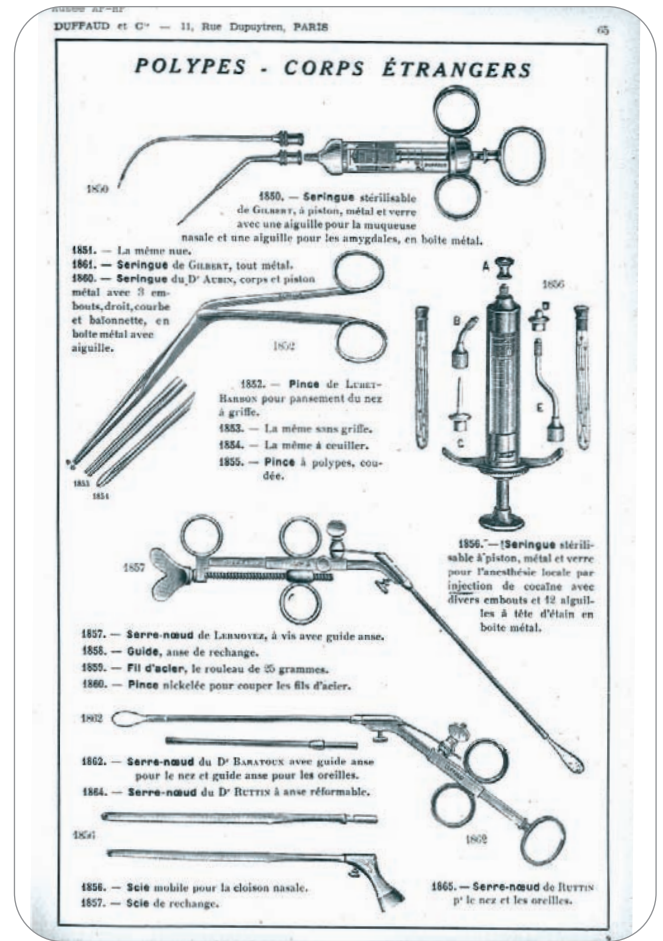
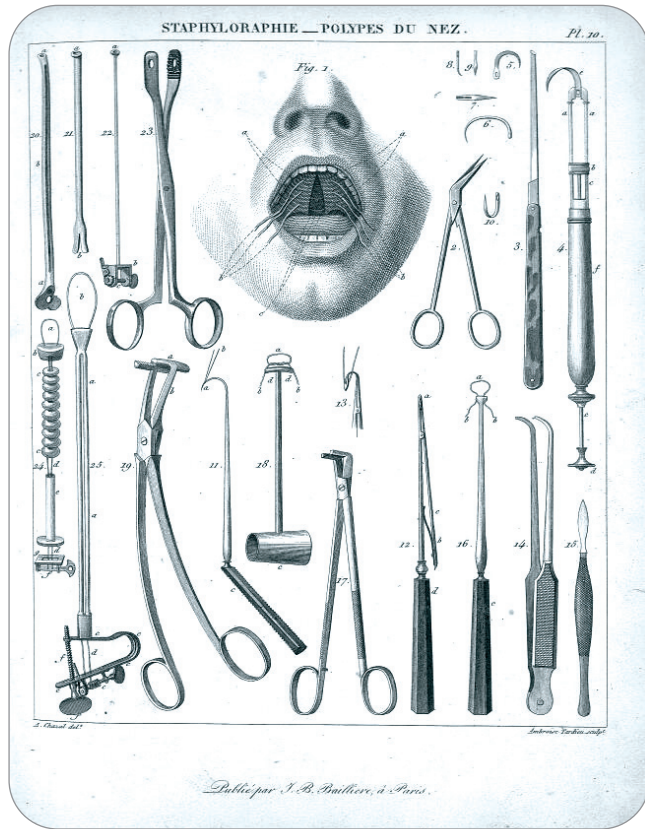
Par ailleurs, étant en activité, j'ai eu des responsabilités diverses comme délégué du personnel et autres fonctions qui se prolongeaient en nocturne.

Quand j'ai pris ma retraite, j'ai, avec leur assentiment, proposé à deux de mes collaborateurs :

- à l'un, un poste d'administrateur au syndicat des chefs de service hospitaliers
- à l'autre, un poste d'administrateur au Syndicat des ORL : vous le connaissez tous : Jean Marchand.

Il faisait partie de ces quelques appellations dont une me plaisait particulièrement sous le qualificatif de « Bande à Choay ».

J'ai toujours pensé qu'une partie de mon rôle consistait à pousser mes collaborateurs que je considérais comme valables et qui ont successivement occupé des postes de chef de Service.





Histoire du Syndicalisme médical

Dr. Benoit FEGER

Président du SNORL, Vice-Président FMF

Plus d'un siècle de syndicalisme médical... et demain ?

Célébrer le centenaire de notre syndicat, c'est l'occasion de porter un regard sur l'origine particulière du syndicalisme médical, né bien avant la généralisation d'une protection sociale. Cette plongée dans le passé des luttes syndicales engagées par la profession pour garder son indépendance, nous éclaire sur les enjeux futurs qui nous attendent. Le caractère « Libéral » de l'exercice de la médecine va bien au delà de l'organisation de la rémunération de l'activité de ville : Il concerne tous les modes d'exercice, hospitalier comme ambulatoire. C'est l'essence même de cette relation de confiance que l'on instaure avec son patient. Le rappeler aux pouvoirs publics n'est pas forcément inutile. Le rappeler nécessitera peut être, comme dans le passé, une mobilisation forte des médecins. C'est là que le terme « combat syndical » prend tout son sens.

Création

Le besoin d'un syndicalisme médical français se fait sentir dès la création de la Revue *le Concours médical* sous l'impulsion du Dr Margueritte du Havre en 1879 (1). Le premier syndicat local sera créé en Vendée en 1881. En 1884, se constitue l'Union des syndicats médicaux français (USMF), qui regroupe 74 syndicats locaux, soit 20% de la profession (environ 3 500 praticiens). La reconnaissance légale ne sera reconnue qu'ultérieurement en 1892 avec la loi Chevandier, (l'article 13 stipule que « les médecins ont le droit de former des Syndicats pour la défense de leurs intérêts professionnels ») (2).

Cette émergence du syndicalisme médical est contemporaine de l'apparition des mutuelles, favorisée par les lois de 1852 et 1898.

En 1895 un accord de principe est signé entre l'USMF et la Ligue de la

Mutualité, prévoyant pour le patient le libre choix du praticien, et pour le médecin, le principe de la rémunération à l'acte.

L'affirmation du syndicalisme médical s'explique aussi par la lutte contre le charlatanisme (et les officiers de santé).

Cette lutte recouvre d'abord des intérêts économiques, et vise à apporter une réponse à la peur récurrente de la « pléthore médicale ». Elle marque ainsi la volonté de ne pas voir s'exacerber une concurrence entre praticiens qui risquerait de peser sur le niveau des honoraires. Le monopole des médecins sur l'exercice des soins est donc obtenu en même temps que le droit à l'organisation collective de la profession (1,2).

Face à la mise en place de l'assistance médicale gratuite en 1893 qui permet à tout malade inscrit sur la liste des indigents de se faire soigner gratuitement, le médecin

étant ensuite remboursé par l'administration (système du tiers payant), les syndicats médicaux se mobilisent pour le respect de « principes » préservant un exercice autonome de la médecine, en particulier le libre choix du médecin par le malade et la rémunération à la visite (et non pas au forfait). Les médecins obtiennent satisfaction puisque, à la fin du siècle, le libre choix domine dans les trois quarts des départements. **Fort de ces succès, l'USMF compte environ 12 000 adhérents en 1910, soit plus de 50% du corps médical de l'époque (2).**

C'est dans ce mouvement que sera créé le SNORL officiellement en 1908 pour défendre notre spécialité.

Premières crises premières divisions

Le syndicalisme médical reste marqué par ses origines (3). Il est issu, dans l'entre-deux-guerres, d'un syndicalisme de combat et de réac-



tion contre l'hégémonie des institutions de protection sociale. Il s'agissait alors de préserver les principes de la médecine libérale (2).

Avec la fin de la Première Guerre mondiale le tiers payant est introduit, donnant le droit aux victimes de guerre de se faire soigner gratuitement. En 1920, une modification de la loi entraîne la mise en place d'un tarif fixe et la limitation du libre choix. Elle déclenche le premier conflit frontal entre les médecins et l'État puisque l'Union organise une grève administrative en décembre 1920. L'USMF obtient la négociation du tarif et le contrôle du tiers payant.

La mise sur agenda de la loi sur les assurances sociales, suscite de fortes divergences au sein de l'Union et entraîne lors de l'assemblée générale de 1925 une scission syndicale. La majorité revendique la mise en place de contrats collectifs afin de modifier un rapport de force trop défavorable entre le médecin isolé et la caisse, conception d'un syndicalisme médical s'intégrant à la protection sociale afin de défendre les intérêts des médecins (2). Cette nouvelle ligne de l'USMF ne veut pas s'opposer à la mise en place d'un système d'assurance sociale qui représente une avancée sociale pour les citoyens : « il ne faut pas isoler le corps médical de la société, c'est ce que nous devons faire de telle sorte que nous ne paraissions pas diriger nos efforts contre l'intérêt social car les intérêts médicaux sont liés aux intérêts sociaux » (4).

La minorité pour qui la préservation du caractère strictement individuel de la pratique doit être l'unique but poursuivi par le syndicalisme médical, refuse toute intervention extérieure venant perturber le « colloque singulier » entre le médecin et le malade et fonde en dissidence la Fédération Nationale des Syndicats de Médecins de France.

Derrière cette division se retrouve aussi un clivage sociologique avec d'un côté plutôt les médecins de petites villes et de campagne, de l'autre les médecins des grandes agglomérations avec en particulier les puissants syndicats de la Seine, du Rhône, du Nord, et la présence de plusieurs professeurs de médecine (2).

Réunification autour des principes fondateurs de la Médecine Libérale En novembre 1926, la Fédération adopte une charte définissant les principes de l'exercice de la médecine :

« respect absolu du secret professionnel ; libre choix du médecin par le malade ; entente directe entre le médecin et le malade (ou sa famille) suivant les conditions de la pratique ordinaire ». Cette charte va s'imposer lors du congrès des syndicats médicaux de 1927 (5) et débouche sur la réunification syndicale : la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) sera créée en décembre 1928.

La défense de l'identité libérale l'emporte sur l'intégration du syndicalisme au système de protection sociale : « Par son caractère intellectuel, la médecine est une profession libérale ; ce qui veut dire que l'on exerce en toute liberté : liberté d'accorder ou de refuser ses soins ; liberté de traiter le patient à sa guise, ayant pour seul guide et seul frein l'intérêt du malade et la conscience professionnelle ; liberté de réclamer des honoraires que l'on proportionne à l'importance des soins donnés et du service rendu, aux situations sociales du client, personnelle du praticien. C'est cet affranchissement de toute entrave morale et matérielle, cette indépendance absolue du médecin qui, avec la foi en sa science, engendre la confiance en lui que lui voue son malade et lui donne le pouvoir de guérir. » (6)

Par la loi du 30 avril 1930, modifiant la loi sur les assurances sociales du 5

avril 1928, la CSMF obtient satisfaction : Le nouveau paragraphe 4 de l'article 4 contient l'affirmation de la libre entente (il est désormais question de la « part contributive garantie par les caisses », ce qui laisse aux médecins toute latitude de demander des honoraires supérieurs aux tarifs de remboursement fixés par les caisses), l'absence de tiers payant (« cette part contributive est avancée ou remboursée par la caisse à l'assuré ») et l'habilitation syndicale (« les caisses ne pourront passer des conventions qu'avec des syndicats professionnels habilités par leurs groupements nationaux »). (2)

Les médecins restent donc attachés à l'exercice libéral de la médecine (7) et refusent qu'elle soit réglementée par un système de protection sociale. Le rapport avec le patient reste un rapport individuel régi par les mêmes règles qu'auparavant. Les médecins refusent aussi l'institutionnalisation des relations avec les caisses et les mutuelles, car ils redoutent de devenir des médecins subordonnés à ces institutions (8).

L'autonomie professionnelle ne connaît aucune remise en cause du fait de la mise en place des assurances sociales. Grâce à sa mobilisation politique, le syndicalisme médical a été en mesure de peser sur la définition de l'organisation même du système d'assurance maladie, car le syndicalisme français s'est construit avant la mise en place d'un système d'assurance maladie obligatoire (3).

Dans ce contexte corporatiste, voire xénophobe (9) (soutien de la loi du docteur Ambruserter de 1933 réservant l'exercice de la médecine en France aux citoyens français), la création d'un ordre et d'un code de déontologie professionnel deviendra une des principales revendications des représentants syndicaux tout au long des années 30.

La dissolution des syndicats en 1940 touchera aussi les syndicats médicaux et l'ordre sera créé en 1941.



En 1945 naissance de la Sécurité Sociale

La sécurité sociale et avant elles les assurances sociales sont nées d'initiatives de solidarité d'abord mises en oeuvre par les salariés au sein de différentes corporations ou dans un cadre mutualiste, avec pour objectif premier de se prémunir de la perte de leur capacité de travail. Il s'agissait principalement d'assurer un revenu aux salariés trop âgés pour continuer à travailler (la retraite) ou empêcher temporairement de poursuivre leur activité (la maladie). (10)

Les ordonnances sociales se feront sans la participation des médecins à la table de négociations et la médecine libérale perd le principe de la liberté tarifaire. Cela entraîna des remous au sein de la CSMF reconstitué entre les tenants de la liberté des honoraires et partisans de la négociation s'affronteront sans merci jusqu'au départ, en 1960, des premiers réunis au sein de l'USMF qui deviendra en 1968 la Fédération des Médecins de France (FMF). Les conventions, lorsqu'elles existent, sont départementales avec tarifs spécifiques. En l'absence de convention, l'ancien système perdure consistant pour les médecins à pratiquer un « tarif syndical » et pour les Caisses un « tarif de remboursement », sans lien mécanique entre les deux (8).

1960 Le tournant Conventionnel

A partir des années 1960 (11), la CSMF s'est orientée vers une attitude de coopération avec les organismes de sécurité sociale et l'instauration d'une convention nationale. En 1971 l'adoption de la loi du 31 juillet posant le principe d'une convention médicale et d'une représentativité nationale des organisations syndicales a permis de généraliser les tarifs opposa-

bles, la disparition des conventions départementales et des adhésions individuelles, en échange d'un financement des cotisations sociales retraites : ASV « Allocation Supplémentaire de Vie » avancée sociale à l'époque qui se révèle maintenant être en fait un piège à retardement pour la profession avec l'évolution démographique et le déficit des dépenses publiques.

Depuis la convention médicale est le pivot de l'organisation de la médecine de ville. Chaque négociation conventionnelle donne lieu à un bras de fer syndical. Dans l'enceinte conventionnelle se jouent non seulement l'avenir de la profession, le statut social du médecin, le développement de la formation médicale continue, la régulation des dépenses de santé ou de la démographie professionnelle mais également les conditions de l'accès aux soins pour l'ensemble des assurés sociaux (8).

La question de la liberté des tarifs ressurgit dès 1980 avec la création du secteur 2 négocié par et pour la FMF. C'est une opportunité de s'affranchir du tarif opposable pour faire entrer dans le giron conventionnel médecins restés non-conventionnés (12). Il est aussi dû à la réactivation du clivage entre la CSMF et la FMF, cette dernière retrouvant des positions plus libérales sur la convention de 1980. En effet, la FMF milite pour le retour de la libre entente avec création d'un secteur avec des honoraires libres pour un certain nombre de médecins. Alors que le gouvernement de Raymond Barre avec le plan Barrot essaye au contraire de diminuer les dépenses de santé dont celles de la médecine ambulatoire en indexant le rythme des dépenses de santé sur celui de la richesse nationale, ce plafonnement des dépenses se faisant sous forme d'une enveloppe globale annuelle. En cas d'écart négatif, les

partenaires devaient trouver une solution soit par des règles de meilleure utilisation des soins, soit par une revalorisation limitée des honoraires.

Finalement la revendication du secteur 2 est satisfaite par le gouvernement de droite qui ne veut pas mécontenter un électorat qui lui est traditionnellement favorable à la veille des élections de 81. Mais le plan Barrot au final ne fut jamais appliqué, les syndicats y voyant une logique de maîtrise comptable qui débouchait sur des sanctions. La FMF est en fait la grande gagnante, car la libre entente est regagnée (8).

Les conflits autour de cette question sont récurrents depuis lors favorisés par le désengagement de l'assurance maladie avec les blocages tarifaires. Si les syndicats médicaux s'inscrivent pour les généralistes dans la logique des tarifs opposables, pour les spécialistes ils persistent à soutenir des revendications visant, selon l'expression syndicale convenue, à créer des « espaces de liberté tarifaire ». (12)

Le « trou de la Sécu » et les réformes

Dès 1963 l'augmentation des charges d'assurance maladie commence à inquiéter les pouvoirs publics. Les différents gouvernements mettent en place une succession de réformes:

En 1978 l'enveloppe globale de Raymond Barre.

Puis 1981 avec l'arrivée de la gauche conduit le gouvernement à faire passer par décret du 11 août 1983, la mise en place du budget global hospitalier. Une régulation est possible : l'évolution des budgets est désormais subordonnée à un taux directeur de croissance arrêté chaque année par le ministre des finances.



Claude Evin en 1988 introduit une maîtrise des dépenses fondée sur un taux directeur plafonné, une limitation du secteur 2 en effectif de médecins, en nombre d'actes, et en valeur des honoraires, et le principe du médecin référent.

En 1991 avec l'instauration de la CSG, le financement de la sécurité sociale n'est plus assuré par les seules cotisations sociales mais aussi par l'impôt.

En 1993 sont introduits les premiers outils de la maîtrise médicalisée : les RMO (Références Médicales Opposables).

Le plan Juppé de 1995 par voie d'ordonnance, édicte les nouveaux principes de la maîtrise comptable : vote d'un ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) par le Parlement, et reversements autoritaires imposés collectivement aux médecins en cas de dépassement de cet objectif.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 a instauré un mécanisme dit « des lettres clefs flottantes ».

La loi Douste-Blazy/Bertrand de 2004 a encadré, et progressivement rétréci, l'autonomie des gestionnaires de la CNAMT et créé UNCAM (Union nationale des Caisse d'Assurance Maladie). Elle renforce la position de l'Etat avec la nomination du directeur de l'UNCAM par le gouvernement et non plus par le conseil paritaire syndicats des salariés et patronat de l'UNCAM. Le maître mot de la politique de santé en ville sera la restauration de la confiance avec le corps médical (12).

Depuis, on assiste au retour de la maîtrise médicalisée dans la convention, mais aussi à celui d'une certaine maîtrise comptable, avec la mise en place d'une enveloppe globale pour la CCAM technique. Les médecins

doivent faire face à des attaques médiatiques et politiques contre le secteur 2, dans un contexte de déficits cumulés abyssaux des comptes sociaux. Parallèlement, les besoins en soins augmentent, par le double effet mécanique du vieillissement de la population et du coût des progrès médicaux, conduisant à une nécessaire prise en charge de davantage de pathologies chroniques. Dans un contexte économique atone, le problème du financement de notre système de soins devient de plus en plus préoccupant.

La préparation de la loi Patient Santé Territoire pour l'automne 2008 voudrait concilier la maîtrise des dépenses, l'organisation territoriale et la régulation des soins (13).

La diversité syndicale s'installe

Le syndicalisme médical s'est émietté et fragmenté. La CSMF ne peut plus prétendre depuis les années 1960 au monopole de la représentation des médecins (12). La FMF est créée en 1968, puis le SML (Syndicat des Médecins Libéraux) en 1981, MG France Médecin Généraliste de France, enfin Espace Généraliste en 2004, aiguillonné par la montée en puissance des coordinations de médecins généralistes en 2000, de spécialistes en 2002.

La participation des syndicats médicaux à la définition de la politique des soins est institutionnalisée à travers le dispositif conventionnel. Une large délégation législative laisse à la négociation entre les syndicats médicaux représentatifs et l'assurance maladie le soin de discuter non seulement les tarifs mais plus largement les modalités d'organisation de la médecine de ville et de régulation des dépenses (14,15). Ce dispositif institutionnel rend les représentants des médecins incontournables; tant l'État que l'assurance maladie ont besoin d'au moins un partenaire

pour éviter la crise conventionnelle. L'absence d'accord conventionnel est en effet considérée comme un échec, qui manifeste l'incapacité des pouvoirs publics (assurance maladie et État) à obtenir l'adhésion des médecins à leur politique. Cette dépendance est d'ailleurs plus forte pour l'assurance maladie, dont la légitimité et la capacité d'action autonome par rapport à l'État dépendent de son aptitude à dégager des accords avec les représentants du corps médical. L'actuel président de l'UNCAM, Michel Régerau, témoigne de cette dépendance des négociateurs conventionnels par rapport aux syndicats médicaux : « C'est dans cette logique de recherche d'adhésion que les conventions ont été, pendant plus de vingt ans, axées sur les droits des professionnels plus que sur ceux des patients. » (16)

Dans ce paysage fragmenté, on peut distinguer d'une part les syndicats qui se sont créés en opposition à la CSMF autour de la volonté de défendre plus vigoureusement l'identité libérale de la médecine, et notamment la liberté des tarifs (FMF en 1968 et SML en 1981) et, d'autre part, les syndicats MG France et Espace généraliste qui entendent défendre de manière spécifique les intérêts des généralistes (12).

Lors des dernières élections aux unions régionales de médecins libéraux (URML) en 2006 : les voix se sont réparties entre sept organisations (création d'Espace généraliste, scission de MG France et décomptes séparés des voix entre Alliance et UCCMSF). (17)

Partant du constat que, depuis 1990, aucune convention médicale n'était parvenue à son terme, le législateur a cherché à mieux associer aux négociations les syndicats représentants les professionnels de santé : il a donc mis en place un mécanisme (le droit d'opposition) permettant d'éviter l'adoption de dispositions conven-



tionnelles auxquelles serait opposée une majorité de professionnels. À l'origine, la loi avait prévu que l'opposition formée à l'encontre d'une convention par au moins deux organisations syndicales représentatives – représentant pour les médecins, d'après les résultats des élections aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML), la majorité absolue des suffrages exprimés. La loi du 21 décembre 2006 a remédié à cette situation en prévoyant que, désormais, le droit d'opposition ne pourrait être exercé que par les seules organisations représentatives, relançant le débat sur les critères de reconnaissance de la représentativité syndicale par le gouvernement. Mais, bien que validée par le juge constitutionnel (18), cette modification n'est pas sans se révéler à son tour quelque peu problématique, puisqu'elle revient à empêcher des organisations syndicales de faire opposition à un accord (en l'occurrence, un avenant) au motif qu'elles ne sont pas représentatives alors même qu'elles seraient indiscutablement majoritaires (17).

La multiplicité des syndicats médi-

caux pourrait, dans une certaine mesure, constituer une force pour les pouvoirs publics en leur permettant de jouer sur la concurrence syndicale. (12) Toutefois, de fait, jusqu'en 1996, la CSMF était considérée comme un interlocuteur incontournable par la majorité de gestion de la CNAMTS (FO-CNPF). Le plan Juppé, dès lors qu'il a suscité une opposition farouche de la CSMF, a fait de MG France, jusqu'en 2004, le partenaire attitré de la nouvelle majorité de gestion (CFDT-Medef). Enfin, depuis la loi de 2004 qui prévoit que des syndicats peuvent s'opposer à un accord dès lors qu'ils sont majoritaires aux dernières élections aux URML, la capacité des pouvoirs publics à jouer sur la concurrence syndicale est singulièrement réduite. Les résultats des élections aux URML devraient dorénavant désigner les interlocuteurs obligés des pouvoirs publics dans le jeu conventionnel. Une tradition de relations houleuses avec la sécurité sociale et la fragmentation de la représentation syndicale conduisent naturellement à la surenchère. Il est d'autant plus difficile de consentir à des accords avec les pouvoirs publics que les signataires seront soumis à

la critique vigoureuse de l'opposition syndicale. Cette tentation de la surenchère est d'autant plus prégnante pour les syndicats qui acceptent de s'engager dans le dispositif conventionnel qu'ils sont régulièrement sanctionnés lors des élections aux URML (12).

La participation au dispositif conventionnel n'est pas le seul canal d'influence dont disposent les médecins. Ils peuvent également intervenir par les voies de la manifestation et de la grève, instruments de pression sur le politique, pour faire prévaloir leurs vues. C'est ainsi, par exemple, que les médecins des coordinations ont obtenu une augmentation de 14% du tarif de la consultation en 2002 (passage du C de 17,5 à 20 euros).

L'expression vigoureuse de leur mécontentement leur a permis d'obtenir la promesse de voir leur revendication satisfaite par Jacques Chirac, candidat à la présidence de la République. Après l'élection, les partenaires conventionnels ne pouvaient que mettre en oeuvre la promesse présidentielle. Cette aptitude à la mobilisation pour faire pression sur le politique permet de ne pas se laisser enfermer dans le cadre des relations conventionnelles (8).

Charte de la Fédération Nationale des Syndicats de Médecins de France.

Congrès des syndicats médicaux du 30 novembre 1927

- 1) Le libre choix du malade de son médecin...
 - 2) Le respect absolu du secret professionnel ...
 - 3) Le droit à des honoraires pour tout malade soigné...
 - 4) Le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux ...
 - 5) La liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement doit primer sur le facteur économique ;
 - 6) Contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord ;
 - 7) Nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les Caisses.
- « Charte commune de la profession qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause »



Et demain ?

Des principes de la médecine libérale de 1927 que restera-t-il ?

L'atténuation de ces principes résulte de la subordination de plus en plus grande aux caisses d'assurance maladie, de l'impact des réformes de l'assurance maladie qui tente de maîtriser les dépenses dans un contexte de crise économique.

1° L'indépendance des médecins est remise en cause

Avec la perte de la propriété de leur outil de travail, par le salariat hospitalier par l'arrivée des groupes financiers dans l'actionnariat des cliniques, les médecins perdent leur indépendance dans l'administration de leur moyen de production, dans leur liberté d'avis et de la mise en œuvre de leurs décisions.

Au sens large l'indépendance des médecins est remise en cause par les caisses par la subordination des médecins envers les caisses de l'assurance maladie. En effet, les médecins sont liés par des conventions à l'assurance maladie. Ce sont des contrats de droit public, afin de déterminer notamment les conditions et donc les limites dans lesquelles les praticiens libéraux qui ont adhéré à ces conventions peuvent facturer leurs actes de soins aux assurés sociaux. C'est donc une sorte de contrat de travail dans la mesure où elles fixent les tarifs de rémunération qui ne sont pas horaires mais liés à l'acte pratiqué. De plus, dans la mesure où l'assurance maladie assure en moyenne les deux tiers des cotisations sociales des médecins conventionnés dans le secteur 1 et que c'est elle qui fixe le niveau de rémunération des médecins avec l'enveloppe limitative de soins de ville, dont elle entend imposer aux médecins le respect, elle se comporte en employeur de fait vis à vis des médecins conventionnés en secteur 1 (19).

2° La libre entente tarifaire

Elle concerne seulement les médecins exerçant en secteur 2 qui ont la liberté de fixer leurs honoraires à condition qu'ils le fassent avec « le tact et la mesure ».

Le blocage des honoraires opposables a favorisé la dissociation entre les secteurs, en permettant aux seuls S2 de s'adapter à l'augmentation du coût de la pratique sans jouer sur les volumes. On voit donc les spécialités ne pouvant jouer sur leur volume d'acte comme la chirurgie s'exercer de plus en plus en Secteur 2 en opposition à d'autre spécialité comme la radiologie ou l'effet volume reste une variable possible d'ajustement de revenu. Elle subsiste encore mais elle tend à se réduire avec la volonté politique d'imposer un Secteur Optionnel encadrant en volume et en niveau les dépassements.

3° Le libre choix

Le libre choix du médecin par le patient en principe garanti par l'article 58 du code de déontologie : « Le médecin consulté par un malade soigné par un de ses confrères doit respecter : le libre choix du malade qui désire s'adresser à un autre médecin » se contracte avec, pour limiter le nomadisme médical et la consultation directe du spécialiste, l'obligation du médecin traitant, le respect du parcours de soins et les sanctions financières sur le niveau de remboursement de l'assurance maladie mais aussi des complémentaires avec les contrats dit « responsables ».

4° La liberté d'installation

La volonté politique de limitation du *numerus clausus* visant à réduire l'offre médicale, l'évolution qualitative de la démographie médicale avec l'augmentation des spécialistes, le vieillissement des médecins libéraux, l'évolution sociologique des jeunes médecins qui privilégient leur projet de vie avant un « sacerdoce

professionnel », contribuent à la constitution de « déserts médicaux ». Ajoutons à cela l'augmentation des besoins de soins, par le truchement conjugué du vieillissement de la population et des progrès de la médecine, qui accentue encore le déséquilibre territorial. Une première tentative de limitation de la liberté d'installation a été repoussée par la mobilisation des jeunes médecins en formation à l'automne 2007. La loi « Santé, Patients et Territoires » en cours d'élaboration proposerait des « mesures incitatives positives et négatives » pour réglementer indirectement l'installation... Au final la liberté d'installation libérale sera bien contrainte ! (13)

5° Liberté de prescription

Ce poste représente le principal poste de dépense de l'enveloppe des soins de ville. Il s'agit donc d'un levier important pour contrôler les dépenses.

La liberté de prescription est donc de plus en plus encadrée dans des protocoles de bonne pratique, de respect strict d'AMM etc... limitant l'indépendance des médecins dans leur art.

Cette limitation de la prescription vise surtout à modifier les comportements à travers la maîtrise médicalisée des dépenses. En effet, la nouvelle convention médicale du 12 janvier 2005 agréée par le gouvernement, a prévu un effort de maîtrise de dépense autour de 998 millions d'euros. Elle porte néanmoins bien atteinte à la liberté de prescription, car elle prévoit sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée entre autres: une limitation de la prescription de certains médicaments afin de réaliser des économies.

De plus, un contrôle indirect s'effectue sur la prescription Il se fait par des incitations à travers le déremboursement partiel ou total des médicaments jugés inefficaces au regard de leur utilité et de leur coût.



L'incitation s'effectue donc sur la bourse du patient et non par une limitation de l'ordonnance du médecin.

6° Le secret médical

Sur le fond, ce principe n'est pas contesté. C'est même le seul principe qui outre une protection déontologique, bénéficie d'une reconnaissance pénale. C'est d'ailleurs le premier des 7 principes libéraux à être cités dans le code de déontologie à l'article 4 : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ».

Cependant, il est plus difficile de conserver le secret avec le développement des techniques médicales en groupe. En principe, le médecin ne peut délivrer aucune information sans l'accord du patient, mais on remarque qu'à l'hôpital, où le travail en équipe est omniprésent, le secret médical a bien du mal à être préservé. Le travail en équipe rend nécessaire le partage d'information.

Avec la mise en place dossier médical personnel, malgré les garde-fous électroniques, l'inviolabilité du secret n'est pas garantie. L'intérêt médical est d'avoir une exhaustivité des données, l'intérêt du patient est d'en masquer les plus sensibles au risque dans dénaturer l'intérêt.

Editorial du Médecin de France du 15 novembre 1930

« Par son caractère intellectuel, la médecine est une profession libérale ; ce qui veut dire que l'on l'exerce en toute liberté : liberté d'accorder ou de refuser des soins, liberté de traiter le patient à sa guise ayant pour seul guide et seul frein l'intérêt du malade et la conscience professionnelle ; liberté de réclamer des honoraires que

l'on proportionne à l'importance des soins donnés et du service rendu, aux situations sociales du client, personnelle du praticien. C'est cet affranchissement de toute entrave morale et matérielle, cette indépendance absolue du médecin qui avec la foi en la science, engendre la confiance en lui que lui voue son malade et lui donne le pouvoir de guérir ».

Les médecins veulent-ils rester des libéraux ?

Toutes ces contraintes qui pèsent sur la médecine libérale rendent son exercice de moins en moins attrayant pour les médecins.

La rémunération forfaitaire et le salariat se développent. Par des pratiques mixtes (activité salarié complémentaire), mais aussi de plus en plus de médecins désertent l'exercice libéral, car ils trouvent que le salariat a un statut plus avantageux. Cette tendance est aussi renforcée par la féminisation de la profession qui préfère le salariat comme mode d'exercice afin de concilier plus facilement vie familiale et vie professionnelle.

Le paiement direct à l'acte l'élément le plus caractéristique de l'indépendance de la médecine libérale diminue avec l'augmentation du tiers payant des actes d'hospitalisation, des actes exploratoires, la CMU, les ALD.

En conclusion, nous sommes donc bien en 2008 à un tournant de l'histoire de la médecine libérale.

Nous voyons avec cet éclairage historique à l'occasion du centenaire de notre syndicat que les luttes du passé pour défendre ces principes ont mobilisé la combativité des médecins du terrain et se sont

retrouvés dans les options défendues par leurs syndicats.

Les pressions de la société tant politiques qu'économiques ou sociales pour encadrer l'exercice médical sont bien à l'œuvre. Les choix ne sont pas uniquement économiques mais aussi idéologiques. Quelle médecine, quels médecins la société veut-elle ? La réponse n'est toujours pas claire pour nos concitoyens qu'ils soient patients ou médecins. Les débats lors de la dernière élection présidentielle n'ont jamais abordé le problème. Nous avons vu des passes d'armes sur le besoin et le coût d'un deuxième porte avion sur le quinquennat. Dans le même temps l'augmentation des dépenses de santé qui croît plus que le PIB en raison des besoins, nécessitera un financement supplémentaire équivalent au coût d'un porte avion chaque année. (20).

Pourtant la médecine libérale a des atouts. Elle a prouvé son efficacité même si, comme toute entreprise libérale l'entreprise médicale doit équilibrer son budget, dégager les moyens de son développement, rémunérer ces acteurs. Elle a prouvé sa capacité et sa souplesse d'adaptation. Le principe régulateur et mobilisateur du paiement à l'activité est même introduit dans l'hôpital public avec la mise en place de la T2A, rapprochant ainsi la philosophie économique entre le privé et le public. L'évolution du médecin « artisan » maître de son art, vers le médecin « ingénieur », ne doit pas nous faire oublier, ce colloque singulier humaniste du médecin avec son patient. Gardons notre proximité ; ce contact « charnel » avec nos patients ! C'est notre mobilisation qui empêchera de faire de nous des « techniciens médicaux », des « officiers de santé » aux ordres d'un système de santé plutôt rationné que rationalisé!



La crise actuelle ne nous laisse pas entrevoir une défense facile des principes de la médecine libérale dans le futur : Notre taux de syndicalisation est faible, les positions syndicales conventionnelles sont désavouées lorsque la démocratie professionnelle s'exprime. Nos marges de manoeuvres « d'actions » syndicales sont limitées, comme nous l'ont montré les sanctions financières infligées aux syndicats ayant défendu le mot d'ordre du « DE » défensif.

Notre syndicat est bien sur aussi touché par cette crise. Avec ses moyens, avec les autres structures de la spécialité (Collège, Société) il s'efforce, et il s'efforcera toujours de défendre la spécialité, ses conditions d'exercice et son attractivité.

Mais son action sera d'autant plus efficace qu'il ressent le soutien de tous les médecins de terrain !

Bibliographie

- 1 - Noir J. Aperçu général de leur histoire, leur organisation, leur rôle et leurs tendances, Bulletin de l'Union des Syndicats Médicaux de France, 1908
- 2 - Hassenteufel P., Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire, Sève 2008/1, N° 18, p. 21-28.
- 3 - Hassenteufel P., Les médecins face à l'État, Paris, Presses de Sciences Po, 1977.
- 4 - Le Médecin syndicaliste, 15 janvier 1926, p47.
- 5 - Le Médecin syndicaliste, 1er janvier 1928, p37-39
- 6 - Le médecin syndicaliste, 1er janvier 1928, pp 37-39
- 7 - Editorial du Médecin de France du 15 novembre 1930
- 8 - Michau G. Construction et devenir de l'identité de la médecine libérale française. Mémoire IEP Aix-en-Provence 2006
- 9 - Le Médecin de France 15 avril 1930, p.302.
- 10 - Spaeth J.-M., Les syndicats et l'assurance maladie, Sève 2008/1, N° 18, p. 29-37.
- 11 - Hatzfeld H : Le grand tournant de la médecine libérale, Ed. ouvrières, 1963.
- 12 - Bras P.-L., Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux, Sève 2008/1, N° 18, p. 47-56.
- 13 - Bachelot - Narquin R. Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative Discours de CAEN 27 Juin 2008, Charte d'organisation de l'offre de soins, PDS, FMC, EPP
- 14 - articles code de la sécurité sociale L. 162-14-1 et L. 162-5
- 15 - le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale pour 2007.
- 16 - Régereau M., « La politique conventionnelle : ses ambitions et ses limites », Revue française d'administration publique, n° 113, 2005, pp. 75-82.
- 17 - Borgetto M., La représentativité des syndicats en droit de l'assurance maladie, Sève 2008/1, N° 18, p. 39-45.
- 18 - Cons. const. , décision n° 2006-544 DC, 14décembre 2006,Rec., p. 129,cons. 28 (« en subordonnant à la condition de représentativité la possibilité, pour une organisation syndicale, de former opposition à un accord, le législateur n'a méconnu ni la liberté contractuelle, ni la liberté syndicale, ni aucune autre exigence constitutionnelle »).
- 19 - Kervasdoué J., la crise des professions de santé, Dunod, Paris 2003, p195-196.
- 20 - Prieur C., Dépenses de santé. Pourquoi ne pas dire la vérité aux Français ?, Sève 2008/1, N° 18, p. 95-104.

Les Syndicats Médicaux

ET

L'Union des Syndicats Médicaux de France

APERÇU GÉNÉRAL

DE LEUR HISTOIRE, LEUR ORGANISATION, LEUR ROLE ET LEURS TENDANCES

Par JULIEN NOIR

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE
VICE-PRÉSIDENT DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

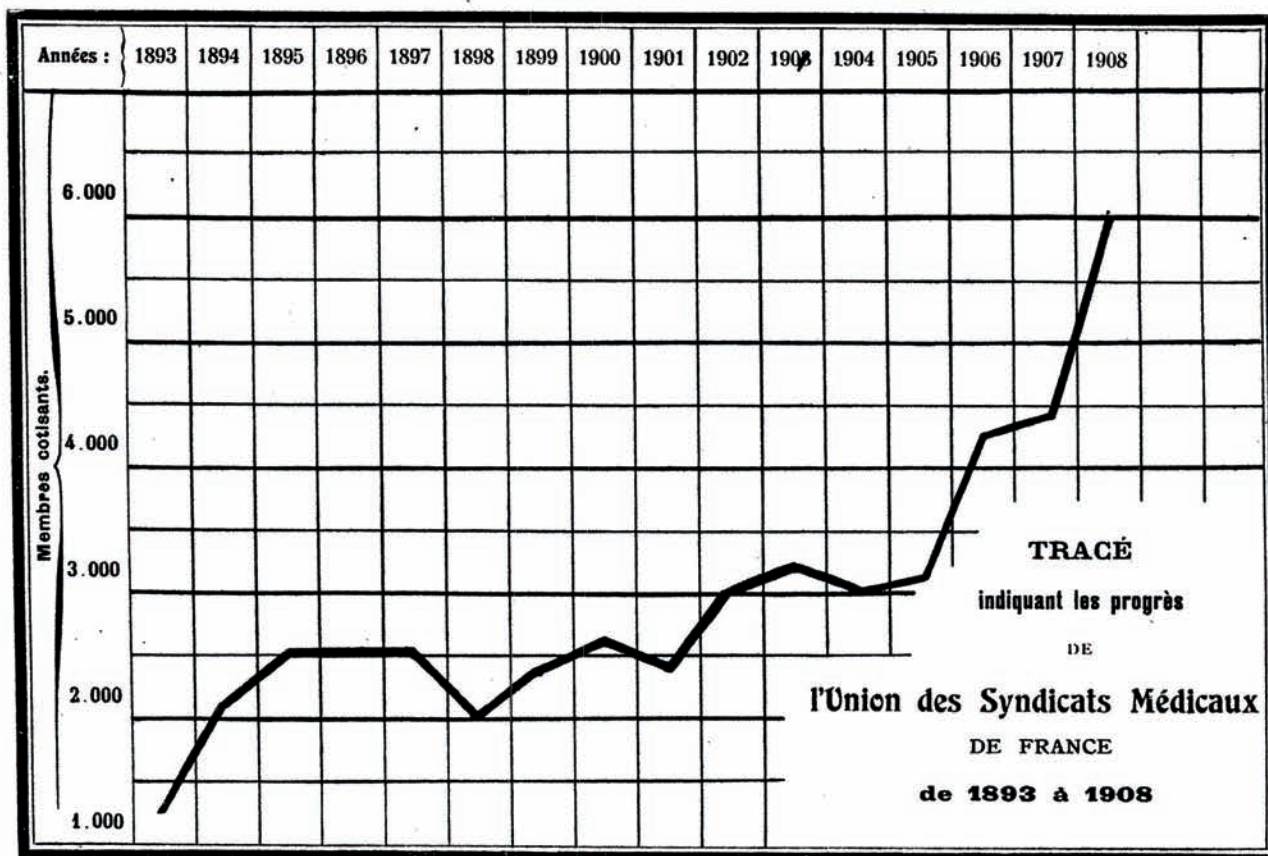
I. — LA CRISE MÉDICALE ACTUELLE. — LES DANGERS QUE COURT LA PROFESSION : SALARIAT ET FONCTIONNARISME. — LA DÉFENSE SYNDICALE ET LA LIBERTÉ DE CONFIANCE.

A mesure que le rôle du médecin a augmenté et s'est anobli, sa situation matérielle a diminué et est devenue de plus en plus précaire.

La considération, l'autorité morale dont elle jouit, ont attiré un nombre de plus en plus grand de jeunes gens dans la carrière médicale. Le développement de l'instruction est venu encore augmenter sans mesure le chiffre des étudiants. La médecine est bien aujourd'hui une profession encombrée. Il en résulte une crise, dangereuse indiscutablement, mais qui, en somme, ne serait que passagère comme toute crise, et de peu d'importance si elle ne menaçait pas de faire évoluer dans un sens pernicieux l'exercice de notre art.



*La Syndicalisation des Médecins
1893 1908*



CAPSULES de
SANTAL Salolé **LACROIX**
 LA PLUS ACTIVE
 et la mieux assimilable des préparations
 antiseptiques préconisées dans les
Affections des Voies Urinaires
 H. LACROIX & C^{ie}, 31, Rue Philippe-de-Girard, PARIS



**SIROP DUBOIS
AU
CRÉOSAL**

TOUX
SOUS
TOUTES
SES
FORMES

GOÛT AGRÉABLE
MALGRÉ HAUTE
TENEUR EN
PRINCIPES
ACTIFS

TOUX
SOUS
TOUTES
SES
FORMES

LITTÉRATURE - ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20, Rue du Laos -- Paris (15^e)

Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Trinitrine Caffeinée Dubois. — Pancréatine Laleuf
Créosal Dubois. — Colloïdine Laleuf
Mycolactine Souvin. — Iodotaxine Laleuf
Adrépatine (Suppositoires, Pommade).



L'orl et la normalisation Européenne

Pr. Michel WAYOFF

Professeur des Universités, Clinique O.R.L., Hôpital Central, 54000 Nancy.
Représentant français à l'UEMS, secrétaire de la section ORL-CCF.

Préface

Lorsque nous avons demandé au Professeur Michel Wayoff de participer à cette publication du centenaire, il nous a soumis deux thèmes de réflexion : l'otologie et son expérience au sein des instances européennes.

A la lecture de l'article qu'il avait rédigé en 1992 pour « Les cahiers d'ORL » sur la normalisation européenne, il nous a semblé que son analyse restait pertinente et d'actualité.

Il y retrace avec lucidité les méandres de la confrontation administrativo-médicale compliquée des traditions propres à l'évolution de notre spécialité dans les divers pays impliqués.

A l'époque, nous n'étions que 12 pays, nous sommes maintenant 27 !

Il est certain que notre regard syndical sur le futur ne peut ignorer cet aspect de notre spécialité et que l'ORL Française doit rester présente dans cette démarche nécessaire mais difficile au sein de l'Europe du XXI^{ème} siècle.

Le Professeur Wayoff nous a demandé de préciser que son action a été poursuivie avec mérite et constance par Jean-Michel Klossek et Bertrand Geoffray dans le cadre de l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes).

Qu'il soit remercié pour la réflexion qu'il nous inspire.

Le Bureau du SNORL

"Nous n'avons pas affaire à la crise de la modernité; nous avons affaire à la nécessité de moderniser les présupposés sur lesquels la modernité est fondée. La crise présente est non pas la crise de la Raison mais la crise des motifs irrationnels, désormais apparents, de la rationalisation telle qu'elle a été entreprise."

André GORZ
(*Métamorphose du travail, 1988*)

L'Europe de la santé : état actuel de l'ORL

Les guerres qui ont ravagé l'Europe peuvent être considérées comme de véritables "guerres civiles" et c'est bien pour ne plus jamais voir "cela" que les 6 pays fondateurs de la Communauté Économique Européenne (C.E.E.) ont ratifié différents traités d'intégration et d'extension à long terme. Le temps de passer les plaies économiques, les progrès rapides et soutenus de la médecine faisaient fleurir un enthousiasme "assomptionniste"¹ dans l'esprit des médecins de l'O.M.S. qui pouvaient proposer une **définition idéale** : "la santé est non seulement l'absence de maladie mais un état global de bien-être physique, mental et social". La protection sociale s'améliorait rapidement. La maladie était ressentie comme l'injustice sociale à l'état pur, et les hommes politiques quadrillaient le territoire d'hôpitaux électoraux, de promesses démagogiques, tout en vouant aux gémonies la gent médicale qu'ils méprisaient de plus en plus.



Les Facultés de Médecine dont le budget était alors calculé à la capita-tion, participaient allègrement à la prolétarianisation d'une profession sans pour autant se fournir les moyens d'une formation de qualité suffisante ce qui creusait les écarts inter-individuels. Handicapés socialement par leur humanisme hippocratique, les médecins ne peuvent pas persister dans la revendication parce que, de façon dialectique, leur altruisme statutaire leur est renvoyé comme un boomerang. A la belle époque de l'utopie communautariste, on entendait des phrases comme : "Vous avez un si beau métier que vous devriez payer pour le faire !" Les médecins se sont donc laissés enfermés dans une rentable nasse : le piège fonctionnait au-delà des espérances de tous les consommateurs de la santé comme de tous ses parasites, aussi bien les gestionnaires que les assureurs. Les prestataires de service eux-mêmes, comme les ayant-droits assujettis sociaux et mentaux, ont fini par mettre, surtout en France, la marmite en ébullition. Au seuil d'un bond (sic...) de l'Europe, auquel on ne peut encore apporter de qualificatif, voyons quel peut être le sort prévisible de la pratique médicale en général et de notre spécialité en particulier.

L'Europe et les médecins : structures

En mai 1957, avec le traité de Rome, l'idéal hippocratique ne pouvait qu'adhérer avec enthousiasme aux Institutions Européennes. Dès 1959, à Amsterdam, un **Comité Permanent des Médecins** fut institué pour représenter la médecine et la conduire " à un niveau toujours croissant de qualité dans un espace ouvert à la libre circulation des médecins ". Les faits sont têtus et les diversités politiques administratives et sociales des pays de la Communauté Européenne ont apporté leurs inerties respectives à la

progression de l'Europe Blanche même si les professionnels de la Santé ont toujours été moins protégés par leurs représentants politiques que d'autres catégories plus intè-res-santes pour la récolte des voix aux diverses élections. Il est aussi beaucoup plus noble et surtout plus facile, de promettre la Santé pour tous. Cela n'engage pas les élus alors qu'une lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme culturel seraient de véritables actes de bravoure politique.

Ainsi jusqu'au récent sommet de "Maastricht", le Comité Permanent ne pouvait donner que des directives, des recommandations aux Pays membres de la Communauté, chaque pays restant maître de ses structures internes.

La **directive 362** orientait à court terme vers la reconnaissance mutuelle des "diplômes, certificats et autres titres ouvrant l'accès à l'exercice des activités du médecin". Remarquons en passant la disparition du titre de "Docteur en Médecine" dans la littérature administrative européenne. En France, comme souvent l'application allait au-delà du nécessaire : le médecin fait place au "praticien" pour les organismes de sécurité sociale, voire au "clinicien" dans le jargon hospitalier le suffixe « cien » est commun a grand nombre d'emplois ainsi traités sur une base plus égalitaire. On utilise également le terme générique de « **prestataire de services** ». Susceptibilité excessive direz-vous que de souligner cette déviation sémantique ? Non pour qui connaît les arrière-pensées des dialecticiens conditionnés à la réflexion marxiste. Une seconde directive 363 coordonnait les conditions de formation des médecins : 5000 heures en 6 années études.

Publiées en juin 1975, en vigueur en France le 31 décembre 1976, ces directives faisaient de la médecine. La première profession libérale

dotée d'un standard européen, après 15 ans de discussion. Il est vrai que le Comité Permanent des médecins de la C.E. avait dû faire face à de nombreuses tâches avant de se structurer en conséquence : charte des médecins du travail, charte des médecins salariés et hospitaliers, libre circulation conditionnelle des médecins hospitaliers.

Le Comité Permanent est à l'interface des organismes gouvernementaux (politiques) et des Organismes consultatifs (professionnels). Il est constitué par :

- 12 délégations nationales, avec comme invités permanents la Suisse, l'Autriche, la Suède, la Finlande et, depuis peu la Hongrie. Elles comportent 4 à 5 membres mandatés par les ordres et juridictions nationales apparentées et les représentants des organisations professionnelles.

- 4 commissions : éthique et déontologie médicale, médecine préventive et environnement, formation et évaluation, sécurité sociale et économie (industrie pharmaceutique). Des groupes de travail sont formés à la demande pour initier certaines démarches.

Les organismes consultatifs : Conférence Internationale des Ordres (CIO), Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO), Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS), Association Européenne des Médecins Hospitaliers (AEMH), Jeunes Médecins Hospitaliers (PWG), Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).

Les structures politiques de la Communauté Européenne sont lourdes et complexes : le Parlement Européen, le Comité Economique et Social et l'ensemble des Commissions des Européennes.



En ce qui concerne la santé, ces commissions s'appuient sur un comité de hauts fonctionnaires de la Santé Publique et sur le comité consultatif pour la formation médicale prenant avis d'experts professionnels, d'experts gouvernementaux et d'experts universitaires dans chacun des 12 pays membres.

La mission générale de ces commissions, on pourrait même dire leur philosophie, est d'élaborer les textes de directives que les organismes consultatifs sont chargés de transmettre à la base. Jusqu'à présent ces directives ne recevaient pas de décrets d'application. Elles ont pour rôle d'inciter les représentants des organismes consultatifs à apporter ces recommandations devant leurs instances décisionnelles pour obtenir leur application progressive dans chaque pays, et dans la mesure où ces instances ne font pas la sourde oreille.

La décision d'appliquer ces recommandations incitatives revient naturellement aux autorités ministérielles (donc politiques) dans chaque pays. En fait, ces autorités ont désigné préalablement une série d'experts auprès du comité consultatif pour la formation médicale. Ces experts ont déjà eu connaissance des travaux des organismes consultatifs, transités par le comité permanent et son secrétariat permanent (qui siège à Bruxelles). Ces experts ont leur propre conception, variable selon les pays, qu'ils tentent de synthétiser au cours de discussions parfois vives, et en principe, d'adapter aux vœux des organismes consultatifs, tout au moins lorsqu'ils leur paraissent recevables.

Il existe donc une boucle de rétroaction, dont le dernier mot revient au comité permanent lorsqu'il publie un texte (directive ou recommandation) qui retourne vers la base.

Les contraintes de l'harmonisation

Les diversités coutumières, linguistiques, socio-économiques des différents pays, comme d'ailleurs les idées souvent peu évolutives et parfois préconçues de différents experts, sont **autant d'obstacles** à une **harmonisation rapide** et équilibrée. Enfin, derrière les textes apparemment officiels concernant réglementation des études, les stages hospitaliers et la formation continue, se cachent en fait de grandes diversités qualitatives entre les pays, et même à l'intérieur de chaque pays.

La dispersion des qualités morales, intellectuelles et manuelles dans un échantillon de population médicale est d'ailleurs mal acceptée par les fonctionnaires de tous pays car elle a plus de conséquences individuelles et collectives que les variations du comportement et des dysthymies d'un technocrate anonyme. Il est vrai que de nombreux médecins fonctionnarisés dans les faits et dans leurs mentalités se font les parangons de la vertu diagnostique et thérapeutique alors que les difficultés s'amoncellent sur le terrain lorsque les élus (dont le vœu le plus cher est d'être élu une fois de plus) continuent à promettre une médecine de haut niveau, à vitesse unique, de gratuité croissante et autres billevesées relevant de la pensée "assomptionniste", Il faut avouer que le mal n'est pas nouveau et Hippocrate fustigeait déjà les "théoriciens sans pratique" aussi bien que les « praticiens sans théorie ». Reconnaissons qu'il est souvent nécessaire de balayer devant sa porte et que **le comportement social du médecin dérive** trop souvent vers des pratiques plus ou moins discutables sous la pression des exigences du public, de nécessités d'amortissement du matériel lourd (la trésorerie des firmes industrielles se porte bien),

enfin de l'évolution de la responsabilité médicale qui ouvre un marché potentiellement juteux pour les professions juridiques. D'éventuels réfractaires sont réduits au silence par différents moyens d'exclusion voire de rétorsion.

Jusqu'à présent, sur un terrain qui ne pouvait recueillir que l'unanimité, les textes et déclarations du comité permanent ont surtout porté sur l'éthique et la déontologie médicale. En 1967, la "charte de Nuremberg" définissait les principes fondamentaux s'imposant aux praticiens mais aussi aux organismes sociaux et aux états-membres. A Copenhague, en 1978, paraissait une déclaration sur les coûts de la médecine moderne et les dangers d'adopter les seuls critères financiers. La torture était évoquée en 1990, et le SIDA en 1991.

La reconnaissance mutuelle des diplômes a fait l'objet de discussions parfois véhémentes mais la libre circulation de tous les médecins en pratique libérale sera effective à partir du 1.01.1993. Il paraissait pourtant difficile d'admettre une rétro-activité égalisatrice pour des fourchettes de formation allant de 3 à 6 ans pour l'ensemble des spécialités.

Il est utile de rappeler brièvement le développement historique du Comité Permanent pour comprendre cet échelonnement dans le temps.

La structure du CP fut élaborée en octobre 1969 par 3 fondateurs : 1 italien, 1 allemand, 1 français. L'extension progressive de la communauté de 6 à 12 pays se poursuivait les années suivantes posant toujours de nouveaux problèmes, mais progressant inéluctablement devant la volonté délibérée du CP et des organismes politiques.



D'ailleurs, à Madrid, en octobre 1991, le CP remplace l'unanimité par la majorité des 3/4 pour les visions politiques.

Le CP est assisté par des conseillers juridiques dont, pour la France, Jean MIGNON, vice-président de la Commission des juristes, conseiller juridique de la CSMF, et ancien directeur du Concours Médical.

Le secrétariat permanent sera géré par une association internationale de droit belge dont le siège social sera Bruxelles. Comme l'écrit J. MIGNON : « La période des fondateurs arrive à son terme, le temps des organisateurs est venu ».

Il a donc fallu 32 ans pour bâtir un édifice cohérent dans ses intentions et sa finalité, même si les va-et-vient entre les organismes consultatifs et le CP n'ont duré que 16 ans.

Le souci d'harmonisation met au premier plan l'équilibre entre les différentes spécialités. Il n'est pas question d'accroître la durée de formation d'une spécialité par rapport aux autres, même si le développement de la médecine moderne fait apparaître de nouvelles pratiques ou des modifications dans le champ des compétences. Il faut assister aux réunions pluridisciplinaires pour comprendre l'ambiguïté de certains mots parfois leur intraductibilité littérale dans les différentes langues d'où naissent des malentendus inévitables que la courtoisie et la diplomatie tentent de réduire le mieux possible. Si, dans les faits, la chirurgie générale est démantelée en France, ce n'est pas encore le cas dans certains pays. Pour les généralistes de tel ou tel pays, la pédiatrie relève d'un mode d'exercice et non d'une spécialité à part entière. Il est vrai que le Comité Consultatif comporte une majorité de généralistes médicaux ou chirurgicaux pour lesquels, non sans quelques justes arguments la segmentation excessive de la prati-

que médicale ne va pas dans l'intérêt des malades.

L'harmonisation est d'autant plus difficile que chaque pays établit sa réglementation interne et que ses représentants syndicaux et/ou universitaires ne disposent d'aucune marche de manoeuvre pendant les réunions européennes sous peine d'être désavoués voire complètement ignorés dans leur pays.

A tous niveaux l'influence des "lobbies" n'est pas innocente. En France on a pu assister à la création d'un D.E.S. de chirurgie plastique reconstructive et esthétique de portée très générale qui aurait pu être intéressante, autrefois, lors de l'édification unitaire des principes fondamentaux de cet aspect spécialisé de l'exercice chirurgical, mais qui est devenue obsolète avec la spécification centrifuge des applications pratiques. Peut-on intervenir de façon régulièrement heureuse plastiquement et surtout esthétiquement voire fonctionnellement à tous endroits de l'organisme ?

Heureusement ce D.E.S. a rapidement disparu mais la présentation actuelle soulève de nouveaux problèmes.

Le cheminement de la section U.E.M.S. en O.R.L.

En 1963, la section O.R.L. de l'U.E.M.S. définissait la spécialité comme devant comprendre la mention "chirurgie cervico-faciale" et l'on envisageait, pour l'avenir, la création d'un certificat de spécialiste européen. En 1966 et 1967, on réalise des études comparatives des nomenclatures sans finalité directe. La Hollande est le seul pays à payer ses cotisations.

En 1968, le Pr MOUNIER-KUIIN pense qu'il est préférable de laisser chaque pays libre de déterminer ses critères

de qualification et que le titre de spécialiste européen soit établi sur des critères comparables au niveau le plus exigeant mis en oeuvre parmi les différentes qualifications nationales.

En 1973 avec l'intégration du Royaume Uni, de l'Irlande et de l'Italie, la Communauté passe à 9 membres.

En 1974 la réunion de Monaco aboutit à la réservation du domaine maxillo-facial pour 4 spécialités :

La chirurgie plastique, l'O.R.L., la stomatologie et l'ophtalmologie. Avec une formation chirurgicale de base et une formation complémentaire chacun de ces spécialistes doit pouvoir pratiquer la chirurgie maxillo-faciale. Dans des discussions analogues, l'hypertrophie de la phoniatrie et l'individualisation de l'audiologie apparaissent comme des menaces préluant à l'éclatement de l'O.R.L. tandis que les stomatologistes doivent se défendre devant la promotion du "doctorat en chirurgie dentaire". Alors qu'une formation minimale de 4 ans était envisagée pour autoriser la migration des O.R.L. en Europe, la section O.R.L. de l'U.E.M.S. proposait une formation de 6 ans pour l'aspect modernisé et réaliste de la spécialité avec l'intitulé Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie cervico-faciale.

La grande majorité des sociétés collèges et/ou académies nationales adoptent le titre complet aussi bien en Europe, que sur le continent américain. Mais cette préemption, d'ailleurs légitimée par les faits, ne constitue pas un droit et il n'y a pas de réservation légale sur le territoire. En 1975, il est procédé à l'inventaire des centres formateurs dans les différents pays, une reprise méthodique de la définition de l'O.R.L. est réalisée et qui inclut le domaine cervico-facial dans le programme des études. Les efforts soutenus de J. BOURGUET



et Y. GUERRIER aboutissent à un consensus des membres de la section O.R.L. de l'U.E.M.S. dont J. de BOURNONVILLE (Belgique) assure le secrétariat permanent sous une présidence tournante.

Résumons :

- Un programme d'études théoriques et pratiques de la "chirurgie O.R.L. et cervico-faciale". La notion même de rhino- et d'oto-neuro-chirurgie "réalisée en équipe" est introduite dans ce programme.

- Une durée souhaitable de 6 ans comprenant un tronc commun de formation chirurgicale allant de 6 à 18 mois selon les pays.

Le secrétaire général de l'U.E.M.S. (Dr DEMAREZ, stomatologiste, Belgique) fait approuver ces dispositions par la Commission de Formation et d'Evaluation en septembre 1989. Le comité de direction de l'U.E.M.S. entérine le 14.10.89 ce qui aboutit à la **motion D 8953** dans laquelle il est toutefois précisé que la section monospécialisée d'O.R.L. ne demande pas une réservation du domaine chirurgical cervico-facial, qui doit "rester accessible à tout chirurgien qui a reçu la formation adéquate requise pour l'exercice compétent de cette chirurgie".

Nous ferons grâce au lecteur de tous les détails concernant l'évolution de cette demande, des malentendus et des incompréhensions à ce sujet. La commission peut très bien affirmer qu'elle approuve le plan de formation en O.R.L. et chirurgie cervico-faciale, dans le sens où il lui paraît correspondre à ce qui doit être le niveau européen pour un chirurgien voulant exercer dans la totalité de ce territoire anatomique. Mais cela ne signifie en aucune façon que cette commission envisage d'officialiser cette entité par un diplôme d'exercice. Elle n'en a pas le pouvoir.

D'ailleurs le Comité de Direction de l'U.E.M.S. fait cesser toutes les illusions en précisant successivement :

- Que la durée de formation d'une spécialité ne peut être augmentée séparément et qu'il faut harmoniser les durées de l'ensemble des spécialités médicales.

Que la seule spécialité d'exercice est l'O.R.L. et que la chirurgie cervico-faciale est accessible à tout chirurgien généraliste.

Que la migration des professions de santé dans les divers pays européens doit être favorisée à tout prix et que, dans l'état actuel, avant d'allonger le temps de formation, il faut harmoniser à un niveau de 4 ans (ce qui est entré maintenant dans les faits).

- Que chaque pays peut à son gré allonger la formation dans les facultés de médecine du sol national, mais que les autochtones seront alors défavorisés dans leurs possibilités de migration par rapport aux médecins d'autres origines, de formation moins longue, et donc capables d'occuper plus tôt les postes disponibles.

Sans extrapolations particulières, les corollaires de ces précisions apparaissent nettement : Il y a une équivalence rétro-active des diplômes à partir du 1.01.1993.

Il existe une volonté délibérée de ne pas allonger de façon notable la durée des études et cela pour différentes raisons avouées ou implicites : nivellement à un niveau technique qui n'entraîne pas trop de dépenses d'une part ou de prétentions quant aux rémunérations d'autre part : favoriser les migrations qui jusqu'à présent n'ont pas beaucoup posé de problèmes en restant à un taux modeste, étant entendu que cette situation pourrait changer pour favoriser la révision des hono-

raires médicaux à la baisse ou pour favoriser la médecine spécialisée salariée.

État actuel et perspectives

Quoiqu'il en soit des vicissitudes politiques du traité de Maastricht, les professions de santé ne doivent se faire aucune illusion. Elles seront offertes en "holocauste" dans le cadre de l'Europe Sociale, corollaire de l'Europe Blanche. D'ailleurs, nos décideurs politiques comptent bien ainsi nous imposer des mesures qu'ils appliqueront au nom sacré de l' « EUROPE », au nom d'une auto-rité supérieure à l'autorité nationale, espérant ainsi ne pas ressentir les conséquences électorales négatives qui ne manqueraient pas de survenir, s'ils avaient le courage de les appliquer directement. Il ne faut pas croire non plus que le "modèle français" à « vitesse unique » mais bien onéreux, soit séduisant pour d'autres pays. Les vierges effarouchées par la médecine à deux vitesses ne semblent pas comprendre qu'elles enclenchent la marche arrière, à moins, suprême duperie, qu'il ne s'agisse d'un calcul stratégique.

On pourrait d'ailleurs faire d'autres réflexions mettant en parallèle les notions de "Santé Publique" et de "santé du public". Est-il cohérent de ne pas mener à fond les actions de médecine préventive (certaines vaccinations sont encore onéreuses), de ne pas mener à bien des actions contre le tabagisme et l'alcoolisme qui seront bientôt nos seules spécificités culturelles, sans mettre en parallèle les frais occasionnés par toutes ces aberrations comportementales. La médecine de soins doit-elle absolument représenter une affaire d'état dans tous les secteurs. La santé de l'individu n'est-elle pas du domaine de la "vie privée" et dans ce cas, la collectivité doit-elle forcément supporter



les frais les plus ultimes de la sophistication thérapeutique. Est-il possible de favoriser plus longtemps l'absence de responsabilité individuelle du consommateur de Santé par un tiers payant démagogique ? Le médecin doit-il devenir un distributeur de soins aux ordres de son employeur ? **Le colloque singulier et sacré ne risque-t-il pas de devenir une méfiance en face d'une défiance ?** Il ne nous appartient pas d'aller plus loin, dans le cadre de cette mise au point, mais ces questions se poseront bien un jour avec toute la « cruauté du réel ».

Dans la mesure où une homogénéisation doit être envisagée dans le cadre européen, il convient de résumer la situation actuelle en France d'une part, et au niveau des projets des Commissions Européennes d'autre part.

Situation française actuelle

L'évolution de la formation des spécialistes en France a entraîné la disparition des CES et parallèlement le passage obligé par l'internat de spécialités chirurgicales ouvrant l'accès à un Diplôme d'Études Spéciales d'ORL et à l'obtention consécutive d'une autorisation d'exercice de la spécialité d'O.R.L.

Les codifications rigides ne correspondent jamais aux réalités pratiques et, sous l'évidence des inadaptations (heureusement) comme sous la pression des « lobbies » (malheureusement). On a assisté à d'importantes modifications, la disparition d'un DES-méteore de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, l'isolement de la neuro-chirurgie qui a quitté le tronc commun de chirurgie, l'intégration de la chirurgie maxillo-faciale dans le dit « tronc commun » et la réduction concomitante de la stomatologie comme spécialité isolée (complètement séparée de la chirurgie maxillo-faciale).

Il existe naturellement des diplômes d'études spéciales complémentaires (DESC) dont la réglementation vient de changer. Ils sont répartis en deux groupes :

1. Les uns ne sont accessibles qu'au titulaire de DES de chirurgie générale (5 ans) : infantile, maxillo-faciale, plastique, reconstructive et esthétique, vasculaire, viscérale, pour ce qui peut interférer avec l'ORL.

2. Les autres ne sont accessibles qu'aux titulaires de certains DES exclusivement : la chirurgie cervico-faciale pour l'ORL, l'orthopédie dento-maxillo-faciale pour la stomatologie.

Le territoire maxillo-facial reste donc bien accessible au chirurgien généraliste surtout s'il est assorti d'un DESC d'orientation cervico-faciale, plastique ou vasculaire. Il est toutefois permis de constater une évolution favorable à notre spécialité, à condition que l'accès au DESC de chirurgie cervico-faciale soit tout à fait sélectif. Le Collège Français d'O.R.L. et de chirurgie cervico-faciale donnera certainement à ce sujet des instructions précises pour éviter les particularismes éventuellement laxistes.

L'attitude de l'Ordre National des Médecins sera enfin déterminante pour réguler les litiges territoriaux éventuels et inspirer les propositions des compagnies d'assurances du risque professionnel.

D'aucun pourrait regretter que la formation O.R.L. ne passe pas le tronc commun de chirurgie au prix d'un allongement modeste de la formation. D'ailleurs, comme en pratique et à juste titre, l'accès à l'ORL se fait par le biais de l'Internat de chirurgie, les candidats de la spécialité se sentent une "vocation et/ou un tempérament chirurgical". Ils rechignent à se soumettre à la formation très spécifique que nécessite le cur-

sus complet de l'O.R.L., l'exploration fonctionnelle cochléo-vestibulaire, la pathologie de la communication, l'immuno-allergologie.

Il y a donc inadéquation de la réglementation actuelle à la pratique médicale moderne et cela peut constituer pour certains patients un très grand malheur. On conçoit mal qu'une belle spécialité comme l'O.R.L., nécessitant un équilibre complet dont l'honneur est justement d'être médico-chirurgicale, puisse éclater en comportements d'applications techniques, dont peu d'individus seraient dorénavant capables de faire la synthèse.

Cette situation est-elle spécifiquement française ? Traduit-elle notre besoin cartésien de plier les faits à nos préjugés théoriciens ? Signifie-t-elle que nos adaptations soient toujours en retard : comme nous avons été la dernière grande Nation à opérer la révolution industrielle du XIX^e siècle, plus tard à moderniser nos armées, enfin aujourd'hui à changer les mentalités d'un peuple versatile. Rien n'est parfait non plus dans les autres pays européens, mais en ce qui concerne l'O.R.L., les plis d'aisance existent : on a évité la dérive réglementariste et le centralisme excessif.

Il existe une formation audiolinguistique propre en Italie et en Espagne. La pathologie allergique des voies aériennes supérieures est directement prise en charge par l'O.R.L. en Allemagne, en Italie et en Suisse. Pourtant en France, l'existence d'un important lobby voudrait que l'allergie soit une spécialité à part entière. Dans une lettre à la section O.R.L. de l'U.E.M.S. (25.09.91) l'Union Européenne des phoniatries donnait le modèle d'une solution pragmatique pour réduire cette fragmentation de l'O.R.L. et demandait que la phoniatrie soit considérée comme une branche de l'O.R.L. avec des droits égaux aux autres subdivisions de cette spécialité.



A l'évidence, il existe une unité O.R.L. et cervico-faciale qui domine de loin tous les autres critères de classification car elle répond, non seulement à la pratique quotidienne, mais aussi à l'adaptation moderne de la spécialité à un corpus de base incontournable. Cette affirmation, non pas tellement territoriale, mais surtout physiopathologique et thérapeutique, ne conteste en aucune manière ni la chirurgie cutanée de surface, ni la chirurgie osseuse crânio-faciale, ni les particularismes bucco-maxillaires. Elle souligne, par contre et fortement, qu'il est peu recommandable de s'aventurer dans cet ensemble à partir de ces trois modes d'exercices.

La solution la plus adaptée à l'évolution prévisible, et déjà largement entamée, de la pratique médicale moderne, est d'envisager un tronc commun d'O.R.L. sur lequel seraient branchées 4 subdivisions complémentaires : chirurgie cervico-faciale, oto-neuro-chirurgie, immuno-allergologie, pathologie de la communication (alias phoniatry).

Les solutions pratiques ne peuvent pas être trouvées en un jour mais ne vaut-il pas mieux prendre le temps nécessaire à une réflexion approfondie et consensuelle, plutôt que d'entretenir un climat d'instabilité permanente et de prendre des décisions tellement hâtives et non consensuelles, qu'elles nécessitent d'incessantes retouches et empêchent l'organisation d'un enseignement cohérent.

La médecine française s'enorgueillit de son "Internat", comme les "Grandes Écoles" donnent une teinte assez particulière au formalisme intellectuel des commis, plus ou moins grands, de l'État. Dans certaines revues françaises, on pouvait lire récemment que les dirigeants allemands nous enviaient

cette formation. Une fréquentation non négligeable de différents milieux internationaux ne permet pas une telle affirmation. En tout cas, la forme récente et encore **actuelle de l'Internat ne nous permet plus aucun sentiment de supériorité organisationnelle** par rapport aux autres pays européens. Il est même étonnant qu'on soumette l'élite de notre jeunesse à un concours difficile pour la laisser ensuite se former vaille que vaille, et sans évaluation véritable à la sortie.

Ces propos sont heureusement contestables et beaucoup de nos jeunes collaborateurs sont particulièrement brillants et consciencieux, mais manifestement le système n'est pas bon. La France est le seul pays, pour prendre un exemple, ou l'étudiant en médecine commence à être spécialiste avant d'être complètement médecin. Partout ailleurs l'inscription dans une spécialité est subordonnée à l'obtention du diplôme d'état, presque toujours assortie d'un stage de 12 à 18 mois de pratique générale.

Justification d'un Board Européen

Nous ne reviendrons pas sur les motivations qui ont incité les Institutions Européennes à reconnaître l'équivalence des diplômes et à recommander de ne pas allonger la durée minimale des études. Dans la pratique, une différenciation s'établit naturellement dans les modes d'exercice et dans les compétences même si la vérification des connaissances apparaît comme une épreuve coercitive et peu démocratique.

Dans un document du 29.06.91, le Dr DERCOQ, vice-président du Comité Consultatif Européen pour la formation des jeunes médecins, envisage les moyens de favoriser une migration médicale de qualité,

sans nuire aux particularités de chaque pays tout en favorisant la formation continue et la convergence vers une harmonisation progressivement maximale.

La création d'un "Board" est demandée à chaque section de l'U.E.M.S. Pour éviter tout faux-sens, précisons qu'un "Board" n'est pas un simple diplôme mais une vérification de qualification sur épreuves.

L'organisation d'un "Board Européen" par les urologues nous a été confirmée par le Pr HAERTIG. Après deux sessions de questions à choix multiples ou de cas cliniques, les candidats restant en piste sont soumis à une prestation orale d'un jury de plusieurs membres dont un de la même langue que le candidat. L'organisation matérielle revient aux diverses sociétés et collèges de la spécialité dans les différents pays grâce aux cotisations de ces structures et a un droit d'inscription exprimé en écus (correspondant de 1 200 à 1 500 FF). Le soutien matériel de grands laboratoires internationaux peut être envisagé.

Les candidats seront des spécialistes confirmés avant exercé en pratique privée ou hospitalière dans leur pays d'origine, après un délai de formation supérieur à 6 ans. Il ne saurait être question de favoriser une qualification nivelée par le bas. Il s'agit d'offrir une qualité de soins dont le label sera certainement très apprécié par les compagnies d'assurances. Ce « Board » peut favoriser enfin des échanges de postes entre les universités et les hôpitaux des différents pays partenaires.

Conclusion

Réaliser véritablement l'Europe est autre chose que de faire fonctionner la C.E.E. (Communauté Européenne Économique) par une



somme de règlements. La Commission de Bruxelles a bien conscience que l'aménagement du nouvel espace Européen a besoin d'autres ciments. On aurait pu espérer que la formation de la jeunesse représente le défi idéal pour métamorphoser la Société, éliminer les violences, responsabiliser les citoyens de demain en ouvrant les esprits de façon intelligente et sans sectarisme. En fait, la France a beaucoup à faire dans cette voie pour atteindre un standard européen. Elle semble préférer la stratégie démagogique des grands fléaux qui menacent la Santé Au sommet de Milan (1989), les chefs d'Etat avaient lancé l'idée d'une campagne "Europe contre le Cancer", sans doute pour galvaniser les populations. A l'époque il s'agissait du seul consensus possible entre Mme TATCHER et François MITTERRAND. De son côté Jacques DELORS persiste à penser que la Santé peut constituer ce « supplément d'âme » nécessaire à la construction de l'Europe.

Dans cette perspective, les professions médicales seront, dans quelques mois, les seules à pouvoir être exercées indifféremment dans un quelconque des 12 pays européens alors que l'équivalence, fautes diplômes de formation longue continuera à être étudiée cas par cas. S'agit-il d'une manœuvre calculée pour favoriser un taux de migration qui reste insuffisant aux yeux de la commission de Bruxelles ? S'agit-il de prolétariser encore davantage la profession de médecin ?

Comme les digressions parsèment volontairement le texte qui précède, ces questions paraissent bien éloignées du sujet précis de l'ORL dans la CEE puis dans l'Europe. Le lecteur attentif comprendra que tout est lié et que l'humanisme médical ne peut faire de concessions sur l'indépendance du médecin par rapport à tout pouvoir. Dans le cadre de l'humanisme hippocratique, applicable à tout être humain et en tout lieu, la compétence professionnelle et son adaptation continue au progrès

est une valeur primordiale. Tout en reconnaissant que la pratique médicale s'exerce à des niveaux de complexité, et, justement à cause de cela, les types de formation doivent être différenciés à partir d'une base minimale intangible. Par voie de conséquence, un système d'évaluation doit être mis en place. Au-dessus des variantes nationales liées à la subsidiarité et la délivrance d'un diplôme, le "Board Européen" doit constituer un label d'appréciation qualitative valable au-delà des frontières, et, a fortiori, en deçà.

(Les cahiers d'O.R.L. – 1992
T. XXVII. – N°10)

1. L'assomption est une opération logique par laquelle on assure une proposition considérée comme universellement acceptée d'avance. En filigrane, on devine qu'il y a beaucoup de présomption et la proposition admise peut être difficile, voire impossible à assumer. Pour PIAGET, ce type de raisonnement hypothético-déductif, sans relation nécessaire avec la réalité, est caractéristique de la pensée "adolescente" (cf. Psychologie de l'intelligence).

AFFECTIONS PULMONAIRES

BALSAQUINTINE
Lescène

Campho-gaïacolate de Pilocarpine et d'Atropine en milieu Terpinobromofornique

Présentations Enfants et Adultes

AMPOULES 1a2 par jour
SUPPOSITOIRES 1a3 par jour
SIROP 3a6 cuillerées par jour

Laboratoires **LESCÈNE** 58 Rue de Vouillé Tél. VALLOIS 819
PARIS 15^e et LIVAROT (Calvados)

AFFECTIONS RHINO-PHARYNGEES

Rhinaquintine
Anaquintine Nasale

ALDEHYDES • THYMOFORME • EUCALYPTOL • ERHEDRINE

LABORATOIRES LESCÈNE
58, RUE DE VOUILLE - PARIS. & LIVAROT (CALVADOS)



Le syndicat de 1992-1996

Dr. Jean -Pierre FOMBEUR

Président d'Honneur du Syndicat

Lorsqu'on accepte la présidence d'un Syndicat (médical ou autre) on se doute rarement de ce qui vous attend...

Le Docteur Jacques Werner, mon prédécesseur, ainsi qu'Alain Vuong, Secrétaire Général à cette époque, ayant exercé une « pression amicale » sur l'auteur de ces lignes, j'ai donc accepté en toute candeur. Rétrospectivement je pense que l'on devrait proposer ce poste à un confrère 2 ans environ avant sa retraite pour qu'il puisse encore être efficace les 3 années suivantes, ce qui ferait au total 5 ans d'activités syndicales.

Il est en effet tout à fait acrobatique de mener de front sa carrière hospitalière (je dirigeais le service de St Michel à Paris), sa propre clientèle privée à laquelle j'avais droit en dehors de l'hôpital... et la présidence du Syndicat.

Les problèmes pendant cette période furent multiples et variés ; heureusement qu'Alain Vuong était resté secrétaire général (c'était du reste une condition...). Je retiendrais essentiellement 4 choses :

1. Le combat pour la nomenclature de la chirurgie endonasale,
2. Celui pour la nomenclature de la chirurgie du ronflement,
3. La compétence en chirurgie cervico faciale,
4. Et, à un moindre degré, car n'ayant pas nécessité de combat, l'investissement dans la lutte contre le bruit, en siégeant au CNB (Conseil National du Bruit), pendant plusieurs années après ma présidence ainsi que les études menées en 2002 et 2003 sur les dégâts du bruit dans les discothèques ou autres établissements recevant du public.

1- le combat pour la nomenclature de la chirurgie endonasale

Il faut rappeler en effet l'essor extraordinaire de cette chirurgie, d'abord dans les années 80, puis qui s'est accéléré dans les années 90. On se souvient des célèbres « cours sinus » qui avaient lieu une année à Foch sous l'égide des Prs Bouche et Frèche puis l'autre année à Arles dans le service du Pr. Rouvier. Cette chirurgie a commencé à se faire à l'aide du microscope puis très rapidement Pierre Rouvier, à la suite du Pr. Terrier en Suisse, a utilisé des endoscopes, ce qui restait dans l'air du temps et

s'est avéré très vite comme beaucoup plus performant.

Comme toujours la nomenclature d'un acte nouveau était à la traîne et les refus de cotation des médecins conseils des caisses se multipliaient. Pour la chirurgie de l'*ethmoïde*, le problème fut très vite réglé puisque le De Lima (opération jugée aveugle et aveuglante par l'un de mes maîtres...) était déjà coté à l'époque KC120. Il suffisait de proposer la même cotation à l'évidement ethmoïdal qu'il soit fait au microscope ou à l'optique. Par contre le combat fut assez rude pour le *sinus maxillaire* et les 2 *meatotomies*.

En effet la nomenclature prévoyait, soit l'exploration du sinus maxillaire par trépanation de la fosse canine (Caldwell Luc) cotée KC 80, soit le drainage du sinus maxillaire (par ponction au niveau du méat inférieur) coté K 30.

Tous les confrères commençant cette chirurgie endonasale savaient bien que l'abord du sinus maxillaire par le méat inférieur (puis après par le méat moyen), qu'il soit fait au microscope et plus tard à l'optique, était quand même plus difficile et nécessitait du matériel spécialisé.

Il apparaissait donc logique de coter KC 80 comme un Caldwell



Luc. Les refus de cotations commencèrent alors à pleuvoir dans tout l'Hexagone et le courrier arrivait en abondance au Syndicat. Avec Alain Vuong nous avons donc demandé un rendez vous au *Médecin Conseil National* pour lui expliquer le problème.

A titre personnel, j'avais subi aussi un refus pour une patiente opérée fin 93. Je me suis donc aussi rendu à la CPAM du 92 avec mon crâne (sec..) pour expliquer « de visu » l'abord par la fosse canine et celui par les meats. Ces 2 contacts ont été efficaces et je recevais de la Caisse Nationale une lettre datée du 11 oct 1994 qui stipulait : « la trépanation du sinus maxillaire doit être cotée KC 80 quelle que soit la voie d'abord transmaxillaire ou endonasale (méat moyen et /ou inférieur) par extension des nombreuses assimilations ponctuelles ou la meatotomie est cotée comme le traitement d'une lésion non maligne du sinus maxillaire, quelle qu'en soit l'origine par trépanation de la fosse canine ». Ce problème réglé restait le ronflement.

2- La chirurgie de la rhonchopathie.

Avant que de nombreuses spécialités se saisissent du problème, les ORL étaient parmi les premiers médecins consultés, aussi bien par les hommes que par les femmes, et commencèrent à s'intéresser à la chirurgie du voile pratiquement en même temps que la chirurgie endonasale prenait son essor. C'est dire que les problèmes de nomenclature survinrent pratiquement au même moment. Comment coter l'ablation des amygdales associée à une plastie plus ou moins large du voile ? La nomenclature de l'amygdalectomie était certes codifiée depuis longtemps KC40, mais cette plastie du voile ? En épluchant la dite nomenclature de nombreux confrères estimèrent que tout cela valait bien le KC100 de la pha-

ryngotomie. et ce qui devait arriver arriva, les mêmes confrères se virent refuser par les médecins conseils de leur Caisse cette cotation. Il faut dire que le dossier était plus sensible que la méatotomie assimilable au Cadwell Luc, dont la logique était facile à démontrer.

Avec Alain Vuong, le Médecin Conseil National reçu donc notre visite pour tenter de justifier la cotation et l'entretenir des problèmes de Santé publique induits par le ronflement chronique, mais sans vraiment convaincre. Je me souviens même qu'en quittant son bureau il m'avait pris (très courtoisement) par le revers de la veste en me disant : « très honnêtement, mon cher confrère, vous ne croyez pas quand même, qu'il y a des problèmes de santé publique plus important dans notre pays que le ronflement nocturne ? »

Un argumentaire assez détaillé fut mis au point par le Bureau du Syndicat pour justifier notre demande. Il reprenait les grandes lignes du rapport à la Société Française d'ORL de 1993. Quittant mes fonctions en 1996 je ne puis que résumer la suite du feuilleton, que je n'ai pas vécu :

*** lettre du Médecin Conseil National, en date du 14 mai 1998, au Dr Vuong pour lui demander une rencontre pour « essayer de mettre à plat ce problème »,**

* combat isolé d'un confrère de la région de Blois pour tenter que soit acceptée définitivement la cotation KC100. Le TASS lui donne raison le 5 janvier 2000, mais la Sécurité Sociale se pourvoit en cassation et, par une décision du 19 juillet 2001, il est donné définitivement raison au confrère. Le problème redevient entier je crois avec la nouvelle façon de coter les actes chirurgicaux, mais je sors là de mon époque !

3 La chirurgie de la face et du cou.

Cette « affaire » a été traitée en binôme entre le Syndicat et bien sur le Collège des enseignants puisque relevant aussi bien des 2 structures. Je dois dire que la présidence du Collège étant assurée par mon ami le Professeur Trotoux (que je connaissais depuis notre passage à St Louis en 1964) a beaucoup facilité nos démarches communes.

Un peu d'historique est indispensable si on veut comprendre ce qui s'est passé.

Jusqu'en 1984, date de la réforme de l'Internat, la formation des médecins ORL comportait schématiquement 2 voies : celle de l'Internat de ville de faculté, suivi souvent par 2 ans de clinicanat ou l'on apprenait à pratiquer la totalité de la spécialité (ORL et chirurgie de la face et du cou) et la voie des CES (certificat d'étude spéciale) ou la chirurgie de la face et du cou était certes enseignée en théorie mais, sauf exception, rarement pratiquée.

* Le DES d'ORL qui sanctionnait la fin de l'internat nouveau régime fut suivi assez rapidement d'un *DESC de chirurgie de la face et du cou*, réalisé en principe en 2 ans pendant le clinicanat.

* Voici donc arrivant sur le marché, une nouvelle catégorie de médecins ORL ayant droit de faire figurer sur leurs ordonnances « ORL et chirurgie de la face et du cou. »

Et les anciens ? Pas contents du tout... Le problème en fait était assez terre à terre mais bien humain : les titres sur les ordonnances et les spécialités exercées sont aux yeux des malades essentiels. Le fait de voir un jeune diplômé arborer « chirurgie de la face et du cou » et pas les anciens, avait du mal à passer...



* Deux compétences étaient reconnues par le Conseil de l'Ordre à cette époque : *chirurgie maxillo-faciale* (revendiquée par les stomatos et quelques rares autres confrères) et *chirurgie plastique et réparatrice* (quelques confrères ORL y avaient droit mais très peu). Quelle solution adopter ? Après avoir largement débattu de ce problème avec les instances du Collège des enseignants, il est apparu que la moins mauvaise solution passait par la création d'une *nouvelle compétence qui s'appellerait « compétence en chirurgie de la face et du cou »*. Deux organismes clés devaient être contactés :

* tout d'abord le Conseil de l'Ordre des médecins : c'est le Pr. Glorion qui nous reçut, le Pr. Jacques Trottoux et moi-même pour lui expliquer les raisons de notre demande. Le Dr Jacques Werner, mon prédécesseur à la présidence du Syndicat (et seul membre ORL du Conseil National de l'Ordre) avait bien sûr préparé notre rencontre. Le Pr. Glorion promit de plaider notre cause et nous suggéra d'emblée de faire modifier l'intitulé des Commissions de Qualification qui devaient devenir « Commissions de Qualification en ORL et Chirurgie de la Face et du Cou ».

* ensuite il fallait aussi que notre ministre de tutelle de l'époque, le Pr. P Douste -Blazy, donne son aval à cette solution. Un rendez-vous fut obtenu avec notre Ministre grâce à l'obligeance du Pr. JJ Pessey. Les Pr. Trottoux et Pessey donnèrent leur avis d'universitaires ...

* je passe sur les problèmes pratiques qui ont suivi pour arriver à l'essentiel :

Au JO du 14 juin 1994 paraissaient les 2 arrêtés du 10 mai 94 : l'un prévoyant « que la chirurgie de la face

et du cou est une compétence pouvant être exercée avec la spécialité ORL » et l'autre modifiant l'intitulé des commissions de qualification en « commissions de qualification en ORL /chirurgie de la face et du cou ».

* ces textes parus restaient les modalités pratiques. Shématiquement 3 cas se présentèrent :

- Les confrères membres du Collège des enseignants ou ayant la pratique quotidienne indiscutable de la chirurgie cervico faciale : dans ce cas les Commissions de Qualification accordaient sans problème le fameux label.

- Les confrères qui ne postulaient à aucun titre dans la mesure où leur activité professionnelle n'était pas concernée par cette nouvelle compétence,

- Enfin les confrères dont le cursus hospitalier pendant leurs études ainsi que leur activité opératoire de tous les jours ne permettaient pas de trancher de façon évidente sur l'opportunité de leur accorder le sésame.

C'est bien entendu dans cette dernière catégorie que les décisions des commissions de qualification furent le plus délicates à prendre. Malgré cela, je ne pense pas que l'activité chirurgicale des uns et des autres ait varié d'un iota à cette époque ; chacun est resté dans ses compétences et les en têtes d'ordonnance furent -peut être- moins chargées.

Il ne faut pas oublier dans cette aventure que cela a permis aux ORL et à eux seuls de se faire reconnaître le territoire chirurgical de la face et du cou, région convoitée par d'autres spécialités, qui auraient très bien pu nous la soustraire.

3- Notre présence au CNB (Conseil National du Bruit).

Il s'agit d'un organisme consultatif créé en 1982 et placé auprès du Ministère de l'environnement. Son but était très clairement d'analyser toute les sources sonores nuisibles à la santé et de proposer des actions préventives et curatives.

Sa composition a été déterminée par le décret du 7 juin 1982. De très nombreuses personnalités y siégeaient et, en particulier, beaucoup de syndicats sauf le notre ! Seul ORL le Dr Causse participait aux travaux mais en sa qualité de « personne qualifiée » La présidence était assurée par une personnalité politique choisie en fonction de l'alternance et toujours suivant la majorité au pouvoir.

Ayant été contacté par un membre du CNB pour faire un exposé sur l'audition, j'ai profité de cette rencontre pour lui confier qu'il serait sans doute opportun que le Syndicat figure parmi les membres du CNB. J'ai donc, sur ses recommandations, effectué les quelques démarches nécessaires pour que le Syndicat soit représenté : le Ministre en charge du Ministère à l'époque, Mme Corinne Lepage, signait le décret officialisant ma nomination au CNB, le Pr. Frachet étant mon suppléant, en 1996.

Pendant 18 mois (jusqu'à ma retraite anticipée en juin 1998) j'ai eu un peu de mal à participer à toutes les réunions, car elles avaient lieu toujours le matin...

2 mesures intéressaient au plus haut point notre spécialité :

- la limitation de la puissance des baladeurs obtenus par la loi du 28 mai 1996

- la limitation du niveau sonore dans les « établissements ou locaux recevant du public et diffusant de la musique amplifiée » appelé à



tort décret discothèque obtenu par le décret du 15 décembre 1998.

On imagine mal l'opposition terrible et les discussions sans fin que ces 2 décrets suscitèrent. J'ai surtout participé, avec le Pr. Frachet, aux discussions concernant le 2ème décret, sur les discothèques. On se doutait bien que ce premier round gagné, on nous mènerait la vie dure pour la limitation des décibels dans les concerts en milieu ouvert ou fermé. Pour sensibiliser les intervenants du CNB, le Syndicat organisait une enquête en 2002 et 2003 sur les nuisances sonores provoquées par les TSA (trauma sonores agus).

Un questionnaire adressé à tous les syndiqués à travers l'hexagone ne souleva pas l'enthousiasme des confrères noyés déjà par des monceaux de paperasses, mais une bonne centaine de réponses permis

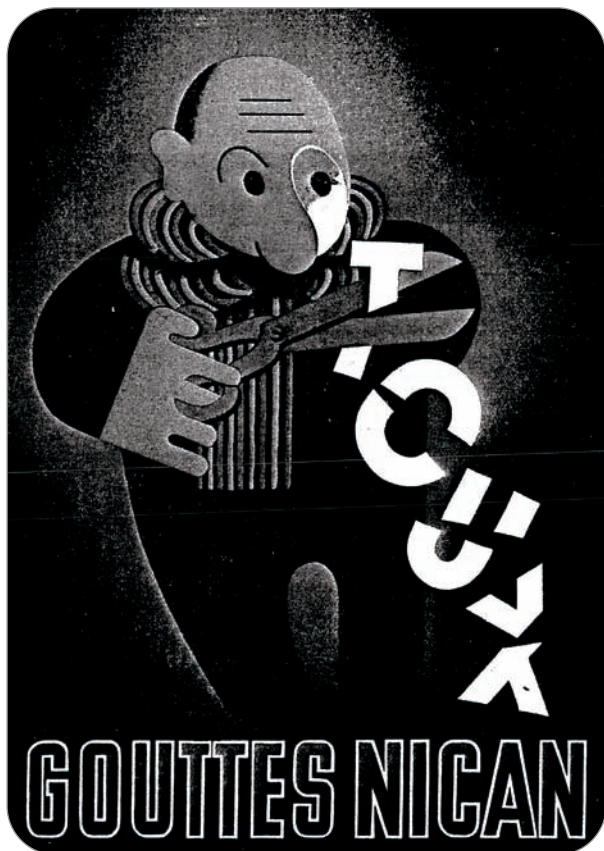
de dégager quelques indications intéressantes car les 2/3 des traumas sonores observés et rapportés avaient trait à la musique amplifiée.

Avant de quitter définitivement le CNB en 2004 et de passer la main, je présentais ce travail en séance plénière ce qui a eu le mérite de sensibiliser encore plus les intervenants ; cela permis aussi à M. Godal (DASS des Yvelines) de lancer une enquête très structurée dans la région parisienne à laquelle participèrent les ORL hospitaliers et libéraux ainsi que des audioprothésistes, enquête dont les résultats recoupèrent à peu près les chiffres retrouvés par l'enquête syndicale. Le but de toutes ces études était bien sur de faire renforcer les contrôles dans les discothèques et surtout dans tous les autres lieux publics ou la législation était encore hésitante (concert en plein air en particulier).

Au total je ne regrette rien, pas plus j'en suis sur que mon complice de l'époque le Dr Alain Vuong, dévoué Secrétaire Général qui, quelques années plus tard allait reprendre la présidence.

J'en profite pour remercier ici tous les membres du Conseil d'Administration de l'époque qui, par leurs conseils et leurs avis toujours pertinents, m'ont beaucoup aidé, sans oublier notre fidèle secrétaire Nadia.

*« On ne se souvient pas de ce qui est ancien ; et ce qui arrivera dans la suite ne laissera pas de souvenir chez ceux qui vivront plus tard »
Ecclésiaste 1- 11*



Le syndicat de 1997-2003

Dr. Alain VUONG

Président d'Honneur

L'accès à la présidence en 1997 s'est fait dans les circonstances tendues de l'attribution de la compétence en chirurgie cervico faciale :

La tentation de scission entre les hospitalo-universitaires et les libéraux a été grande, mais la modération a prévalu ; il faut insister ici sur le rôle de la Fédération Française d'ORL.

Des actions j'en retiendrai trois, et j'adresse ici mes remerciements à Philippe LERAULT pour sa présence et pour son aide :

- **Tout d'abord l'épisode de la chirurgie plastique** qui a abouti à la reconnaissance par le Conseil National de l'Ordre de la capacité des ORL à pratiquer la Chirurgie Plastique et Reconstructive dans le territoire de la face et du cou (ci-joint - page 32 : la lettre reçue par le Conseil National de l'Ordre des Médecin du 3 avril 2008).

- **La mise en place du Conseil National de l'ORL** : Collège – SFORL – SNORL - ceci afin que la spécialité puisse parler d'une même voix ; le CNORL a pu ainsi réaliser l'édition des fiches d'informations

du patient dans l'entretien pré opératoire. Par ailleurs tout récemment, CNORL est intervenu auprès du Conseil National de la Chirurgie pour demander la représentation de notre spécialité au Conseil de la Chirurgie.

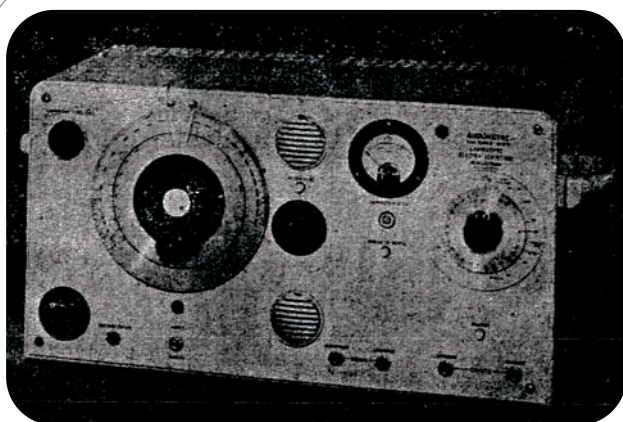
- **Les prions** : les problèmes de stérilisation induits par l'apparition des prions (vache folle) ont été à l'origine de la saga de la stérilisation de nos nasofibrosopes ; en clair : apparition du sujet sur les prions au Conseil d'Administration du Syndicat en mars 2001, espoir de résolution du problème de la stérilisation des nasofibrosopes en mars 2008 ; tout cela pour dire que les négociations sont une longue patience.

Certains projets ont été menés de 1997 à 2003, et la présence de Bruno FRACHET a été essentielle :

- Auditions 2000 a été lancé en 1997 avec l'espoir comme son nom l'indiquait, d'une concrétisation en 2000. Le résultat en est le **Bus de l'Audition** que Bruno Frachet a réussi à mettre en place en 2006 et ceci sans le soutien du SNORL qui y avait renoncé en 2003.

- Mission Informatique, autre projet de Bruno FRACHET, est devenue MIORL avec la participation de la SFORL et du Collège.

Voilà quelques lignes sur les points forts que le SNORL a pu vivre de 1997 à 2003.



LABORATOIRE
ELECTRO-
ACOUSTIQUE

L.E.A.

5, R. Casimir Pinel
NEUILLY-SUR-SEINE
Tél. MAI 55-06, 55 21

AUDIOMÈTRE

Mesure Objective de l'Audition permettant la détermination du seuil d'audibilité par voie aérienne et osseuse dans toute l'étendue du spectre sonore.

Contrairement aux modèles existants qui fournissent les différentes fréquences par échelons discontinus, généralement par octaves, cet appareil produit tous les sons purs audibles de 16 à 20.000 c/s d'une façon continue. Leur niveau est variable dans une large mesure et avec une grande précision de - 15 à + 110 décibels.

La communication entre examinateur et patient se fait dans les deux sens par microphone ainsi que par signaux visibles et audibles.

Tous les dispositifs nécessaires pour la vérification et le réglage de la fréquence et de l'intensité du son se trouvent dans l'appareil même.

APPLICATIONS

En médecine : Détermination des qualités auditives de l'individu, non seulement d'une façon globale mais dans ses différentes parties, indispensable à la localisation de la surdité et permettant de vérifier l'amélioration du traitement.

En hygiène sociale : Constatation de l'effet nocif de certains milieux bruyants, d'apostage de troubles auditifs, détermination précise du taux d'incapacité auditive.

En biométrie humaine : Sélection et orientation professionnelle (téléphonistes, télégraphistes, cheminots, aviateurs).

QUELQUES RÉFÉRENCES

Collège de France, les Facultés de Médecine et de Pharmacie de Paris, Ministères de l'Air et de la Marine, Soc. Nat. des Chemins de fer Français, Conservatoire National des Arts et Métiers, les Médecins otologistes Dr. Caussé et Dr. Sourdilte, etc.

NOTICE 5 A G 5/8 SUR DEMANDE



Monsieur le Dr P. LERAULT
Vice-Président
Syndicat national ORL – CCF
79, rue de Tocqueville
75017 PARIS

Paris, le 3 avril 2008

Nos références à rappeler sur tout
échange de correspondance
JF.K/I,J/d/Exercice professionnel
R 08 070 125
Contact ☎ Mme F. DERVARIC - 01.53.89.32.65 -
Mél : exercice-professionnel@cn.medicin.fr

Objet : ORL

Monsieur le Président et cher confrère,

Nous avons bien reçu le 10 mars 2008 votre courrier en réponse à notre correspondance du 5 février 2008.

Celle-ci rappelait, de façon générale, les actes que pouvaient réaliser les chirurgiens spécialistes sans compétence CPRE dans le domaine de la chirurgie reconstructrice d'une part, dans le domaine de la chirurgie esthétique d'autre part.

Notre courrier déclinait ensuite notre réponse au regard des actes spécifiques sur lesquels vous nous interrogez (otoplastie et rhinoplastie).

Notre position a été très largement diffusée et connue des conseils départementaux d'une part et des caisses primaires d'assurance maladie d'autre part, à la suite d'un courrier que nous avons adressé à la CNAMTS dont vous trouverez, ci-joint, une copie.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Docteur Jean-François KNOFF
Président de la Section Exercice professionnel

PJ



Chapitre 2
Documents d'époque



1907 adhésion à l'USM

*Extrait du Bulletin de l'Union des
Syndicats Médicaux de France (1908)*

PARTIE OFFICIELLE

Nouvelle adhésion à l'Union des Syndicats Médicaux de France

Syndicat général des Oto-rhino-laryngologistes français.

M. le Dr Magnan, de Tours, secrétaire général de ce nouveau Syndicat, vient aussi d'envoyer son adhésion au Président de l'Union.

Syndicat général des Oto-Rhino-Laryngologistes Français.

Fondé et affilié à l'Union en 1907.

Siège social :
13, rue de Londres, PARIS.

P.....	M. le Dr Moure.
V.-P.....	Ruault.
	Castex.
S.-G.....	Magnan.
S.-A.....	Canzard.

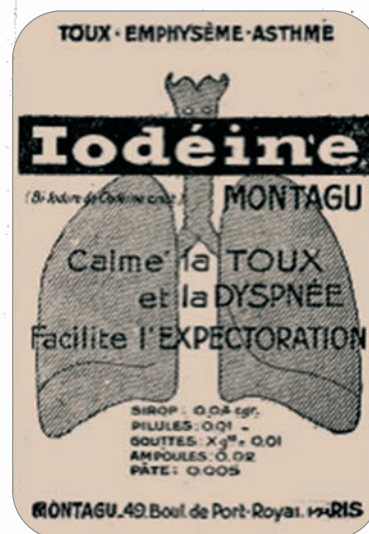
1908 Liste des membres

Membres MM.

Archambault, 32, rue de l'Hospitalité, Tours.
 Bar, 22, boulevard Dubouchage, Nice.
 Baratoux, 30, rue de la Boétie, Paris.
 Bardier, 10, r. Saint-Etienne, Toulouse.
 Beausoleil, 2, rue Duffour-Dubergier, Bordeaux.
 Berbineau, Marmande.
 Bertemès, 32, avenue de la Gare, Charleville.
 Bessonnet, Poitiers.
 Bichaton, 12, rue Thiers, Reims.
 Blancher, 33, rue Alquié, Vichy.
 Bomain, 61, rue Traverse, Brest.
 Bonnier, 166, faubourg Saint-Honoré, Paris.
 Bosviel (J.), 84, b. Saint-Germain, Paris.
 Boucheron, 11 bis, rue Pasquier, Paris.
 Bourlon, 34, rue Askiené, Valenciennes.
 Bousquet, 24, rue Diderot, Béziers.
 Breuil, 42, boulevard Victor-Hugo, Troyes.
 Brindel, 10, rue Esprit-des-Lois, Bordeaux.
 Brunschwig, 24, rue Séry, Le Havre.
 Capony, Roanne.
 Castex, 30, avenue de Messine, Paris.
 Cauzard, 2, r. de la Bienfaisance, Paris.
 Cazal, 10, rue du Palais, Montpellier.
 Chauveau, 225, boulevard Saint-Germain, Paris.
 Chevalier, 12, r. d'Hauteville, Le Mans.
 Claoué, 34, cours de Tourny, Bordeaux.
 Clauda, Carcassonne.
 Constantin, Marseille.
 Cornet, 34, boulevard Victor-Hugo, Châlons-sur-Marne.
 Coussieu, boulevard Carnot, Brive.
 Cousteau, 15, rue Laffite, Paris.
 Cuvillier, 4, rue Cambon, Paris.
 De Gorsse, 77, allées d'Etigny, Bagnères-de-Luchon.
 Delobel, 62, rue de Bourgogne, Lille.
 De Milly, 11, place de la République, Orléans.
 Depierris, Cauterets.
 Descarpentries, Roubaix.
 Desvaux, 16, rue Paul Bert, Angers.
 Dieu, 37, avenue Thiers, Le Mans.
 Dubar, 73, rue Caumartin, Paris.
 Dufays, 11, r. des Surannes, St-Quentin.
 Dupoud, 10, place Pey-Berland, Bordeaux.
 Escat (Et.), 2, rue Cantegril, Toulouse.

Faiseuille, 57, rue Boissière, Paris.
 Ferras, Bagnères-de-Luchon.
 Fournier, 68, r. St-Ferréol, Marseille.
 Gaudier, 25, rue Inkermann, Lille.
 Gault (F.), 6, boulevard Sévigné, Dijon.
 Gellé (Georges), 13, rue de Londres, Paris.
 Goleseanu, 359, r. Saint-Martin, Paris.
 Goureau, 2, rue Chateaudun, Paris.
 Grossard, 36, rue de Turin, Paris.
 Guérin (E.), 12, rue Montaux, Marseille.
 Guichard, 32, cours de l'Intendance, Bordeaux.
 Guillot (H.), 13, rue Jeannin, Dijon.
 Guisez, 72, boulevard Malesherbes, Paris.
 Jacques, 41, faub. Saint-Jean, Nancy.
 Jacquin, 2, rue Bertin, Reims.
 Kaufmann, 1, rue Chaperonnière, Angers.
 Labarrière, 44, rue de la République, Amiens.
 Labouré, 20, rue Porte-Paris, Amiens.
 Lacoarret, 36, r. Alsace-Lorraine, Toulouse.
 Lafi te-Dupont, 5, rue Guillaume-Brochon, Bordeaux.
 Landolt (Fernand), 4, rue Volney, Paris.
 Lannois, 14, rue Emile-Zola, Lyon.
 Laurens (Georges), 60, rue de la Victoire, Paris.
 Laval, 3, rue Saint-Etienne, Toulouse.
 Lavrand, 4, rue Gombert, Lille.
 Leblond (Et.), 22, r. Nationale, Dunkerque.
 Lefrançois, 54, r. de Montebello, Cherbourg.
 Le Marchadour, 40, rue de Berlin, Paris.
 Lermoyez, 20 bis, rue de La Boétie, Paris.
 Liaras, 29, boulevard Bugeaud, Alger.
 Lombard, 49, rue de Rome, Paris.
 Lubet-Barbon, 110, boulevard Haussmann, Paris.
 Mackiewicz, 45, place de l'Hôtel-de-Ville, Rouen.
 Magnan, Tours.
 Mahu, 68, avenue Kléber, Paris.
 Malherbe, 12, place Delaborde, Paris.
 Massal, Narbonne.
 Massier, 25, boulevard Victor-Hugo, Nice.
 Mercier, Poitiers.
 Mérel, Nantes.
 Mignon, 41, boulevard Victor-Hugo, Nice.
 Molinié, 32, allée des Capucines, Marseille.

Monbouyran, Agen.
 Montcorgé, 3, rue Rigny, Mont-Dore.
 Mossé, 5, rue Saint-Jean, Perpignan.
 Moure, 25 bis, cours Jardin-Public, Bordeaux.
 Mouret, 1, rue Clos-René, Montpellier.
 Natier, 12, rue Caumartin, Paris.
 Niel (P.), 26, rue Montgrand, Marseille.
 Pautet, 6, rue d'Isly, Limoges.
 Peyrissac, 64, r. Sainte-Claire, Cahors.
 Philip, Bordeaux.
 Raoult, 20, rue de la Ravinelle, Nancy.
 Rattel, 9, rue du Louvre, Paris.
 Rey, 18, rue Lafayette, Nantes.
 Rivière, 7, rue du Plat, Lyon.
 Roger (L.), 1, rue des Orfèvres, Vannes.
 Roullès, 2, rue Lamennais, Agen.
 Roure, 34, rue Emile-Augier, Valence.
 Rozier, 7, rue Taylor, Pau.
 Ruault, 134, faub. Saint-Honoré, Paris.
 Salamo, 3, rue de Valence, Paris.
 Sargnon, 23, rue Victor-Hugo, Lyon.
 Simonin, 2, rue de Brettes, Limoges.
 Texier, 8, rue Jean-Jacques Rousseau, Nantes.
 Trivas, 27, rue Remigny, Nevers.
 Vacher, 3, rue Sainte-Anne, Orléans.
 Valentin, 12, r. Jacquemars-Gielée, Lille.
 Vidal, 6, rue Nationale, Montpellier.
 Viger, Abbeville.
 Wendling, 17, boulevard Chasles, Chartres.
 Wurtz, 4, rue Moncey, Paris.





Tarifs et Honoraires de 1908

TARIF MINIMUM DES HONORAIRES MÉDICAUX

Ce tarif, établi sur les bases les plus minimales, n'est applicable qu'à la classe la plus pauvre de la société. Il **doit** être relevé suivant les conditions de fortune du malade.

I. — Honoraires médicaux

Consultation simple	2 fr.
Consultation de nuit (8 h. soir à 6 h. matin)	5 fr.
Visite au dehors : le kilomètre à l'aller seulement	1 fr.
la consultation en plus	2 fr.
(le double la nuit)	
Visite en passant dans un village	3 fr.
Visite de passage, mais avec détour	à volonté
Nuit passée auprès d'un malade	50 fr.
Nuit passée auprès d'un contagieux fièvre typhoïde, diphtérie, etc.)	60 fr.

II. — Consultations entre Médecins

Consultation avec un confrère de la localité ou voisin, à chacun d'eux	5 fr.
Consultation avec un confrère d'une grande ville	
un cinquième des honoraires du médecin consultant	

III. — Certificats

Certificat sur papier libre (décès, vaccination, nourrice, école, etc.)	2 fr.
Certificat sur papier timbré (rixes, coups, etc.)	5 fr.
Certificat d'accident du travail (loi du 9 avril 1898) par chaque certificat	5 fr.
Certificat pouvant amener une action civile grave (vie, divorce, mutilation, etc.)	20 fr.

IV. — Honoraires obstétricaux

(ANESTHÉSIE NON COMPRISE)

Accouchement simple	25 fr.
Accouchement retenu d'avance	100 fr.
Forceps	50 fr.
Extraction par le siège	30 fr.
Version	50 fr.
Accouchement avec délivrance artificielle	50 fr.
Avortement	30 fr.
Tamponnement vaginal	30 fr.

V. — Honoraires chirurgicaux

Opérations :	
Par aide, pour opération de 40 francs et au-dessous	10 fr.
Au-dessus de 40 francs	le quart du prix demandé par l'opérateur
Anesthésie générale	20 fr.
Pansement simple, extraction de dents	2 fr.
Analyse d'urine	2 fr.
Vaccination, ventouses sèches, toucher vaginal, cautère, sangsues, injections hypodermiques	3 fr.



Pointes de feu, toucher rectal, petites incisions, anesthésie locale, petite hémostase, massage, électrisation, diagnostic avec instruments spéciaux (speculum, laryngoscope, etc.), cathétérisme urétral répété, suture unique, ventouses scarifiées	5 fr.
Cathétérisme urétral non répété, injection de sérum artificiel, tamponnement des fosses nasales, contention des fractures de côtes	6 à 10 fr.
Taxis, saignée générale, réunion par sutures multiples, lavages d'estomac, injection intra-utérine, tamponnement vaginal	10 fr.
Injection de sérum médicamenteux (diphthérie, etc)	15 fr.
Ponction d'ascite, d'hydrocèle avec injection, ongle incarné, phimosis, silicate du genou, ponction de la vessie	20 fr.
Amygdalotomie, thoracenthèse	30 fr.
Empyème, trachéotomie, tubage	50 fr.
Luxation : pied, épaule, genou	30 fr.
Luxation de la hanche	50 fr.
Grosses fractures	à réserver
Ligatures (radiale, cubital, temporale)	30 fr.
Amputations : doigt, orteil	20 fr.
Amputation d'un ou plusieurs métacarpiens ou métatarsiens	50 fr.
Désarticulation du poignet, tibio-tarsienne, Chopart, Lisfranc	100 fr.
Amputation d'avant-bras, bras	100 fr.
Amputation d'une jambe, cuisse, genou	150 fr.
Kélotomie	100 fr.

**VI. — Compagnies d'assurances
CONTRE LES ACCIDENTS**

Le tarif ci-dessus est applicable.

Les Médecins seront tous agréés au même titre pour soigner les blessés, ceux-ci ayant le droit absolu de choisir leur Médecin.

Les honoraires seront dûs au Médecin traitant, même dans le cas d'hospitalisation nécessaire.

Le prix de la consultation entre confrères, des aides pour opérations, de l'intervention de spécialistes, est à débattre.

PUISSANT ACCÉLÉRATEUR de la NUTRITION GÉNÉRALE

Ramène l'appétit et provoque une augmentation rapide du poids des malades; fait tomber la fièvre et disparaître la purulence des crachats chez les TUBERCULEUX.

EXPÉRIMENTÉ avec succès dans les Hôpitaux de Paris et les Sanatoria. Communications à l'Académie des Sciences, la Société de Biologie, de Thérapeutique. Thèse sur l'HISTOGENOL, présentée à la Faculté de Médecine de Paris.

HISTOGENOL

NALINE à base de Nuclarrhine.

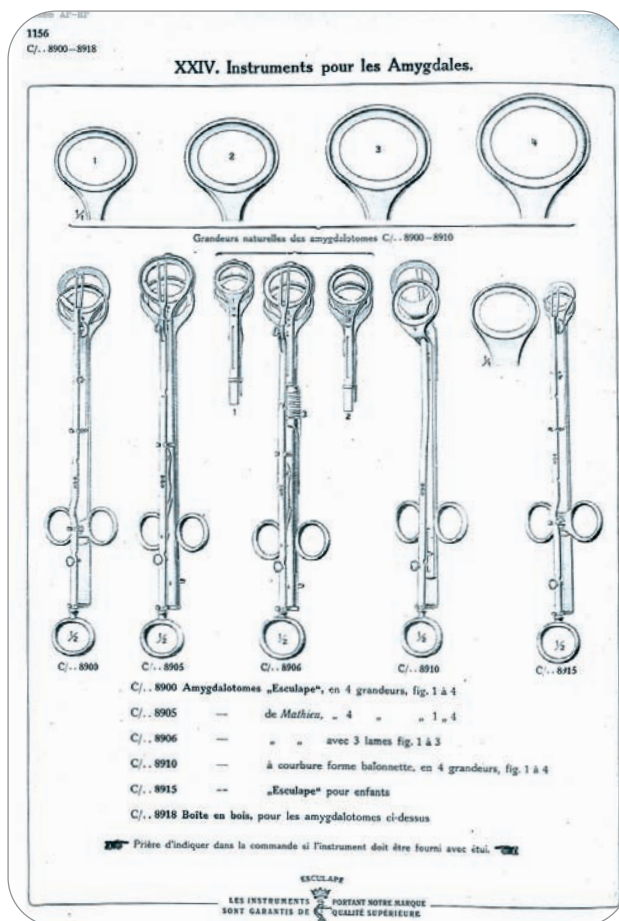
FORMES :
Emulsion : 2 cuill. à soupe par jour.
Élixir : 2 cuill. à soupe par jour.
Granulé : 2 mesures par jour.
Ampoules : 1 ampoule par jour.
Comprimés : 4 par jour.

INDICATIONS :
TUBERCULOSE
LYMPHATISME, SCROFULE, BRONCHITES CHRONIQUES, NEURASTHENIE, CHLORO-ANÉMIE, CONVALESCENCE, etc.

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : S'adresser à NALINE, Ph^{ies} à St-Denis (Seine).



Pr. Paul JACQUES 1869 – 1964





142 Fernand GUILLOT — 54, Rue des Ecoles et 17, Rue de Cluny — PARIS

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE - Oreilles

o. 43. Miroir frontal démontable avec bandeau soie..... 45. »
 o. 46. Miroir frontal avec ressort fixateur... 50. »
 o. 44. Boîte en métal pour le même..... 9. »
 o. 45. Boîte en métal pour le même..... 9. »

o. 30. Boîte portative pour examen des oreilles, du nez et du larynx, contenant : 1 miroir de 100% et son bandeau, cinq miroirs laryngiens ronds assortis de grandeur, un abaisse-langue pivotant en métal nickelé, un jeu de speculums pour oreille, un speculum de Duplay pour le nez et deux porte-coton. Le tout en boîte métal..... 160. »

o. 34. Speculums auriculaires de Toynece, en métal nickelé. Le jeu de 3..... 11. »
 o. 36. Speculums auri de Politzer, en métal nickelé. Le jeu de 4..... 18. »
 o. 38. Speculums auri du Dr Le Mée. Le jeu de 6. 34. »

o. 61. Speculum pneumatique de Siegle en métal, avec 3 embouts..... 58. »
 o. 60. Otoscope du Dr Brunings avec loupe, trois embouts et balle aspiratrice..... 115. »
 o. 71. Speculum auri, dilateur, démontable... 17. »

XX. Instruments pour l'Oreille.

C/.. 3250 Sifflet de Galien, avec balle en caoutchouc
 C/.. 3252 — — — — — Dench, — — — — —
 C/.. 3255 Acoumètre de Politzer, en boîte garnie, intérieur velours et la surdité
 C/.. 3260 Appareil d'alarme de Barany, pour l'examen de la surdité
 C/.. 3270 Rarefacteur de Delstanché, pour le massage du tympan, à ailettes
 C/.. 3272 — — — — — pour le massage du tympan, à 3 anneaux
 C/.. 3275 Rarefacteur de Delstanché, pour le massage du tympan, avec 3 embouts et 1 tube courbé en verre, pouvant servir de sangle artificielle
 C/.. 3276 Boîte en bois pour l'appareil ci-dessus
 C/.. 3280 Appareil de Massage pneumatique de Nibel, avec 1 olive pour le massage du tympan et 1 petite balle en caoutchouc pour le massage de la membrane musquée du nez (avec instructions)
 C/.. 3281 Boîte en bois pour l'appareil ci-dessus

❗ Prière d'indiquer dans la commande si les appareils C/.. 3275 et 3280 doivent être fournis avec étui. ❗

ESCALAPE
 LES INSTRUMENTS PORTANT NOTRE MARQUE SONT GARANTIS DE QUALITÉ SUPÉRIEURE.



Autolaryngoscopie avec la lumière artificielle directe. (D'après Czermak.)



Position de l'explorateur en examinant un larynx.



Tarifs B élaboré par l'A.G. du Syndicat en Octobre 1928

Le tarif B

Voici le nouveau tarif dont notre assemblée générale d'octobre 1928 a décidé l'élaboration, en chargeant de l'exécution les auteurs du tarif périmé, à savoir BATER (de Strasbourg), DUBAR et NEPVEU (de Paris), RAZEMON (de Lille). Le conseil d'administration l'a adopté le 16 mars 1929.

Ce tarif est applicable à la clientèle moyenne, c'est-à-dire au petit patronat, aux petits commerçants, aux cultivateurs aisés, aux petits propriétaires, aux petits rentiers et petits fonctionnaires.

La commission a tenu à placer en regard de chaque position, la valeur d'avant-guerre, d'après le dernier tarif minimum que notre syndicat avait rendu obligatoire pour ses membres avant 1914, c'est-à-dire celui que son assemblée avait adopté en mai 1911. Pour les positions que ne prévoyait pas le tarif de 1911, les valeurs de cette date ont été déterminées par analogie, selon l'usage.

La comparaison montre que loin d'exagérer ses prétentions, notre syndicat a, en réalité, abaissé son tarif minimum en valeur légale, le franc actuel représentant légalement le cinquième du franc de 1911.

Il eût donc été légitime de multiplier par 5 les valeurs du tarif de 1911. Logiquement c'était un minimum, car on aurait pu soutenir aussi notre droit d'harmoniser notre tarif non pas seulement avec la valeur de la monnaie, mais aussi avec le coût de la vie.

Pas plus qu'en 1927, le syndicat n'a pensé qu'il fut sage d'entrer dans cette voie et il lui a paru impossible d'appliquer mathématiquement l'index, car un facteur incident pèse de tout son poids dans la balance : c'est la



situation économique. Mises à part les grandes maladies aiguës qui ont dans les familles l'allure d'une catastrophe, se soigner est un luxe que l'on réduit au minimum dans les périodes de gêne. Or il n'est pas douteux que nous soyons dans une telle période. Dans notre spécialité notamment où tant d'interventions ne s'imposent pas impérieusement à l'esprit du public qui en ignore l'heureux effet physiologique ou prophylactique, il importe d'en tenir le plus grand compte.

Ce tarif est établi pour toute la France. Il est une règle au-dessous de laquelle il n'est pas permis de descendre sans nuire au prestige de la médecine spécialisée qui est nécessaire au progrès de l'art de guérir. C'est une limite inférieure, faite en tenant compte des régions les moins riches du pays. En la dépassant vers le haut, dans les régions de large aisance économique, on sera dans l'esprit même du syndicat.

Tarif minimum pour consultations, visites et certificats

Consultation.....	40 fr.
Consultation sur rendez-vous spécial.....	50 fr.
Visite.....	80 fr.
Surveillance continue d'un malade (p.ex. en voyage) tous frais payés, par jour.....	1.000 fr.
Consultation, les dimanches et jours fériés.....	75 fr.
Visite, les dimanches et jours fériés.....	100 fr.
Consultation de nuit (de 20 h. à 7 h.).....	75 fr.
Visite de nuit.....	100 fr.
Consultation avec confrère : le double du prix ordinaire.	

Indemnité kilométrique : tarif local de location des automobiles, majoré de 50 % (quel que soit le mode de locomotion utilisé).



Supplément pour certificat ou rapport (administratif, militaire ou juridique), sur papier libre ou timbré :

certificat simple.....	30 fr.
— descriptif.....	60 fr.

(non compris la valeur de l'examen cochléaire ou vestibulaire éventuellement pratiqué ; cf. *tarif des interventions*).

Tarif minimum des interventions

Chaque position de ce tarif vise uniquement l'acte qui la désigne ; l'assistance, l'anesthésie générale, les visites, consultations et pansements sont à compter en sus. L'anesthésie locale est comprise toutefois dans le prix de l'acte opératoire.

Les opérations complémentaires pour complication ou récidive en cours de traitement, sont à compter 50 % des prix portés au tarif.

	<u>Tarif 1929</u>	<u>Tarif 1911 × 5</u>
Assistant.....	100 fr.	200 fr.
Anesthésiste général.....	100 fr.	200 fr.
Electrisation par appareils courants :		
la séance.....	70 fr.	100 fr.
Electrisation par grand appareillage :		
la séance.....	125 fr.	200 fr.
Rayons ultra-violets : la séance.....	70 fr.	100 fr.
Air chaud : la séance.....	70 fr.	100 fr.
Diathermie médicale : la séance.....	70 fr.	100 fr.
Diathermie chirurgicale : A assimiler aux destructions indentiques, faites par instruments tranchants.		
Prélèvement pour biopsie : dans le larynx.....	300 fr.	
ailleurs.....	200 fr.	
<i>Pharynx</i>		
Adénoïdectomie.....	500 fr.	750 fr.
Amygdalotomie.....	500 fr.	600 fr.
Les deux opérations précédentes com- binées.....	800 fr.	1.000 fr.



	<u>Tarif 1929</u>	<u>Tarif 1911 × 5</u>
Amygdalectomie ¹⁾	1.000 fr.	1.250 fr.
Discision des amygdales.....	200 fr.	300 fr.
Ouverture d'abcès amygdalien.....	200 fr.	150 fr.
Tamponnement du cavum.....	350 fr.	
Polype choanal Kystique.....	600 fr.	
Fibrome naso-pharyngien.....	3.000 fr.	5.000 fr.
Ouverture d'abcès rétro-pharyngien..	600 fr.	
— — latéro-pharyngien par voie externe..	3.000 fr.	
Ablation de la luette.....	200 fr.	250 fr.
— l'amygdale linguale.....	400 fr.	500 fr.
Urano-staphylorrhaphie : 1 ^{re} opération	2.000 fr.	3.000 fr.
<i>Nez et sinus</i>		
Fracture récente du nez : redressement.....	400 fr.	
— ancienne — —	2.000 fr.	
Réfection de la pyramide nasale, partiellement ou totalement détruite.	5.000 fr.	
Epistaxis.....	250 fr.	300 fr.
Corps étranger des fosses nasales :		
cas simple....	100 fr.	100 fr.
cas compliqué.	500 fr.	
Cornéctomie.....	400 fr.	600 fr.
Crête de la cloison.....	400 fr.	600 fr.
Résection sous-muqueuse de la cloison.	1.000 fr.	1.250 fr.
Réduction des cornets inf. par raies galvaniques.. ..	100 fr.	100 fr.
Synéchie nasale muqueuse.....	200 fr.	300 fr.
— — ostéo-cartilagineuse.	800 fr.	1.250 fr.
Ablation de polypes (en une ou plusieurs séances).....	500 fr.	600 fr.
Polypes muqueux et ethmoïdite suppurée; cure radicale.....	1.500 fr.	2.500 fr.
Désobstruction nasale totale par plu-		

1) C'est-à-dire l'ablation anatomiquement totale des amygdales.



	<u>Tarif 1929</u>	<u>Tarif 1911 × 5</u>
sieurs des opérations sus men- tionnées.....	1.000 fr.	1.200 fr.
Rhinotomie.....	3.000 fr.	5.000 fr.
Kyste paradentaire.....	2.500 fr.	3.000 fr.
Ponction unique du sinus maxillaire.	200 fr.	200 fr.
Ponctions répétées du — —; chaque.	100 fr.	150 fr.
Prothèse nasale à la paraffine.....	500 fr.	600 fr.
— — par méthode sanglante.	3.000 fr.	5.000 fr.
Cure radicale de sinusite maxillaire... — — frontale.....	2.500 fr. 3.000 fr.	3 000 fr. 3.000 fr.
Trépanation endonasale du sinus fron- tal.....	2.000 fr.	4.000 fr.
Cure radicale de sinusite fronto-maxil. — — sphénoïdale.	4.000 fr. 3.000 fr.	
<i>Oreilles</i>		
Corps étranger simple.....	100 fr.	150 fr.
— compliqué, nécessi- tant une opération sanglante ou l'anesthésie.....	700 fr.	750 fr.
Paracentèse du tympan.....	150 fr.	250 fr.
Polype de l'oreille.....	300 fr.	375 fr.
Curetage de la caisse.....	500 fr.	600 fr.
Ablation des osselets par voie naturelle	1.000 fr.	1.250 fr.
Mastoïdectomie simple.....	2.000 fr.	3.000 fr.
Mastoïdectomie avec ouverture de la cavité crânienne ou intervention sur le sinus latéral.....	3.000 fr.	
Evidement pétro-mastoïdien.....	3.000 fr.	3.500 fr.
Examen de l'audition.....	100 fr.	120 fr.
Examen labyrinthique.....	150 fr.	200 fr.
Autoplastie de l'oreille ou de la région.	2.000 fr.	3.000 fr.
<i>Larynx, œsophage, trachée et bronches</i>		
Galvano-cautérisation : 1 ^{re} séance....	200 fr.	200 fr.
séances suivantes.	100 fr.	150 fr.



	<i>Tarif 1929</i>	<i>Tarif 1911 × 5</i>
Polype du larynx (voies naturelles)..	750 fr.	1.250 fr.
Tubage du larynx ; le premier.....	500 fr.	500 fr.
les séances suivantes.	250 fr.	250 fr.
Trachéotomie.....	1.500 fr.	2.500 fr.
Laryngotomie, thyrotomie.....	2.500 fr.	5.000 fr.
Laryngectomie.....	5.000 fr.	6.000 fr.
Sténose laryngée ; la séance de dilata- tion.....	100 fr.	150 fr.
Œsophagoscopie.....	500 fr.	500 fr.
Corps étranger : larynx.....	1.200 fr.	1.500 fr.
bronches.....	2.000 fr.	2000 à 2500
Corps étrangers : œsophage.....	1.200 fr.	2.000 fr.
Bronchoscopie supérieure.....	1.000 fr.	1.350 fr.
inférieure (trachéotomie comprise)	2.500 fr.	3.750 fr.
Abcès intra ou périlaryngé.....	500 fr.	500 fr.
Sidération du nerf laryngé par inject: la première.....	150 fr.	200 fr.
les suivantes....	100 fr.	120 fr.

l'Arséniode
écourte
les convalescences

Enfants: 2 gouttes par année d'âge et par jour
Adultes: 20 à 50 gouttes par jour

LABORATOIRE BURIAT
37, rue Spontini, PARIS XVI

CHLORURE D'ACÉTYLCHOLINE
EN SOLUTION ANHYDRE ET STABLE

ACÉCOLINE

"L'Acécoline dilate les artérioles
et lève les spasmes vasculaires."

ARTÉRITES, GANGRÈNES Claudication intermittente	HYPERTENSION ARTÉRIELLE Angine de poitrine
SYNDROME DE RAYNAUD Coliques de plomb	RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL Sueurs des tuberculeux
SPASMES RÉTINIENS	

BOITES DE 3 OU 8
APPOULES
A 2,5/10 OU 20 Cg

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT, 52, rue La Bruyère, PARIS-9^e



Présidents et Secrétaires Généraux depuis la création du syndicat

<i>Annees</i>	<i>Presidents</i>	<i>Secretaires</i>	<i>Tresoriers</i>
1907-1914	MOURE	M. MAGNAN	GELL_
1914-1926	MOURE	M. MAGNAN	DUBAR
1926-1930	MOURE	G. BATIER	DUBAR
1930-1932	DUBAR	G. BATIER	BONNET-ROY
1932-1933	DUBAR	G. BATIER	GIRAUDEAU
1933-1936	JACQUES	G. BATIER	GIRAUDEAU
1936-1940	DUBAR	G. BATIER	GIRAUDEAU
1940-1943	F. LAVAL	P.RIGAUD	DE GORSSE ¹
1943-1944	DURIF	G. BATIER	Jean MAGNAN ¹
1944-1945	DURIF	G. BATIER	GRIPPON DE LA MOTTE
1945-1946	DUBAR	G. BATIER	GRIPPON DE LA MOTTE
1946-1949	TERRACOL	G. BATIER	GRIPPON DE LA MOTTE
1949-1952	BOUCHET	G. BATIER	GRIPPON DE LA MOTTE
1952-1955	G. BATIER	F. BARON	GRIPPON DE LA MOTTE
1955-1956	G. BATIER	G. FRANCK	GRIPPON DE LA MOTTE
1956-1958	G. BATIER	G. FRANCK	L. CHOAY
1958-1961	MOUNIER-KUHN	G. FRANCK	L. CHOAY
1962-1973	FRANCK	J. MARCHAND	L. CHOAY
1973-1988	J. MARCHAND	P. FEDI	BOUCHE
1988-1992	J. WERNER	A. VUONG	BOUCHE
1992-1996	J.P. FOMBEUR	A. VUONG	B. FRACHET
1996	J.M. FRIOT	A. VUONG	B. FRACHET
1997-2003	A. VUONG	B. FRACHET	A. QUEYROUX
2003-2006	B. GEOFFRAY	D. COUPEZ	A. QUEYROUX
2006-2007	A. VUONG	J.M. JUVANON	A. QUEYROUX
2007-2008	B. FEGER	J.M. KLEIN	A. QUEYROUX

¹ C'était alors L'Association Nationale des O.R.L. Français, hâtivement constituée sous l'occupation ennemie pour remplacer le Syndicat dissout – comme tous les syndicats médicaux – par les Pouvoirs Publics.



Chapitre 3
Histoire de l'ORL

Certains ont peur de vieillir... ...d'autres savent comment rester jeune.



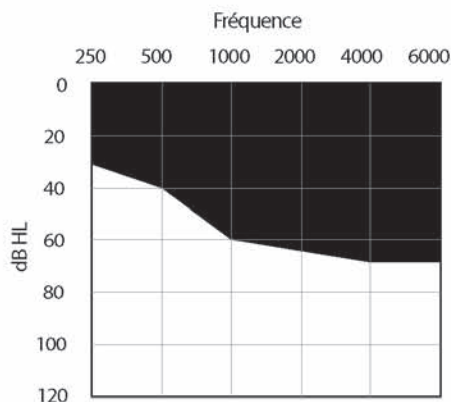
La course à la jeunesse est une réalité. Cosmétiques, vitamines, sport... chacun possède sa solution pour paraître jeune. En revanche très peu sont soucieux de leur audition, pourtant l'un des premiers signes de vieillissement. Pourquoi? Car pour la grande majorité d'entre nous : aide auditive = vieillesse... et que personne ne veut paraître âgé.

C'est pour répondre à ce besoin d'entendre sans traumatisme que ReSound a développé **be by ReSound**.

Extrêmement discret, la coque se cache dans le conduit et le microphone dans l'hélix. Ce positionnement de l'appareil dans le pli du pavillon constitue un **anti-vent naturellement très efficace**.

be by ReSound possède tous les atouts pour séduire une clientèle rajeunie ainsi que toutes les personnes angoissées à l'idée de porter une aide auditive, car avouez-le, elle ne ressemble pas du tout à une aide auditive.

be by ReSound répond à deux besoins technologiques et budgets différents.



be by ReSound allie les avantages du CIC et du contour. Il ne nécessite pas de prise d'empreinte et est compatible avec 70% des conduits auditifs.



be by ReSound,
rajeunit l'audition
en toute discrétion.
www.bebysound.fr



L'Etat de l'otologie en France il y a 100 ans

Pr. Michel WAYOFF

Professeur honoraire des Universités⁽¹⁾ - Nancy

La commémoration d'une « structure » telle que le Syndicat National des Médecins Spécialisés en O.R.L. et chirurgie cervico-faciale amène à rechercher ses origines ainsi que les raisons de son unité « durable » et de son extension ultérieure.

Dès le milieu du 19^e siècle dans une EUROPE encore ouverte à la circulation de l'intelligence, en limitant leur activité dans un souci de perfectionnement, de nombreux médecins préfiguraient l'apparition des spécialités.

La reconnaissance officielle hospitalière, libérale, voire universitaire de leurs compétences a rencontré les obstacles habituels du conservatisme régulateur, paradoxalement plus important en France qu'ailleurs.

Par précaution préliminaire, avec Fernand BRAUDEL, reconnaissons qu'il n'y a pas d'histoire plus passionnante que celle de la médecine. Plus sûrement encore, il n'y a pas d'histoire plus compliquée, plus enchevêtrée, plus difficile à écrire

Il n'en reste pas moins que la collaboration « pluri-orificielle » de praticiens d'origine diverses a prélué à l'apparition de notre spécialité. Succédant aux anciens « auristes », les otologistes furent les éléments fédérateurs, avec une première manifestation internationale à NEW-YORK dès 1876 (sic).(9)

Bien persuadé que l'histoire ne se répète pas, mais que ses rendez-vous et ses leçons se ressemblent, nous pensons qu'une historiographie documentée (notes comprises) devrait retenir l'attention de toutes les générations d'ORL à l'aube du 21^e siècle. INTRODUCTION

En 1913, à Paris, la thèse de Claude CHAUVEAU, préfacée par A. POLITZER (2) lui-même est intitulée : « Contribution à l'étude de l'otologie française au cours des cinquante dernières années ». Connue par d'autres publications, l'auteur apparaît comme un remarquable historien de notre spécialité.

Il fait état du « retard français en otologie ». Pour bien le comprendre, il est nécessaire de mettre en perspective comparée d'autres pays européens au cours de ce 19^e siècle, si contrasté en France et si fondateur pour d'autres.

Dans sa conception unitaire actuelle, l'oto-rhino-laryngologie ne sera vraiment couronnée qu'en 1922 lors d'un premier Congrès International à Paris.

Antérieurement, l'historiographie démontre que POLITZER, ayant acquis les connaissances fondamentales indispensables à une bonne pratique clinique, apparaît comme le personnage central de la maturation de l'otologie à cette époque.



Etat des lieux

Tout en signalant les différences statutaires des structures hospitalières et/ou universitaires en Europe avant 1914, le décompte des consultations spécialisées, officielles ou privées comme celui des services hospitaliers orientés, donne une idée assez réaliste de l'importance de l'otologie naissante, variable selon les nations. Contrastant avec le centralisme français et son monolithisme mandarin, le nombre et la dispersion des foyers otologiques dans les pays de langue allemande sont remarquables [6] : 4 royaumes, 5 grands duchés, 7 principautés, 6 villes libres hanséatiques. La plupart des universités sont situées dans des villes de moyenne importance. Cette position favorise la compétition dans le travail fondamental et la recherche. Un enseignant (professeur ordinaire ou « dozent ») ne devient titulaire de son poste (chaire/extraordinaire) qu'après deux ou trois changements d'université.

Pendant la seconde moitié du 19^e siècle, en otologie, on dénombre :
12 postes dans le REICH allemand (contre 22 en laryngologie)
5 en Italie, en Grande Russie et aux USA
4 dans l'Empire Austro-Hongrois
3 au Royaume-Uni et en Irlande
3 en France et en Suisse
1 en Belgique.

L'apparition progressive de revues spécialisées témoigne de l'intérêt soulevé par la pathologie de l'oreille et la perspective des progrès thérapeutiques. William NEIR [8] en a établi la liste inaugurée en 1864 par « Archiv. für Ohrenheilkunde », puis « Archives of Ophthalmology and Otology » (bilingue aux USA en 1869) et « Annales des maladies de l'oreille et du larynx en 1875 en France. Un premier contact à New-York en 1876 (simple section otologique dans le cadre du Congrès International des Sociétés Médicales)

entraîne l'organisation des congrès mondiaux d'otologie jusqu'en 1922 (9).

En 1904, à Bordeaux, sous la présidence d'Emile MOURE, le 7^{ème} Congrès International consacre le dynamisme du précurseur français de l'otologie moderne [9].

En France, en effet, l'enseignement reste longtemps officieux autour de personnalités privées comme M.E. GELLE (1834-1923), Georges POYET (1847-1926 – médecin du Conservatoire de Paris), de LUBET-BARBON (1857-?) et Pierre BONNIER (1861-1918). Quelques médecins hospitaliers ouvrent des consultations otologiques comme E. ESCAT (1865-1948) à Toulouse, M. LERMOYEZ (1858-1929) et E. LOMBARD (1868-1920) à Paris [10].

A Lyon, M. LANNOIS (1850-1942) sera chargé de cours en 1898. F. COLLET (1870-1966) se forme chez POLITZER et devient médecin des hôpitaux en 1901, s'orientant vers la neurologie. Après le règne des « auristes », la spécialité naissante attirait des ophtalmologistes (la double spécialisation existe encore avant la WW2, en particulier dans les hôpitaux militaires), des médecins et quelques chirurgiens. Reçus au même concours d'agrégation d'anatomie (1895), P. SEBILEAU (1860-1953) à Paris, J. MOURET (1805-1928) à Montpellier, et P. JACQUES (1869-1964) s'orientent vers cette nouvelle activité spécialisée [10].

A Nancy, P. JACQUES assurait officiellement un enseignement ORL dès 1897 et une consultation hospitalière en 1898, suivie plus tard par l'ouverture d'un service de 25 lits. Il devait être chargé d'un cours d'état le 1.11.1913, transformé en chaire en 1920 [11].

A Bordeaux, E. MOURE (1855-1914) ouvrait un cours libre en 1886 qui attirait de nombreux élèves venus de toute la France s'initier à la spécia-

lité. En 1904, il obtenait la première agrégation de la spécialité, transformée en chaire en 1913.

Le « retard français », stigmatisé dans le thèse de CHAUVEAU, était donc en voie de comblement comme en atteste la préface rédigée par A. POLITZER.

L'ouverture scientifique du 19^e siècle : la période des auristes

Le grand chambardement de la Révolution Française, la volonté de faire « table rase du passé » a provoqué de profondes modifications dans la mentalité des élites, en même temps qu'une certaine sidération après la fermeture des Facultés lorsque AF de FOURCROY (1755-1809) envisage de revoir totalement l'enseignement de la médecine et s'exclame à la tribune de la Convention : « peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire » [12]!!

Caractéristique bien française que le déclenchement de drames idéologiques pour masquer des retards liés à une réelle passivité devant l'éclatante nécessité d'évoluer. D'une manière moins tonitruante, un tel programme avait été proposé par BOERHAVE [5] et transposé à Vienne.

Le 19^e s. est ainsi jalonné d'exemples de développements stochastiques. Au moment où Cl. BERNARD publie « Introduction à la médecine expérimentale » en 1865, il pouvait toujours écrire : « il existe encore des médecins d'un grand mérite qui perdent leur temps à discuter le vitalisme, l'animisme ».

La description des maladies construisait une nosologie impénétrable et contredite par l'évolution des méthodes d'observation.

L'interaction entre tactique et stratégie entraînait la différenciation des attitudes et des pratiques, que George WEISZ assimile à une **véritable histoire sociale** [13].



Si PENCIZ (1700-1736) fait naître la microbiologie, il faut attendre L. PASTEUR (1822-1895) et R. KOCH (1843-1910) pour ouvrir l'ère de la bactériologie, à un moment où les élèves attardés de BROUSSAIS se battaient pour la génération spontanée et la putréfaction louable : « plus on suppure, mieux on guérit » [14].

La pauvreté des moyens d'examen explique le caractère très incertain des pratiques médicales, justifiant de distinguer deux périodes au 19^e siècle séparées par la Révolution de 1848 pour la France, ainsi qu'une traînée de secousses sociales parcourant Berlin, Prague et Vienne à la même période.

En 1842, ITARD avoue : « quelqu'extraordinaire puisse sembler cette assertion, le temps n'est pas fort éloigné où les médecins n'avaient **aucun moyen** d'examiner les parties affectées elles-mêmes, celles du moins que leur situation soustrait à la vue immédiate » [15]. D'ailleurs, au terme de sa vie, Claude BERNARD [16] pouvait encore écrire : « la médecine empirique règne en plein aujourd'hui... la médecine scientifique n'est point une médecine théorique. Elle ne doit pas, au contraire, être séparée de la médecine pratique. » Les auristes [17] étaient bien empêtrés devant le pavillon. Sauf exception, le fond du conduit reste invisible. La surdité représente le motif thérapeutique essentiel fondé sur un concept « obstructif » qui justifie des gestes aventureux : irrigations variées par le nez, la bouche et même le conduit ! ou des paracentèses à l'aveugle. Devenant des **otiatres**, ils agissent sans connaissances fondamentales. Les constatations nécropsiques les amènent en logique apparente, à penser que l'oreille et la mastoïde représentent la voie de drainage spontané des abcès cérébraux (produits par la putréfaction primitive du tissu cérébral !). Les

précurseurs de l'otologie en France ont été recensés par F. LEGENT qui montre bien que l'éducation des sourds représentait leur activité essentielle [17].

Par contre, en Angleterre, J. TOYNBEE (1815-1866) eut une renommée mondiale pour ses travaux anatomiques [18].

Souffrant d'acouphènes, il mourut immédiatement après s'être délivré une irrigation tubaire d'un mélange d'acide prussique et de chloroforme !

En Irlande, Sir W.R. WILDE (1815-1876) a laissé son nom à une incision pour les mastoïdites menaçant de s'extérioriser qui, à l'époque, fut âprement discutée [18]. Il faut attendre le traité de W. KRAMER (1801-1875) en Allemagne [20], démontrant que la synthèse de connaissances anatomiques approfondies, de recherches physiologiques méthodiques et d'investigations anatomopathologiques sont indispensables pour que l'auriste devienne réellement un **otologiste**.

C'est l'époque où J. STUART MILL précise : « Aucun art n'est complet à moins qu'un autre art, celui de construire les instruments et de les approprier à leur destination, ne lui soit associé » [19].

La nécessité de voir le tympan autrement qu'à la lumière ou à la lueur d'une bougie devient impérieuse. En elle-même, l'histoire de l'OTOSCOPIE mériterait un long développement pour, dans la relativité des dates et des priorités, expliquer le passage du simple miroir concave au miroir de Clar [20]. L'évolution de l'otoscopie est certainement fondatrice dans la réunion « orificielle de la spécialité ». On notera en 1875, que le titre de la première revue française « Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx » est sous-titré « *otoscopie, laryngoscopie, rhinoscopie* ».

Le père de l'otologie : Adam Politzer (1836-1920)

Alors que l'Ecole Viennoise avait déjà une dimension mondiale, le hongrois J. von OPPOLZER (1808-1871), membre du Collège professoral, décidait de libérer les spécialités médicales dont il prévoyait l'incontournable nécessité, et d'organiser leur enseignement. Ayant apprécié les qualités et la motivation d'Adam POLITZER [21], il lui offrait un plan de structuration associant la pratique et l'enseignement clinique, à partir d'études anatomiques et histopathologiques, parallèlement à la recherche physiologique. Après cinq mois d'initiation à Vienne, il accomplira un périple de 2 ans, visitant Würzburg, Heidelberg, Paris et Londres. Reçu « dozent » le 6.12.1861, il devient le premier enseignant officiel d'otologie pour accéder au titre de professeur en 1871, et de co-directeur avec J. GRUBER (1827-1900) de la Clinique Otologique de Vienne : 20 lits, plus de 15000 consultants annuels, sans interruption pendant 46 ans !

Présentant une importante collection d'os temporaux disséqués, élaborant un très riche atlas de tympans pathologiques, il insiste sur la minutieuse rigueur de l'examen otoscopique, de l'évaluation de la trompe et de l'audition.

Il donnait sa première leçon devant quatre étudiants dont A. LUCAE (1825-1911). Parlant couramment 6 langues, il allait recevoir plus de 7 000 otologistes venus du monde entier. Son élève R. BARANY (1827-1936) reçut le Prix Nobel en 1914.

A. POLITZER se plaisait à rappeler l'importance des travaux fondamentaux soulignant : « *voir pour connaître, travailler pour savoir* ».



Ces principaux contacts furent :

- en Physiologie :

V. HELMOLTZ (1821-1894),
H. MÜLLER (1820-1864)
V. von KÖLLIKER (1817-1905)
Claude BERNARD (1823-1878)

- en anatomie pathologique :

W. WILD (1815-1867)
J. TOYNBEE (1815-1866)

- en clinique :

V. TRÖLTSCHEK (1829-1890)
P. MENIÈRE (1799-1862)

Ainsi par son travail inlassable, A. POLITZER, fils d'un modeste commerçant juif hongrois, mais petit-fils de médecin, se placera au premier rang des fondateurs de l'otologie « moderne ». La lecture de ses traités, tous traduits en anglais, et pour certains en français et en espagnol, est encore aujourd'hui d'un intérêt considérable [22] :

1873 : Atlas d'Otoscopie, révisé en 1896

1878-1882 : Traité des maladies de l'oreille (2 volumes - 5 éditions)

1907-1913 : Histoire de l'otologie (2 volumes).

Il lui reviendra de présider à Budapest, en 1909, le 8^e Congrès Mondial d'Otologie. En 1912, à Boston, pendant le congrès suivant, un prix Politzer sera partagé entre R. BARANY, A. CHEATLE et G. SHAMBAUGH senior.

Sa collection d'os temporaux se trouve au Musée Mutter à Philadelphie. En 1902 il est élevé au rôle de conseiller à la cour de l'Empereur d'Autriche. Il meurt brusquement le 10 août 1920 à 85 ans. Son buste a trouvé place en son lieu de naissance (Albertirsa en Hongrie). En 1985, pour le 150^{ème} anniversaire de sa naissance, l'Autriche émet un timbre à son effigie.

Developpement de l'otologie en France entre 1870 et 1914

Dès 1878, le fameux « Lehrbuch der Ohrenheilkunde » supplantait tous les traités précédents avec cinq éditions successives. En 1884, la traduction française d'Antonin JOLY (Lyon) sera elle-même rééditée.

Nous avons déjà cité les principaux otologistes français ayant pris le chemin de Vienne et de Berlin comme l'on fait aussi des laryngologistes tel que A. GOUGENHEIM (1839-1901). Il est impossible de donner la liste exhaustive de tous ceux qui sont allés se soumettre à la « politzerisation » de l'esprit pendant la longue période de la « crise allemande de la pensée française ». Il est permis de s'étonner de trouver encore aujourd'hui l'adjectif « germanophone » accolé comme une restriction muette au nom de ceux (médecins ou autres) qui pratiquaient cette langue [23].

Revenons sur LUBET-BARBON, qui, à son retour, ouvre à Paris la première consultation gratuite. La clarté de son enseignement et sa remarquable dextérité opératoire attirait de nombreux auditeurs... canadiens et américains du sud francophones. De Lyon, F.J. COLLET (1870-1966) fera le pèlerinage de Vienne en 1892 et 1895. Il y rencontre M. LERMOYEZ (1858-1929) alors médecin des hôpitaux de Paris qui proposera le terme d'otospongiose pour l'otosclérose et souhaitera aux patients de ne pas rencontrer un « auriste » actif à l'époque où s'impose la condamnation des « extracteurs d'étrier ». A la fin de sa mission en 1894, il publiera [24] une monographie intitulée « Enseignement et Pratique de la Faculté de Médecine de Vienne » dans laquelle on peut lire « *j'avais comme condisciples les assistants des plus grands laryngologistes allemands : de KRAUSE, de JURACZ, de SEIFERT... J'avais peine à supposer qu'ils viennent à Vienne dans la*

même pensée que ce docteur qu'un assistant envoyait à Paris : « Allez en France, vous vous instruirez beaucoup ; vous verrez ce qu'il ne faut pas faire ».

En deux décennies, cette réflexion fielleuse perdait de sa portée comme en témoigne la préface signée par A. POLITZER pour la thèse de CLCHAUVEAU. C'est d'ailleurs en France que, rapprochant leurs pratiques, les otologistes, les laryngologistes et les anatomistes ont réalisé les premiers l'unité de la nouvelle spécialité. A Paris, dès 1875, la publication des « Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx » s'ornait d'un sous-titre significatif de préoccupations commune : « otoscopie, laryngoscopie, rhinoscopie ». A cette époque l'importance et la fréquence de la pathologie de toute la sphère cervico-faciale et des cavités annexes explique le développement de la nouvelle discipline.

En 1880, simultanément, en Belgique et en France [8] se forment deux Sociétés d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie. Elles précédaient des fusions successives en Hollande et en Russie en 1893, aux U.S.A. avec la « Triological Society » en 1895, puis en Angleterre en 1907, avant l'Allemagne en 1921.

Il convient d'insister sur le dynamisme d'Emile MOURE (1855-1914) à Bordeaux où, dès 1881, il ouvrait un centre de formation privé couvrant tout les aspects de la nouvelle spécialité, et attirait des auditeurs du monde entier.

Président du Congrès International d'Otologie en 1904 il parvenait à équilibrer les relations de la province et de Paris avec de nouveaux statuts pour la société Française d'ORL en 1907. Dans le même élan, il était appelé à la Présidence du Syndicat des ORL de 1907 à 1930 !

Aujourd'hui, à un siècle de distance, dans un contexte scientifique et



socio-économique, culturellement inqualifiable, et par une évolution inversée, nous sommes au seuil d'une satellisation de l'otologie. A Davos, en 1978, la première réunion de la SOCIÉTÉ **POLITZER** apparaît comme un ultime hommage.

Notes et références

1/ Professeur honoraire des Universités.

2/ www.bium.univ-paris5.fr/histmed.

3/ www.asmp.fr

4/ www.diploweb.com/france

5/ BOERHAVE (1668-1738) fut certainement le médecin le plus célèbre du 18^e siècle. Il envoie, à Vienne, son élève Gerhard von SWIETEN (1700-1772) à la demande de l'Impératrice Marie-Thérèse, qui entamait d'importantes réformes de l'enseignement médical. Il deviendra l'ami de Mozart. L'ouverture d'un hôpital impérial (1784) et la création d'un Collège Professoral amorcent la renommée mondiale grandissante de la médecine autrichienne. En 1849, ce Collège est composé d'autrichiens, de hongrois, de tchèques et d'allemands. Citons SKODA, Von ROKITANSKY, von HEBRA, HYRTL, BILLROTH, noms bien connus dans la littérature française.

6) BRUSIS T. Geschichte der deutsch. HNO. Kliniken in 20^e Jahrhundert (Springer V 2002) Chaque collège universitaire fait appel à plusieurs candidats lorsqu'un poste de professeur titulaire est libre, ce qui lui permet un choix documenté. Pour chaque spécialité, avec le temps, une sorte de classement s'établit entre les universités. Dans la deuxième moitié du 19^e siècle, nous citerons LUCAE et PASSOW à Berlin, WITTMACK à Greifswald, SCHWARTZ à Halle, KESSEL à Iena, BEZOLD à München, von TROLTSCH à Würzburg. Il nous appartient, dans le cadre de la SORLEF, de noter que STRASBOURG n'a pas été négligée pendant la période bismarckienne avec les nominations de A. KUHN et de P. MANASSE7) ORL in Europe between 1880 and 1920. J. Laryngology & Otology. supplément n°30-119-2005. Editeurs : A. Mudry, W. Pirsig, N. Weir.

8) WEIR W. Otolaryngology, an illustrated story. (Butterworths Cambridge 1990)

9) Liste des Congrès Internationaux d'Otologie avant WW1 :

1^e - 1876 : New York : section otologique du Congrès Int. Sc. Médicales.

2^e - 1880 : Milan (Président : SAPOLINI) : GRADENIGO et LABAS décident de fusionner laryngologie et otologie.

3^e - 1884 : Bâle (Président : A. BURCKHARDT-MERIAN).

La fusion n'est pas générale : indépendance de l'otologie jusqu'en 1922. Fondation du prix Lenval (riche banquier polonais) attribué une seule fois en 1899.

4^e - 1888 : Bruxelles (Président : DELSTANCHE Fils) GELLE présente le réflexe binaural.

5^e - 1895 : Florence (Président GRAIII)

6^e - 1899 : Londres (Président : O. PRITCHARD). Prix Lenval décerné à DELSTANCHE.

7^e - 1904 : Bordeaux (Président : E. MOURE).

8^e - 1909 : Budapest (Président : A. POLITZER).

9^e - 1912 : Boston (Président :BLAKE).

Prix Lenval : GE SHAMBAUGH (Chicago) et KOLMER (Vienne)

Prix Politzer : BARANY, CHEATLE, SHAMBAUGH Senior

Prix Cozzolino : GÖRKE (Breslau).

WW1 - 1915 : Annulation du congrès prévu à Halle sous la présidence de DENKER.

10^e - 1922 : Paris (Président P. SEBILEAU) dernier congrès purement otologique, suivi aussitôt par une réunion laryngorhinologique.

Dans son discours, P. SEBILEAU qualifie A. POLITZER de « bienfaiteur de l'humanité ».

10) Succédant à A. GOUGHENHEIM (1839-1908), plutôt laryngologiste, P. SEBILEAU se consacrait surtout à la chirurgie cervicale à Lariboisière (Paris), tandis que M. LERMOYEZ obtenait le premier titre d'ORL des Hôpitaux avec un service à St Antoine (où il aura M. SOURDILLE comme collaborateur).

11) L'évocation de P. JACQUES (1869-1964) à Nancy justifie quelques précisions. Se destinant à l'ORL, il renonçait à la chaire d'anatomie libérée par le transfert d'A. NICOLAS à celle de Paris en 1906, tout en assurant l'intérim. Parmi les français ayant fait le pèleri-

nage de Vienne, il est le seul qualifié de germanophone (cf. note n°23). Issu d'une famille lorraine, d'une grande rigueur intellectuelle, sa formation complète sera assurée à Berlin et à Vienne. A St Pétersbourg, il rencontrera PROUSSAK (1839-1897), (otologiste russe = espace de PRÜSSAK, dans l'orthographe française). A Moscou, il rend visite à S.F. STEIN et E.M. STEPANOV. A Fribourg en Brisgau, G.J. KILLIAN (1860-1921) l'accueillera comme assistant. En 1920, il obtient une chaire d'ORL à Nancy et présidera la Société Française en 1924, puis le syndicat des ORL de 1933 à 1936

- Titulaire de la chaire d'ORL 1920 Nancy
- Président de la Société Française d'ORL 1924

- Président du Syndicat National des ORL 1933-1936

12) L'acte de naissance de la médecine moderne. J. Bernard, JF Lemaire, A. Larcen. (Les empêcheurs de tourner en rond). Synthelabo. Paris 1995°.

13) WEISZ G. Divide and conquer. A comparative history of medical specialization. (Oxford Un. Press 2005).

14) PASTEUR Louis. Ref : les génies de la science n°33/2002/24-35

En 1871, Pasteur est tellement républicain qu'il renvoie à Bonn son diplôme « honoris causa » ce qui lui vaudra, de la part de M. Naumann une réponse méprisante. Pasteur, qui rencontrera souvent l'hostilité des médecins, analyse avec lucidité le retard scientifique français (qui est et sera également industriel) dans un article du journal « Le Salut Public » : « victime de son instabilité politique, la France n'a rien fait pour entretenir, propager, développer le progrès des sciences dans notre pays... Elle a vécu sur son passé, se croyant toujours grande, tandis que l'Allemagne multipliait les universités... établissant entre elles la plus salutaire émulation. »

En 1874, à l'occasion d'un discours au collège d'Arbois (distribution des prix), à propos de la libre pensée, Pasteur s'écrie : « C'est pour les uns la liberté de ne pas penser du tout et d'être asservis par l'ignorance ; pour d'autres, la liberté de penser mal ; pour d'autres encore d'être dominés par les suggestions de l'instinct et de mépriser toute autorité et toute tradition... la liberté



dans l'effort, la liberté dans la recherche, le droit de conclure sur le vrai... Ayons un culte pour cette liberté là ».

15) ITARD JM Traité des maladies de l'oreille et de l'audition. Mequignon Editeur Paris 1842.

16) BERNARD Claude. Leçons de pathologie expérimentale (Paris 1865).

17) LEFENT F. La naissance de l'ORL en France.

18) J. TOYNBEE (1815-1866) a mis en exergue l'importance de l'anatomie pathologique montrant le danger vital des suppurations chroniques de l'oreille moyenne. En 1857, il collige les données de 1659 dissections de temporaux.

W. WILDE est le père du célèbre poète Oscar WILDE. En 1864, la ville de Dublin plongeait dans l'émoi. William WILDE lui-même fut accusé d'avoir séduit et violé sous chloroforme la fille d'un professeur de droit du Trinity College, Miss Mary TRAVERS... Les frais du procès s'élèveront à 2000 livres, mais Mary n'eut qu'un « farthing » d'indemnité (sic)...

Oscar Wilde, his life and confessions par Franck HARRIS (Londres 1938)

19) J. STUART MILL. Introduction of the system of logic (1843).

20) J. WILLEMOT et al. Naissance et développement de l'ORL dans l'histoire de la médecine Acta Medica Belgica (Bruxelles 1981).

L'otoscopie est fondamentale en clinique. BONNAFONT, quant à lui, fait construire dès 1834, un otoscope à miroir latéral. C'est à Paris en 1855 que von TRÖLTSCCH présente un miroir concave perforé mais il rendra l'honneur de l'innovation à HOFFMANN (Burgsteinfurt) qui le décrit en 1841. Il sera utilisé avec un bandeau frontal, puis muni de deux trous par KONRAD CLAR à Vienne, en 1902, et d'une lampe à incandescence par Etienne LOMBARD en 1905. Des lunettes grossissantes sont proposés par von EICKEN en 1920.

21) The yole of ADAM POLITZER (1835-1920) in the History of otology. par Albert Murdry (Lausanne).

How A. Politzer became an otologist. A. Murdry et M. Kraff; Otology and Neurology 2005, 29, 292-299

Ces deux articles donnent quelques précisions sur les voyages scientifiques d'A.

Politzer. A Paris, les consultations d'auristes tels A. Blanchet et E. Triquet ne l'ont pas retenu. Il souligne son intérêt pour le travail E. MENIERE, qui succéda à son père à la direction de l'Institut des Sourds et Muets. Certains écrits français avancent qu'il a rencontré plusieurs fois Prosper MENIERE (1799-1882). Le contrôle des dates permet de penser qu'il y eut parfois confusion entre le père et le fils. Certes, en 1862, A. Politzer a publié des documents anatomopathologiques pour confirmer les idées de Prosper MENIERE mais il ne fait pas mention d'une rencontre personnelle. En fait, à Paris, Politzer a surtout rencontré Claude Bernard qui avait comme collaborateur Rudolphe Koenig (1932-1901) pour l'étude des vibrations ossiculaires.

22) Geschichte der Ohrenheilkunde par A. POLITZER.

Stuttgart. Enke Vol I (1907) Vol II (1913) History of otology par A. POLITZER. Trad anglaise par S. Milstein et ail. Phoenix (Arizona) 1981.

23) DIGEON Cl. La crise allemande de la pensée française. PUF (Paris) 1959. Après la défaite française de 1871, les débats avec accusations et injures ont fait florès dans tous les sens. En France, après le gouvernement et l'armée, l'université est violemment critiquée. Pour G. MONOD, à l'époque, l'Allemagne reste « cette seconde patrie pour les hommes qui étudient et qui pensent ».

24) LERMOYER M

(www.bium-paris5.fr.25) F. LEGENT. Les débuts de la Société Française d'ORL. (www.sforl.org)

La lecture des revues et des rapports de cette époque (1880-1913) montre que le traitement des suppurations chroniques otomastoïdiennes entraînent des discussions récurrentes sur les évidements pétro-mastoïdiens, les différentes plasties du conduit, le rythme des pansements post-opératoires avec les noms de SCHWARTZE, ZAUFAL, SIEBENMANN, STACKE, etc.;

Après une initiative de E. Moure en 1882, il faudra une décennie pour que les provinciaux puissent être membres de plein droit de la Société Française d'Otorhinolaryngologie et de Rhinologie qui deviendra en 1907 Société Française d'ORL. De 1880 à 1814 27 présidents (dont 13 otologistes) et 45 rapports (dont 13 otologiques).

**Un progrès dans la technique du drainage en otologie
par la nouvelle mèche capillaire**

OTODRAIN

Procédés A. ASTRUC

Echantillon sur demande aux
**Laboratoires de la Fabrique Internationale d'Objets de Pansement
5, Grand'Rue, MONTPELLIER (Hérault)**



Un siècle d'histoire de la chirurgie d'otite chronique

Pr. François LEGENT

Service ORL, Hôpital Hôtel Dieu, place A. Ricordeau, 44000 Nantes.

A la fin du siècle dernier, la chirurgie de l'étrier et celle de la membrane tympanique avaient des adeptes mais elles connurent une longue période d'hibernation. La chirurgie mastoïdienne venait d'apparaître et allait se perfectionner au cours du siècle. La conservation du système tympano-ossiculaire, puis plus tardivement sa reconstruction, ont bénéficié tour à tour de l'invention du lambeau tympanoméatal et de la chirurgie du tympanum, puis de la tympanotomie postérieure et de l'amélioration de la myringoplastie, permettant les tympanoplasties en technique fermée. De même, l'aérateur trans-tympanique, oublié pendant plus d'un demi-siècle, a pris une place considérable dans le traitement des otites chroniques à tympan fermé.

Une des difficultés rencontrées dans l'étude des traitements des otites chroniques est la frontière séparant les otites en évolution et leurs séquelles. Selon les auteurs, les époques et l'importance des lésions évolutives, les traitements des lésions inflammatoires et des séquelles sont séparés ou intriqués. En fait, la chirurgie de ces deux aspects de l'otite chronique ont évolué de concert. Il est intéressant de noter que la chirurgie fonctionnelle de l'oreille a véritablement commencé avec la mobilisation de l'étrier par Boucheron, puis Miot vers 1888-90, exactement à la même époque que la chirurgie des cavités de l'oreille moyenne pour les otites chroniques. Pendant la dernière décennie du XIXe siècle, la chirurgie de l'étrier connut beaucoup plus d'adversaires que d'adeptes, ce qui la fit condamner sans appel en 1900. La myringoplastie pratiquée depuis l'initiative de Berthold en 1872 subit un sort identique mais avec moins d'éclat. Dans un long mémoire paru en 1902 dans les Annales des Maladies de l'oreille et du larynx, B. Gomperz [1], privat docent de Vienne, faisait une revue très détaillée du traitement des perforations tympaniques.

Après avoir vanter les mérites de la cautérisation des perforations, il écrivait : « On ne peut faire d'aussi grands éloges de la myringoplastie, une méthode qui consiste à combler la perforation par implantation de tissu vivant. Les expériences de Berthold, la transplantation de l'épiderme de l'homme ou de la grenouille, plus tard, de la pellicule de la coque ovulaire, sont connues ; non moins connu est le résultat qui condamne cette méthode. » Aussi entra-t-elle dans une longue période d'hibernation. Elle était à peine évoquée dans les traités d'otologie jusqu'aux années 60, époque où son renouveau coïncida avec celui de la chirurgie de l'étrier.

Depuis plusieurs décennies, les otologues ne s'affrontent guère sur le terrain de la chirurgie des lésions inflammatoires des otites chroniques, hormis sur des questions de détails, de terminologies, de procédés techniques. Les grandes lignes ont déjà été tracées et il n'est guère possible de s'en éloigner. Il n'en était pas de même au début du siècle car cette chirurgie venait d'éclore au cours de la dernière décennie du XIXe siècle. On a peine

à imaginer le grand bouleversement qu'apporta cette chirurgie pour les auristes habitués aux soins locaux. Ce fut en fait une véritable révolution qui d'ailleurs se répercuta même sur la dénomination des spécialistes des oreilles, auristes devenus otologues. Non seulement, les otologues s'initiaient à cette nouvelle chirurgie mais ils devaient aussi se familiariser avec une nouvelle conception de l'infection chronique de l'oreille, passant du traitement de l'otorrhée rebelle à celui de l'otite chronique, ce qui allait de pair avec une nouvelle thérapeutique. Aussi, pour comprendre l'histoire de cette chirurgie dans ce début du XXe siècle, il importe de rappeler en premier cette grande mutation de la fin du XIXe siècle. En pratique, l'histoire de la chirurgie de l'otite chronique peut être découpée en trois grandes périodes :

- une ère d'éclosion : la dernière décennie du XIXe siècle,
- une ère de développement avec l'attention particulière pour une chirurgie fonctionnelle : de 1900 aux années 60, - une ère de perfectionnement jusqu'à nos jours.



LA PÉRIODE D'ÉCLOSION

La notion d'otite chronique s'est substituée à celle d'otorrhée rebelle. Pendant une grande partie du XIXe siècle, les auristes traitaient des symptômes dont l'otorrhée, et non pas des maladies. Toute nouvelle thérapeutique était essayée pour tous les symptômes. Le traitement de l'otorrhée chronique reposait sur le lavage et les topiques. La chirurgie prônée pour cette otorrhée avait pour but, hors les complications, de faciliter les soins locaux, qu'il s'agisse de l'ossiclectomie et même de la mastoïdectomie pour laquelle Schwartzé recommandait de laisser un drain antral permettant de laver l'oreille moyenne pendant des semaines. Quant à l'ossiclectomie, voici ce qu'en pensait M. Lermoyez [2] en 1901 : « C'est la plus avantageuse de toutes les interventions qu'on soit amené à pratiquer contre les suppurations chroniques de l'oreille ; elle est inoffensive si elle est bien faite ; ses résultats sont merveilleux lorsque son indication a été bien saisie ; elle peut guérir en quelques jours des suppurations datant de plusieurs années. On enlève le marteau, l'enclume mais jamais l'étrier ». On comprend mieux pourquoi les opérateurs qui adoptèrent la nouvelle intervention que fut l'évidement pétromastoïdien n'hésitaient pas à la compléter par une résection des reliquats tympano-ossiculaires.

Mais les auristes n'étaient pas les seuls médecins s'intéresser à l'oreille. En 1888-89, Küster et Gergmann, deux chirurgiens berlinois, voulurent appliquer à l'oreille les règles de mise à plat des collections purulentes. Leurs procédés, assez voisins, consistaient à prolonger vers la caisse la mastoïdectomie de Hermann Schwartzé en ouvrant l'aditus et le conduit auditif, mais en respectant l'attique. En 1890, Stacke, auriste allemand, réalisait une atticotomie avec ossiclectomie, mais sans

aller en arrière jusqu'à l'antrum. En 1891, Zaufal, Stacke, Schwartzé, combinèrent ces deux interventions pour ouvrir largement les cavités de l'oreille moyenne. Dès lors, durant toute la dernière décennie, chirurgiens et auristes n'hésitèrent plus à ouvrir ces cavités de l'oreille moyenne, modifiant la technique tout en conservant le concept. L'intervention dans les pays de langue allemande prit alors le nom de « radicale » tant elle paraissait constituer l'étape ultime et efficace pour guérir les otorrhées chroniques, traitant le mal à sa racine.

Cette chirurgie, née en Allemagne, gagna rapidement la France grâce en particulier à des chirurgiens des hôpitaux de Paris comme A. Broca [3]. La thèse d'un futur otologiste, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, n'allait pas tarder à marquer définitivement les esprits. C'est en 1895 qu'Aristide Malherbe présenta : « L'évidement pétro-mastoïdien dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne » [4]. Il utilisa le terme « évidement » pour montrer l'importance du curetage de l'antrum mastoïdien et de l'aditus ad antrum. Quant au terme pétromastoïdien, Malherbe précisait qu'il faisait référence au « conduit pétro-mastoïdien », appellation de l'aditus ad antrum par Sappey, célèbre anatomiste de l'époque ([5] p. 812).

Malherbe décrivait deux types d'évidement pétromastoïdien :

- « l'évidement pétro-mastoïdien », simple ouverture de l'antrum pétromastoïdien avec curetage des cellules voisines,

- « évidement pétro-mastoïdien avec ouverture large de la caisse », complément du procédé précédent. Il s'agissait d'ajouter à la mastoïdectomie une tranchée dans la paroi postérieure du conduit osseux. Puis, l'opérateur enlevait les fongosités et les parties malades. Il terminait par l'incision de la paroi postérieure du conduit fibrocartilagineux et la mise

en place d'une mèche de gaze iodée formée.

Telle était donc cette intervention dont le nom s'est perpétué jusqu'à notre époque, mais non sans avoir soulevé des discussions et entraîné des équivoques.

Il s'agissait bien, selon la description de Malherbe, d'une cavité mettant en communication mastoïde, attique et conduit auditif externe, sans résection tympanoossiculaire systématique. Le but était d'agir « comme on agirait suivant les règles chirurgicales, en ouvrant largement les cavités de l'oreille moyenne, en enlevant les tissus malades et en rétablissant un drainage facile ». Cet excellent travail, bien présenté, imprimé, était suivi d'une très riche bibliographie. Malheureusement, la notoriété de Malherbe eut à pâtir après qu'il eut proposé cette intervention pour la chirurgie fonctionnelle de « l'otite scléreuse », c'est-à-dire l'otospongieuse, ce qui lui valut les foudres de Laurens et de Lubet-Barbon [6] lors du congrès de médecine de 1900 – section otologique – qui correspondait à l'actuel congrès mondial d'ORL.

On comprend pourquoi Georges Laurens commençait son article paru en 1899 dans la Presse Médicale sur « Le traitement rationnel de l'otorrhée chronique » [7].

« La formule thérapeutique de l'otorrhée chronique est essentiellement variable pour qui la traite. En présence d'une oreille qui coule : les uns la lavent, d'autres la pansent, d'autres opèrent.

Résultats : quelquefois, le malade guérit mais souvent il continue à couler. Quant à son oreille ayant parfois perdu à la bataille un nerf facial ou acquis un vertige qu'il n'avait pas ».

Il poursuivait : « On peut dire que trois grands courants dirigent la thérapeutique actuelle en matière d'otorrhée :



- les indifférents ou sceptiques, très, trop nombreux, vieux jeu, réactionnaires convaincus, pour lesquels un écoulement de pus par l'oreille est quantité négligeable,
- les interventionnistes à outrance, à l'étranger surtout, radicaux, véritables hystérectomistes de l'oreille, soucieux d'une belle statistique ou amateurs de nouvelles opérations, pour eux la trépanation mastoïdienne et l'évidement du rocher sont chose simpliste,
- enfin, le camp opportuniste qui sera celui des ralliés, représentés par l'Ecole Otologique contemporaine, Ecole créée par quelques Maîtres viennois et allemands.

On enseigne que pour traiter une otorrhée, on doit établir le diagnostic de la cause, de la nature et du siège de la lésion, qu'il faut faire le diagnostic du mode de l'intervention opératoire. »

C'est dans ce troisième camp que se plaçait Laurens, comme son Maître Lermoyez dont il était l'assistant.

« Le traitement doit être essentiellement rationnel et éclectique. Il est souvent suivi de succès à la condition d'être temporisateur. Il importe de se rappeler que patience et longueur de temps font quelquefois plus que gouge et curette. Après une étude minutieuse et pleine de tâtonnement de son oreille, l'auteur aborde l'étape chirurgicale en cas d'échec des différents soins locaux. Le principe en est simple. Toute fistule ne guérit que par l'incision et l'excision de son trajet. Ici, la caisse tympanique représente l'orifice externe d'une fistule borgne dont le trajet est constitué par l'aditus et l'antra. Nous transformons en tranchée ce qui était précédemment un tunnel : c'est la chirurgie à ciel ouvert... L'intervention consiste à mettre à jour tout le système de l'oreille moyenne et de ses annexes, ainsi que l'apophyse, et constitue l'évidement du rocher. Chaque auteur lui

a donné, comme il est coutume, son nom, c'est-à-dire un nom différent suivant la région où il donne son premier coup de gouge, selon qu'il va de l'antra à la caisse ou inversement. Peu importe l'essentiel est qu'elle réalise véritablement la cure radicale de l'otorrhée. » [7].

C'est à la même époque que la notion d'otorrhée fut combattue au profit du concept d'otite chronique, notamment par Lermoyez [2]. On ne traitait plus un symptôme mais une maladie. Cette approche permettait notamment de mieux identifier le rôle du cholestéatome qui restait cependant considéré comme une conséquence de l'otorrhée. Lermoyez [8] écrivait en 1921 qu'il existait deux types de cholestéatome :

- le cholestéatome primitif : cholestéatome congénital,
- le cholestéatome secondaire : le plus fréquent.

« Ce cholestéatome secondaire est une conséquence de la suppuration chronique de l'oreille moyenne, mais par un cercle vicieux, il l'entretient à son tour et en aggrave à la fois le pronostic et le traitement ». Cette notion perdura plusieurs décennies puisque, en 1949, Maurice Aubry et André Lemarié [9] admettaient encore la même conception. Le traitement du cholestéatome commençait donc par celui de l'otorrhée. Les avis divergeaient pour déterminer l'indication opératoire.

En 1894, à son retour de Vienne, Lermoyez écrivait ([10] p. 478) : « Quoiqu'on pense de la révolution chirurgicale actuellement en train de s'accomplir, le domaine de la thérapeutique otologique ce n'est certes pas aux auristes viennois qu'on pourra reprocher de se laisser entraîner par un enthousiasme précipité vers une rénovation qui prépare l'annexion prochaine de notre spécialité à la grande chirur-

gie. Quelle divergence de vues sépare Stacke et Politzer. L'un pratique systématiquement la belle opération qu'il a imaginée dans tous les cas où il constate une carie des osselets, sans s'attarder à essayer d'autres traitements préalables.

Volontiers, il y recourt d'emblée s'il existe dans l'attique cholestéatome ou suppuration chronique. L'autre, plus temporisateur, n'en vient à cette extrémité qu'en s'autorisant à l'insuccès d'une thérapeutique plus douce longtemps et soigneusement mise en oeuvre. »

En fait, à la fin du siècle dernier, les idées restaient encore confuses sur les indications respectives des différentes interventions, ossiculotomie et ouverture des cavités de l'oreille moyenne. Toute nouvelle thérapeutique avait des indications très larges, du moins pour certains opérateurs.

Ainsi, la chirurgie des cavités mastoïdiales existait au début du siècle. Elle ne cessa de se perfectionner durant tout le siècle grâce à l'accumulation de détails. Le progrès porta surtout sur :

- l'élargissement du conduit fibrocartilagineux donnant lieu à de nombreuses descriptions,
- le comblement de la cavité mastoïdienne.

Deux grandes étapes restaient à franchir :

- le respect de la fonction,
- la reconstitution tympano-ossiculaire.

LA PÉRIODE DE DÉVELOPPEMENT

Cette période a été marquée par une amélioration dans la réalisation chirurgicale des cavités tout en essayant non seulement de conserver l'audition, mais aussi de reconstruire un système tympano-ossiculaire altéré.



Le respect de la fonction

Dès le début du XXe siècle, plusieurs auteurs insistèrent sur l'importance du respect des reliquats tympano-ossiculaires, notamment Heath en 1904, et Bondy en 1908. Les modifications apportées au classique évidement engendrèrent une nouvelle terminologie pas toujours bien comprise.

L'autre progrès au cours des deux premières décennies du XXe siècle a porté essentiellement sur la qualité de la réalisation de la cavité, notamment sur l'abaissement du mur du facial. L'évidement pétro-mastoïdien était devenu une intervention difficile, sculptant littéralement les éléments nobles de l'oreille. En fait, c'était une intervention réservée seulement à quelques opérateurs. Aussi, pour diminuer les difficultés et éviter les complications, d'autres opérateurs se contentaient de faire une antroatticotomie beaucoup moins dangereuse qu'un évidement classique.

En 1942, Ramadier expliquait [11] que, depuis quelques années, il avait abandonné l'évidement pétro-mastoïdien total (celui où on abaisse totalement le mur du facial) pour lui substituer une opération plus économique qu'il appelait « évidement antro-attical ». L'intervention limitait son action à l'antre et à l'attique dont elle supprimait le contenu ossiculaire. Elle respectait la membrane tympanique et la caisse. Elle avait pour but d'assurer l'exérèse totale des lésions atticales. Pour Ramadier, elle s'opposait :

- à l'évidement total ou opération radicale des auteurs allemands,
- et à l'antro-atticotomie simple, encore appelée « évidement partiel » en France, « radicale conservatrice » en Allemagne, « atticotomie trans-mastoïdienne » de Sourdirille. Selon les cas, Ramadier réséquait la paroi postérieure du conduit osseux ou la respectait.

Par sa publication, Ramadier cau-

tionnait les cavités incomplètes avec conservation plus ou moins grande de la paroi postérieure. Cette conception se distinguait donc de l'évidement classique avant tout au niveau de la paroi postérieure du conduit. La terminologie utilisée entraînait une équivoque, concernant :

- d'une part, le terme « évidement » qui au début portait uniquement sur la cavité et qui, dès lors, intéressait le contenu de la cavité de l'oreille moyenne,
- d'autre part, le terme « radical » qui, initialement, signifiait efficacité et qui devenait, « la grande opération » avec sacrifice tympano-ossiculaire.

Les derniers progrès concernant la chirurgie des cavités de l'oreille moyenne a été apporté par Claus Jansen en 1958 avec la tympanotomie postérieure. Cette ouverture de la caisse par voie mastoïdienne permettait la reconstruction de la membrane tympanique et de la chaîne ossiculaire tout en conservant le conduit osseux et en contrôlant parfaitement les cavités. Associée à une reconstruction tympano-ossiculaire, cette chirurgie des cavités ainsi conçue constituait le fondement de la tympanoplastie moderne avec conservation du conduit.

La reconstruction tympano-ossiculaire

Les noms de Zollner et de Wüllstein sont passés dans l'histoire des pionniers de la chirurgie reconstructive des otites chroniques. En fait, dès 1929, Maurice Sourdirille avait donné les bases de la tympanoplastie, tant pour l'abord de la caisse que pour le traitement des lésions d'otite chronique [12]. De plus, il apportait un nouveau procédé de fermeture des perforations de la membrane tympanique par mobilisation de la membrane qui allait donner un nouveau départ à la myringoplastie. Le rôle de Maurice Sourdirille dans cette

mutation de la chirurgie de l'otite chronique a probablement été occulté par ses travaux sur la fenestration [13].

En 1950, un auteur allemand, Moritz, proposa d'utiliser un lambeau cutané pour créer une cavité tympanique fermée, isolant la fenêtre ronde, dans certaines séquelles d'otite chronique pour lesquelles une fenestration semblait possible. Dès l'année suivante, Zollner, puis Wüllstein, appliquèrent le même principe dans la réfection d'une cavité comprenant les deux fenêtres, et substituèrent un greffon libre de peau au lambeau de Moritz. On leur doit le concept de reconstruction du tympanum ou tympanoplastie en agissant non seulement sur la membrane mais aussi sur les osselets. Ils classèrent ces reconstructions en plusieurs types qui restent encore des références actuellement. Mais l'enthousiasme de ces reconstructions était souvent rendu éphémère par les mauvais résultats lointains liés dus à la reconstruction de la membrane par de la peau. Les avis divergeaient pour expliquer les échecs, liés selon les auteurs au greffon trop épais ou trop aminci, à la région de prélèvement avec cependant une pré-dilection pour la région rétroauriculaire, au caractère pédiculé ou non de la greffe. D'autres matériaux furent proposés comme le périoste de tibia. Le grand progrès fut l'utilisation de l'aponévrose temporale par Ortegren, (1958), Heermann (1961), Stors (1961).

De même, la continuité ossiculaire pouvait être rétabli. Zollner créa le terme d'effet columellaire, par analogie avec la columelle des oiseaux.

Ainsi, à la fin des années 50, tous les ingrédients étaient en place pour réaliser la chirurgie moderne de l'otite chronique avec le concept de « tympanoplastie en technique fermée » toujours d'actualité.

LA PÉRIODE DE PERFECTIONNEMENT

Elle s'étale sur les quatre dernières décennies du siècle. Elle est marquée essentiellement par une amélioration considérable de l'environnement opératoire, un foisonnement d'essais de matériaux en tous genres, vivants ou inertes, de nouvelles terminologies qui n'atteignent pas toujours le but recherché de meilleure identification. C'est ainsi que l'évidement pétro-mastoïdien est devenu une technique ouverte, englobant ainsi sous une même dénomination la cavité d'évidement initialement décrite et les diverses cavités d'antro-atticotomie avec sacrifice incomplet de la paroi postérieure du conduit osseux. La tympanoplastie sur cavité d'évidement est devenue tour à tour aménagement de la caisse puis petite caisse, alors que ce terme avait déjà été utilisé par Moritz en 1950 pour signifier le déphasage des fenêtres ovales et rondes.

La chirurgie proprement dite des cavités de l'oreille moyenne pour les otites chroniques a subi deux grands courants au cours des dernières décennies. D'une part, elle a été marquée par le développement de la technique fermée. D'autre part, les techniques « entrouvertes » type antroatticotomies avec sacrifice partiel du massif facial ont suffisamment montré les aléas de cicatrisation pour être abandonnées.

La réalisation de cette chirurgie de l'otite chronique a bénéficié, dans cette deuxième moitié du XXe siècle d'innombrables progrès techniques concernant notamment l'imagerie, l'anesthésie, les moyens optiques, les biomatériaux, les conditions de surveillance post-opératoires. La rapidité n'est plus un facteur de sécurité comme elle pouvait l'être au début du siècle. Lors de son séjour à Vienne, Maurice

Sourdille avait noté la durée opératoire : Urbantschitsch avait mis 15 minutes pour une radicale type Stacke, et Bondy 14 minutes pour une radicale type Schwartz [14].

Certes, le fraisage du rocher était connu dès la fin du siècle dernier, avec le tour à pédale des dentistes. On trouve dans la littérature du début du siècle la description du tour électrique [15]. Mais l'utilisation des tours n'était pas dénuée de danger ; lorsque le flexible se « grippait », l'opérateur risquait de perdre le contrôle de la fraise. L'apparition des turbines et des microtours a permis une chirurgie plus précise. Il en fut de même avec le microscope opératoire [16].

La chirurgie de l'otite chronique muqueuse à tympan fermé

Elle mérite une place à part si tant est que la mise en place d'un aérateur soit un acte chirurgical. Il est intéressant de rappeler que cette chirurgie naquit vers le milieu du siècle dernier et subit une éclipse totale pendant plus d'un demi-siècle. Dès 1845, la mise en place d'une canule en or [17] fut essayé pour maintenir l'ouverture tympanique. En 1860, Bonnafont montrait l'intérêt d'un tel aérateur et en créait plusieurs modèles (fig. 1 et 2).

Un peu plus tard, Politzer proposait un aérateur en caoutchouc durci. Mais dès la fin du siècle, ce traitement était seulement mentionné par quelques auteurs et abandonné par la plupart. Il fallut attendre 1954 pour que Armstrong redécouvre ce procédé.

CONCLUSION

Il est intéressant de comparer l'histoire des trois thérapeutiques chirurgicales de l'oreille qui concernent les otites chroniques avec otorrhée, les otites chroniques à

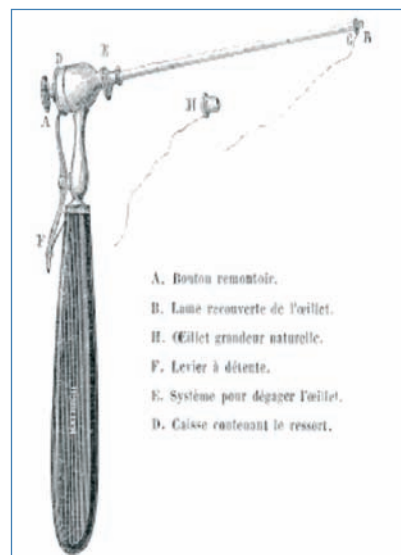


Figure 1 : Oeillet de Bonnafont et l'emporte-pièce pour le mettre en place (in 17).

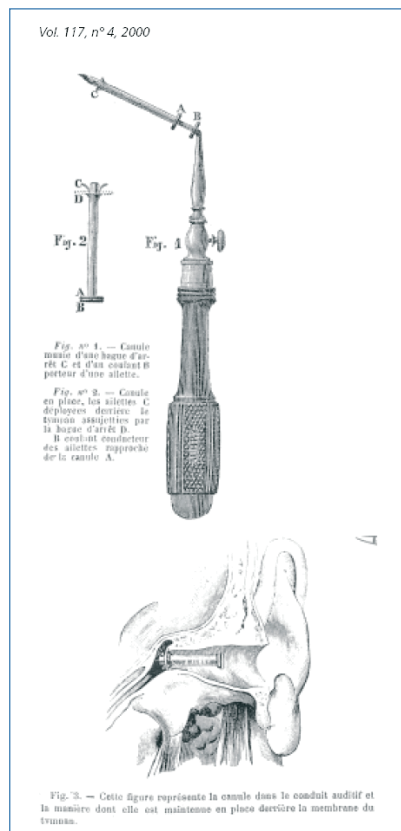


Figure 2 : Canule de Bonnafont (in 18), ancêtre du "T tube".



tympan fermé, et la chirurgie de l'étrier, nées au siècle dernier.

Seule la chirurgie de l'otite chronique avec otorrhée s'est développée tout au cours du siècle, alors que les deux autres connaissaient une longue période d'occultation.

Mais dès le début des années 60, ces trois types de chirurgie connurent un essor qui n'a pas encore fléchi. S'il n'est pas possible de prévoir l'avenir, on peut cependant penser que les nouvelles conceptions concernant l'inflammation chronique de l'oreille moyenne auront des répercussions sur les attitudes thérapeutiques.

RÉFÉRENCES

1. GOMPERZ B. De l'amélioration des troubles de l'audition, suites d'otite suppurée. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx 1902;28:297-326.
2. LERMOYER M. Thérapeutique des maladies de l'oreille M. Lermoyez et M. Boulay Tome II Octave Doin Ed. Paris, 1901, p.83.
3. BROCA A. Opérations sur l'apophyse mastoïde. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx 1895, 21.
4. MALHERBE A. L'évidement pétro-mastoïdien dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne ». Thèse Paris 1895, Société d'Éditions scientifiques Ed. Paris, 142 p.
5. SAPPEY Ph. Traité d'anatomie descriptive, 4 ème édition, Tome III ; Paris Lecrosnier et Babé Eds 1889, 870 p.
6. LAURENS G. La chirurgie de la surdité. Le procès de l'otite scléreuse devant le congrès d'otologie de 1900. Extrait de la presse médicale 1901, no 32, 20 avril Georges Carré et C. Naud Ed. Ed. Paris, 1901, 42 p.
7. LAURENS G. Le traitement rationnel de l'otorrhée. Extrait de la PresseM dicale no 103, 27 décembre 1899. Georges Carré et C. Naud Ed. Ed. Paris, 1899, 32 p.
8. LERMOYER M, BOULAY M, HAUTANT A. Traité des affections de l'oreille. Tome I, Paris Octave Doin 1921, 436 p.
9. AUBRY M, LEMARIEY A. Précis d'oto-rhino-laryngologie. Paris Masson Eds 1949, 131-54 p.
10. LERMOYER M. Rhinologie, otologie, laryngologie. Enseignement et pratique de la faculté de médecine de Vienne. Paris, Georges Carré Eds. 1894, 539 p.
11. RAMADIER JA, Eyri s Technique de l'évidement antro-attical. Annales d'oto-laryngologie, 1942;10, 11, 12: 157-66 et 1943;1, 2, 3 :1-9.
12. SOURDILLE M. Le traitement chirurgical conservateur des suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Atticotomie et atticotympanotomie transmastoidienne. Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx 1929;48:690-9.
13. LEGENT F. La tympanoplastie et Maurice Sourdille. Annales Otolaryngol Chirurgie Cervicofac,2000;117,215-9
14. SOURDILLE M. Notes manuscrites au cours d'un séjour à Vienne en juin-juillet 1914.
15. BOTEY R. La trépanation de l'oreille et du crâne au tour électrique. Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx 1907;33:20-38.
16. LEGENT F. Le microscope opérateur et Maurice Sourdille. Ann Otolaryngol Chirurgie Cervicofac,2000;117,210-4
17. LÉVI M. Des divers moyens proposés pour maintenir ouverte une perforation chirurgicale de la membrane. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1975;1:349-56.
18. BONNAFONT JP. Notes sur un cas de surdité ancienne, rebelle à tous les traitements ordinaires, guérie radicalement par la trépanation de la membrane du tympan pratiqu e par un nouveau procédé. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1877;3: 251-4.

MYRTINE BERAL
contre
la MUCOPURULENCE BRONCHO-PULMONAIRE,
l'HYPERSECRETION BRONCHIQUE, les CATARRHES
CHRONIQUES, les infections BRONCHO-PULMONAIRES

AMPOULES
2 cc., 1 à 2 par jour en injections hypodermiques ou intra-musculaires

SUPPOSITOIRES
adultes et enfants, 1 à 2 par jour

GOUTTES
10   40 gouttes par jour dans un peu de lait « per os » ou en lavement

**CHLORURE DE CALCIUM
ET EXTRAIT
HÉPATIQUE**

H PATICALCION

Réduction du temps de
coagulation
H mostas  préventive

**Laboratoires
GRÉMY**
14, rue de Clichy, PARIS (9^e)



Un siècle d'otospongiose ou « le siècle » de l'otospongiose ?

Pr. Jacques TROTOUX

Service ORL, Hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, 75015 Paris.

Peu d'affections ont suscité autant de polémiques et de passion dans notre discipline que l'otospongiose ne le fit pendant ce siècle. En réalité si la connaissance anatomo-pathologique et physio-pathologique (à des détails près) de l'affection était déjà bien connue à la fin du XIX^e siècle et n'est donc peu ou pas concernée par ces discussions, c'est l'approche chirurgicale qui cristallise toutes les préoccupations.

Tout commence après les premiers essais d'action directe sur l'étrier à la fin du siècle dernier et les condamnations sans appel qui en résultent. « Il n'y a aucun avenir dans la chirurgie de la surdité » dira Denker en 1904 ; cela bloquera les recherches pendant au moins vingt ans, mais correspondait probablement à une attitude raisonnable, dès lors que le sujet n'était pas « mûr » et les moyens non réunis (instrumentation, microscope, lutte contre une éventuelle infection, etc.). Bientôt cependant, c'est-à-dire au cours du deuxième quart du siècle, un certain nombre de pionniers et en particulier le Français Maurice Sourdille vont s'efforcer de contourner l'obstacle de l'étrier et ceci va aboutir à la fenestration qui sera reprise aux Etats-Unis par Julius Lempert, faisant oublier au moins outre-Atlantique le point de départ européen de l'approche labyrinthique.

La deuxième moitié du siècle sera directement et rigoureusement stapédienne, mais cette fois les passions vont se concentrer sur l'importance de l'ouverture de la fosse ovale, (platinectomie totale, platinectomie partielle, platinotomie), sur la façon de transmettre les vibrations (tube, piston), sur le matériau (acier, polyéthylène, téflon, carbone), sur la forme, la taille, le calibre de la prothèse, qui permet par sa diversité la satisfaction d'amours propres patronymiques multiples, tandis que la diffusion du Laser met actuellement en cause les habitudes chirurgicales établies mais difficiles à transmettre et à conserver dès lors que le recrutement individuel diminue pour des tas de raisons (épuisement définitif des "réserves" opérables, multiplication des opérateurs, etc.).

L'excellence des résultats généralement obtenus, limite paradoxalement la portée des espoirs d'amélioration qui deviennent très marginaux, mais ceci ne doit pas faire oublier qu'il s'agit d'une maladie héréditaire et que les progrès de la génétique ouvrent peut-être aujourd'hui d'autres perspectives.

LA MALADIE OSTOSPONGIEUSE AU DÉBUT DU SIÈCLE

Connaissances anatomiques

Elles reposent comme dans presque tous les domaines de l'anatomie sur les découvertes des grands anatomistes italiens du XVI^e siècle :

- André Vesale, (1514-1564), décrit d'abord l'enclume et le marteau qu'il compare curieusement à l'os de la cuisse ;

- Gian Fillipo Ingrassia, (1510-1580), découvre et décrit l'étrier ;

- Gabriel Fallope, (1523-1563), publie en 1561 « Observationne anatomicae » avec description complète des osselets et de leurs connexions ;

- Ambroise Paré, (1510-1590), commence à entrevoir le rôle du tympan et des osselets ;

- Antonio Maria Valsalva, (1666-1723), Professeur d'Anatomie à l'Université de Padoue publie en 1704 « de Aure Humana Tractus »,

après avoir disséqué plus d'un millier de crânes et observé sur le cadavre l'ankylose de l'étrier [1].

Etape physio-pathologique et anatomo-pathologique

Il faut attendre la deuxième moitié du XIX^e siècle pour que Toynbee en 1860 fasse le rapprochement de l'ankylose de l'étrier découverte par Valsalva un siècle et demi plus tôt et la surdité de transmission qui en résulte.



Adam Politzer à Vienne décrit en 1893 les signes cliniques de l'otospongiose et surtout les lésions anatomopathologiques d'otosclérose [2. Von Tröltzsch avait décrit la tympanosclérose en 1873.

Les premières tentatives chirurgicales

Les premiers essais chirurgicaux sont menés par Kessel en 1876 [3] après que celui-ci ait constaté un retour de l'audition chez un sujet ayant eu une fracture du canal semi-circulaire externe.

Malgré les difficultés, l'absence d'instrumentation adaptée, de grossissement, ces tentatives se multiplient avec Moure [4] (1880), Boucheron [5] (1888), Miot [6] (1889), Faracci [7] (1889) et se portent naturellement d'emblée sur l'étrier, préfigurant en réalité l'approche de la deuxième moitié du siècle ; il s'agit déjà de mobilisation de l'étrier, voire de tentative de stapédecotomie totale. Les résultats sont parfois surprenants, toujours incomplets, rarement durables, mais parfois bien sûr dramatiques, ce qui va entraîner une mise au point sévère des « autorités officielles » de l'époque.

Les condamnations de la fin du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle

En 1894 au Congrès International de Médecine de Rome [8], Moure, Politzer, et Cozzolino de Naples, portent une condamnation totale sur la chirurgie de l'étrier et sur la chirurgie de la surdité en général.

En 1900 Siebenmann et Ricardo Botey, au Congrès International de Médecine de Paris confirment cette condamnation sans appel [9].

Denker déclare en 1904 : « il n'y a aucun avenir dans la chirurgie de la surdité ».

Dès lors personne ne peut plus envisager de braver ce « noli me tangere

» officiel, et pendant vingt ans il n'y aura plus aucune tentative chirurgicale quelle qu'elle soit, les otologistes se réfugiant mollement au laboratoire sans qu'émergent d'avancées rigoureusement contrôlées et scientifiques. La peur d'une action directe sur l'étrier durera un demi-siècle, et sera un des éléments des actions indirectes qui vont conduire au choix de la fenestration de Sourdille.

LA FENESTRATION SOLUTION DE LA PREMIÈRE MOITIÉ DU SIÈCLE

Puisqu'on ne peut toucher à l'étrier, on va s'efforcer de trouver d'autres moyens pour permettre aux vibrations sonores d'atteindre l'oreille interne ou plus exactement pour améliorer le « rendement » auditif.

C'est en 1910 que Robert Barany, qui recevra le Prix Nobel de Médecine et de Physiologie en 1914, expose en détail à la Société de Médecine de Vienne [10] le résultat de ses recherches sur le tympan artificiel, qui est en réalité une boulette de coton imprégnée d'huile de vaseline dont il tentait de préciser la position optimale dans le fond de caisse et l'efficacité en fonction de celle-ci.

Il rapportait l'expérience suivante : lorsqu'on instille dans une oreille ouverte une ou deux gouttes de mercure, et l'on bascule la tête du patient, il arrive un moment où l'on observe une considérable augmentation de l'audition. Ce moment correspond à l'obturation de la fenêtre ronde par le mercure. En revanche si le mercure obture à la fois la fenêtre ronde et la fenêtre ovale, l'amélioration de l'audition disparaît en totalité, et réapparaît lorsque la fenêtre ronde est dégagée et la fenêtre ovale obturée. Barany en concluait qu'il ne fallait pas que l'onde sonore frappe en même temps les deux fenêtres labyrinthiques avec la même intensité, comme cela est,

d'ailleurs physiologiquement, puisque l'impulsion sur la fenêtre ovale par l'intermédiaire du système tympano-ossiculaire est bien plus importante que celle qui se produit sur la fenêtre ronde.

Lorsqu'il n'y a ni tympan, ni osselets, on peut donc améliorer considérablement l'audition en obturant une des deux fenêtres avec une boulette de coton huilée à condition qu'un peu d'air soit emprisonné entre la boulette et la membrane obturatrice. C'est ce que l'on va appeler le tympan artificiel.

En fait il faut donner aux liquides labyrinthiques, par définition incompressibles, la possibilité d'un mouvement induit par la pression sur une des fenêtres, et compensé par le mouvement de l'autre ; d'où l'idée de créer une fistule ou fenêtre en un autre point du labyrinthe, à défaut de le faire au niveau de la fosse ovale. Il faut ajouter que la peur de l'infection de la caisse est très grande ce qui va expliquer les premiers choix de site de trépanation labyrinthique ou la multiplication des temps opératoires.

L'opération de Barany

Barany choisit de trépaner le canal semi-circulaire postérieur à travers la mastoïde. La trépanation proprement dite est faite à la gouge. La première opération est réalisée le 8 août 1910, l'amélioration de l'audition est manifeste mais éphémère. Elle ne dure que quelques jours.

Plus tard Barany tentera la trépanation du canal semi-circulaire externe, en essayant de maintenir l'ouverture par de la graisse et une boulette de gutta percha, sans succès durable.

L'opération de G. Holmgren, 1917 [11]

Holmgren porte son choix sur le canal semi-circulaire supérieur



abordé par voie endo-crânienne sus-pétreuse. L'ouverture du canal se fait à la fraise. Il semble que l'absence de résultat durable, et l'importance de l'opération font que son auteur va s'orienter successivement vers l'ouverture du promontoire (technique déjà proposée sans grand succès par Passow), puis le canal semi-circulaire externe.

Malheureusement là encore le gain obtenu ne se maintient pas malgré un résultat initial tout à fait satisfaisant et le problème reste entier.

L'apport de Maurice Sourdille : la Tympano-labyrinthopexie en trois temps [12-16]

Maurice Sourdille a connaissance des travaux de Holmgren à travers une communication au Congrès International d'Oto-rhino-laryngologie de Paris en 1922, et se rend donc à Stockholm pour rencontrer celui-ci.

De retour en France il va patiemment mettre au point une opération en trois temps : la tympano-labyrinthopexie (le mot fenestration sera employé plus tard) :

- le premier temps est une mastoïdectomie élargie à l'attique avec résection de la tête du marteau. Les cavités sont soigneusement tapissées par des lambeaux du conduit pour isoler la caisse ;

- le deuxième temps est réalisé quelques mois plus tard quand l'épidermisation est parfaitement obtenue et désignée sous le terme de substitution des lambeaux, qui consiste à préparer par un lambeau tympanométal large la couverture ultérieure de la fistule ;

- le troisième temps est la fenestration proprement dite, effectuée à l'aide d'une sorte de grattoir sur la face supérieure de la boucle du canal semi-circulaire externe et

immédiatement recouverte par le lambeau.

Les résultats de cette intervention furent assez rapidement très satisfaisants, reproductibles et surtout se révélèrent durables. Ils furent présentés pour la première fois à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris le 16 décembre 1929, il y a donc exactement 70 ans, et en 1935 firent l'objet du rapport du Congrès de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie illustré par l'expérience de 109 cas.

En 1937 Sourdille se rend aux Etats-Unis et présente d'abord un exposé théorique de l'intervention et les résultats obtenus devant la section otologique de l'Académie de Médecine de New-York.

Cet exposé sera l'objet d'une publication dans le bulletin new-yorkais de l'Académie de Médecine. Il réalise aussi une série de démonstrations sur pièces anatomiques, mais ne peut faute de temps faire de réelles démonstrations opératoires sur le vivant, avec le contrôle des résultats puisque l'intervention comporte trois temps espacés par quelques semaines ou mois.

Cette démonstration n'entraîne qu'un succès d'estime, malgré une extension du voyage vers Chicago, puis vers le Canada, mais Julius Lempert en a compris le sens et substituera bientôt aux trois temps de Sourdille une opération en un temps qui s'imposera d'abord aux Etats-Unis, puis se généralisera plus tard de par le monde.

En France, des modifications sont proposées, en particulier l'utilisation de peau libre (paupière inférieure) par Moulouguet pour recouvrir la fenêtre. Sourdille lui-même « explore » une technique en deux temps, voire en un temps, mais reste longtemps convaincu de la supériorité de la technique prin-

ceps dont il juge les résultats de meilleure qualité et surtout beaucoup plus durables.

La technique de Lempert : la vulgarisation mondiale

Lempert [17] réalisera dans l'autre sens, un voyage en Europe, auprès de Holmgren et de Sourdille, et publiera très vite en 1938 dans Archives Otolaryngologie une « technique chirurgicale nouvelle en un temps d'amélioration de l'audition dans l'otospongiose ».

Cette technique simplifie bien évidemment considérablement la prise en charge, mais en réalité est extrêmement proche de la technique de Sourdille (qui n'est pas citée). La fenêtre est recouverte d'un lambeau tympano-métal créé sur l'instant et dont l'application est facilitée par l'ablation de l'enclume. L'autre différence réside dans l'utilisation d'un abord endaurale transmétal du canal semi-circulaire externe.

Petit à petit cette intervention va s'imposer et reviendra en Europe en 1945 puis sera diffusée dans le monde entier. En 1947, Ombredanne, Aubin et Clerc font état d'une technique encore plus simple avec sacrifice de tout le système tympano-ossiculaire, véritable évidemment radical, et création d'une fistule du canal semi-circulaire recouverte par une greffe libre de peau totale pour Ombredanne, greffe dermo-épidermique mince de 3 à 4 dixième de millimètre d'épaisseur pour Aubin et Clerc. Les diverses techniques vont un temps encore se chevaucher et se concurrencer, mais le temps n'est pas loin du retour à l'action directe sur l'étrier. On entre dans la deuxième moitié du XX siècle.



LA DEUXIÈME MOITIÉ DU XX^e SIÈCLE : L'ÉTAPE STAPÉDIENNE ET SON ÉVOLUTION

La mobilisation de l'étrier

Alors que la fenestration semble désormais donner toute satisfaction, alors que la technique de Lempert est revenue en France après la guerre, et que l'on s'efforce d'en simplifier la technique et d'en améliorer les performances, Samuel Rosen [18] à New-York en 1953 reprend les interventions de Miot et de Boucheron de la fin du siècle dernier, et réalise une mobilisation de l'étrier avec grand succès. Il précise la technique qui donne de meilleurs résultats immédiats que la fenestration, mais dont le succès n'est pas définitif, dès lors que l'étrier mobilisé va tendre à se refixer. On appellera longtemps cette mobilisation, l'opération de Rosen première manière, l'auteur lui-même s'étant ultérieurement orienté vers la stapéctomie.

Fowler [19] propose de mobiliser la partie postérieure de la platine après avoir sectionné la branche antérieure et "poinçonné" la platine en son milieu. Il s'appuie sur la fréquence dominante du siège antérieur de l'ankylose.

P. Clerc en France, réalise une technique dite du timbre poste, par un poinçonnage péri-platinaire qui permet d'étendre les indications et les possibilités de la mobilisation.

Les premières tentatives de stapéctomie

Tandis que la fenestration et la mobilisation de l'étrier se disputent désormais l'intérêt des otologistes avec des arguments très forts, John Shea réalise en 1956 la première stapéctomie totale avec interposition veineuse, utilisant un étrier artificiel en

nylon pour rétablir la transmission entre l'enclume et l'étrier. Très vite il préconisera un tube en polyéthylène préparé, taillé et adapté sur l'instant connu sous le nom de tube de Shea [20].

Cette technique va rapidement supplanter toutes les autres méthodes et s'imposer, jusqu'à sa mise en question par Shea lui-même en 1960, qui préconisera une platinotomie avant de revenir à la spadéctomie.

L'évolution de la stapéctomie

Technique de stapéctomie

Il n'y a pas de grandes variantes. Tous les auteurs s'accordent à la création d'un trou de sécurité dans la platine qu'il faut effectuer avant toute action sur l'étrier. Les branches sont enlevées après section du tendon de l'étrier et désarticulation incudo-stapédienne. Cette ablation des branches est effectuée au crochet, et peut entraîner une stapéctomie d'emblée en cas de platine peu fixée.

On s'accorde généralement dans le cadre des platinectomies totales à admettre qu'il vaut mieux laisser en place la partie tout antérieure de la platine si l'importance de la fixation à ce niveau, rend périlleux son ablation.

En fait cette technique n'a pas véritablement évolué depuis Shea [21] qui en avait parfaitement établi le principe.

Technique d'interposition

En cas de platinectomie totale ou presque totale, une interposition est nécessaire pour fermer la fosse ovale, éviter les fuites de liquide labyrinthique, et le flottement de l'extrémité du piston dans la fenêtre ovale.

La nature de cette interposition est variable :

- initialement Shea a préconisé l'interposition veineuse à partir d'une veine prise sur le dos de la main ; la

veine est ouverte sur sa longueur ; l'endoveine tournée vers la caisse ;

- cette technique de l'interposition veineuse est toujours très pratiquée, mais beaucoup d'auteurs utilisent aujourd'hui un fragment d'aponévrose temporale, prise au niveau des lèvres de l'incision en cas d'incision endaurale de Shambaugh. Le procédé a l'avantage de la commodité, de la rapidité, et ne semble aucunement modifier le résultat ;

- on a pu proposer aussi une interposition de périchondre.

Technique de rétablissement de la continuité

C'est avec la taille de l'ouverture labyrinthique, l'élément le plus fréquent de discussion, et les formes proposées pour la prothèse sont extrêmement variées. Mieux vaut sans doute en préciser les principes : - Shea avait utilisé le tube en polyéthylène légèrement taillé en biseau, pour s'appliquer sur la fosse ovale et ouvert « en ailette » pour s'adapter à l'apophyse lenticulaire. Ce tube présente plusieurs avantages : absence de coût, parfaite coïncidence avec l'axe de l'apophyse lenticulaire, mais risque de déplacement secondaire élevé ;

- Schuknecht [[22]] a proposé une prothèse métallique comportant à son extrémité distale une boucle dans laquelle est incluse un fragment de graisse ou de tissu conjonctif qui est « serti » en quelque sorte dans la boucle. De ce fait, cette graisse ou ce tissu conjonctif constitue en même temps l'interposition. Le procédé a l'avantage de son faible coût puisqu'il peut être préparé extemporanément avec du fil d'acier, ou du fil de Tantale. Le risque est représenté par la nécrose possible de la branche descendante de l'enclume, il peut se retrouver trop serré par le fil métallique et dévascularisé ;

- M. Portmann [23] a proposé un moment l'utilisation de la branche

postérieure de l'étrier, déplacée vers l'avant, conservant ainsi l'articulation incudo-stapédienne au prix il est vrai d'une manipulation difficile et qui ne peut être toujours réussie lors des interventions.

En fait les procédés les plus utilisés sont actuellement représentés par les pistons en téflon, avec des discussions qui portent essentiellement sur le calibre du piston. En cas de platinectomie totale ou subtotale, on utilise des pistons qui vont de 4/10 à 8/10, le plus utilisé étant sans doute le 6/10 de millimètre. On a remarqué que les pistons trop étroits, 3/10 de millimètres, transmettaient mal les fréquences graves.

Nous utilisons pour notre part le piston-cup en téflon, auquel nous trouvons beaucoup d'avantages.

La platinotomie

Dès 1960 Shea propose une platinotomie avec mise en place d'un piston trans-platinaire et abandonne bientôt la technique.

H. Martin [[24]] propose en 1963 une platinotomie calibrée, le trou réalisé devant être à la dimension du piston et les résultats font l'objet de la thèse de Jean Elbaz en 1982, portant sur 3923 interventions.

Cette technique se répand à travers la publication des divers résultats qui semblent montrer une meilleure tenue à long terme dès lors de l'ouverture du labyrinthe a été moins importante. L'apparition des techniques « laser » ne peut que favoriser sa diffusion.

On en rapprochera la technique de platinotomie avec interposition proposée par J.B. Causse [[25]]. Elle consiste à réaliser une platinotomie de 0,8 mm (au besoin au laser) avec une prothèse de 0,4

mm, en obturant l'orifice par un greffon veineux, comme dans l'interposition sur platinectomie. Cette technique assure évidemment une parfaite étanchéité en limitant le traumatisme platinaire et paraît particulièrement séduisante.

Les Techniques laser

Les différents lasers

On dispose actuellement de trois types de laser dans ce domaine : le laser Argon le premier utilisé, le laser KTP, le laser CO₂ :

- le laser Argon a une longueur d'onde de 488 à 514 nanomètres ;
- le laser KTP a une longueur d'onde de 532 nanomètres.

Ces deux lasers, sont extrêmement maniables et précis, et le rayon coloré permet d'ajuster parfaitement le geste microscopique de l'ouverture de la platine puisqu'on voit réellement le rayon ;

- le laser CO₂ dont la longueur d'onde est de 10,600 nanomètres, n'a pas de rayon coloré. Il doit donc être doublé par un laser de visée à l'hélium. Il n'y a pas toujours exacte coïncidence entre les deux faisceaux ce qui peut aboutir à des dysfonctionnements. Par contre le laser CO₂ a l'avantage d'être absorbé par l'eau et les liquides incolores, ce qui limite considérablement le risque d'échauffement au niveau du labyrinthe que l'on reproche aux deux premiers.

De plus c'est un laser dont disposent à peu près tous les services d'ORL. Et en réalité le risque de non-concordance entre le rayon Hélium et le rayon laser proprement dit est actuellement très limité depuis l'apparition de micro-manipulateurs qui suppriment les miroirs et les lentilles de transmission et améliorent le rendement optique.

Utilisation du laser dans l'otospongiose

Les polémiques

Les premiers résultats de l'utilisation du laser sont publiés en 1980 par Perkins [[26]], à propos de 11 interventions, et l'auteur s'en montre très satisfait. Il utilise le laser Argon et réalise une platinotomie par impacts circulaires en « rosettes ».

Dix ans plus tard Mac Gee [[27]] conforte largement ces premiers résultats et se montre particulièrement enthousiaste sur l'intérêt de la technique.

Entre temps plusieurs auteurs avaient émis d'importantes réserves en particulier M. Portmann en 1981, et surtout Gantz en 1982 [[28]], qui avaient démontré expérimentalement le risque de perforation sacculaire chez le chat.

Les publications de Lesinski [[29]], appuyées sur un long travail expérimental (1989) et sur une expérience clinique importante (1993), semblent de ce point de vue très rassurantes pour ce qui concerne l'utilisation du laser CO₂. Mieux elles autorisent son application dans le cadre des révisions de stapédectomies dont on connaît par ailleurs les difficultés en technique conventionnelle.

La technique ou ce que permet le laser

- *La section du tendon de l'étrier*, atraumatique et sans saignement. On peut s'interroger sur son intérêt dès lors que les techniques classiques aux microciseaux ou au crochet ne nous semblent pas présenter de réelles difficultés, il est vrai avec l'expérience.

- *La section de la branche postérieure de l'étrier* et parfois de la branche antérieure (qui n'est pas toujours techniquement possible).



- La platinotomie calibrée, soit par perforation directe, progressive agrandie ou non au microcrochet, soit selon la technique dite en « rosettes » ou en « timbre poste » qui permet d'isoler un microdisque platine et de le récupérer. L'intérêt principal réside ici dans l'absence de traumatisme, et de risque d'enfoncement de la platine.

Il faut cependant être très vigilant, du moins en ce qui concerne les lasers Argon et KTP, sur le risque d'échauffement des liquides labyrinthiques et respecter les règles expérimentalement établies, tant en ce qui concerne la puissance, le mode, et le calibre du spot, le temps de l'impact que du respect de l'intervalle libre entre deux impacts permettant le refroidissement.

Une technique originale, mini-invasive, a été décrite par H. Silverstein [30] sous la dénomination de Technique laser Stamp (Laser Spadedotomy minus prosthesis).

Elle rappelle la technique de Fowler et n'est applicable qu'aux blocages limités à la partie toute antérieure de la platine, au niveau de la fissula ante fenestram, il est vrai les plus fréquents.

L'auteur propose de vaporiser d'abord plus ou moins partiellement la branche antérieure de l'étrier (ce qui n'est pas toujours possible), puis de réaliser une platinotomie linéaire à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de la platine, qui se trouvent ainsi isolés par rapport au point de fixation. La « tranchée » est alors obturée avec de la graisse.

L'auteur qui utilise le laser Argon admet que cette élégante et atraumatique technique n'est applicable qu'à quelques cas privilégiés et qu'elle ne met pas à l'abri d'une re-fixation ultérieure obligeant alors à utiliser une technique plus classique.

LE XXI^e SIÈCLE SERA-T-IL LE SIÈCLE DE LA PRISE EN CHARGE GÉNÉTIQUE ?

Il est toujours difficile de préjuger de l'avenir comme ce texte en est l'illustration. Au début du XX^e siècle on ne voyait aucun avenir dans la chirurgie de l'étrier. Au début du XXI^e siècle il serait sans doute imprudent d'élaborer une théorie d'éradication génique de l'affection, plus encore d'imaginer un calendrier d'action.

Cependant les études génétiques déjà réalisées et en particulier l'étude de Tomek M.S. [31] ont permis de localiser avec précision sur le chromosome 15q (15q25-q26) le gène de l'otospongiose. Cette localisation, outre qu'elle renforce, ou plutôt confirme le caractère héréditaire de l'affection, ouvre indiscutablement des perspectives de thérapie génique à plus ou moins long terme. Mais ceci reste encore du domaine de la prospective et sort indiscutablement du cadre de notre sujet.

Références

- [1] V asala AM. De aure humana tractus. Bologna, 1704.
- [2] P olizer A. Über Primare Erkrankung der Knochnern Labyrinth Kapsel. Z. Ohrenheilkd 1893; 25: 309-29.
- [3] K essel J. Über das Mobilisieren des Steigbugels durch Ausschneiden des Trommelfelles, Hammers und Amboss bei undurchgankelijkheit der Tuber. Arch Ohrenheilkd 1878; 13: 69-88.
- [4] M oure EJ. De la mobilisation de l'étrier. Rev Laryngol 1880; 7: 225-33.
- [5] B oucheron E. La mobilisation de l'étrier et son procédé opératoire. Union Med 1888; 46: 412-6.
- [6] M iot C. De la mobilisation de l'étrier. Rev Laryngol 1890; 10: 49-54.
- [7] F araci G. Importanza acustica e funzionale della mobilizzazione della stoffa ;

Resultati di una nuova serie di operazioni. Arch Ital Otol 1899; 9: 209-21.

[8] Congrès International de Médecine Rome 1894. Traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche. Rapport. Discussion Cozzolino, Politzer, Vacher.

[9] Congrès International de Médecine de Paris 1900. Traitement Chirurgical de la Sclérose otique. Rapport. Discussion. G. Laurens, A. Malherbe, Miot, Suarez de Mendoza, Politzer.

[10] B arany R. Versuche zur exacten Demonstration und Erklärung der Wirkung des Kuns Hichen Trommelfells (Gesellschaft der Aerzte in Wien Sitzung von 6 mai 1910).

[11] H olmgren G. Till Otosclerosens Kirurgiska behandling. Nord-tidskr Oto Rhino Laryng Bd 1917; ii .

[12] S ourdille M. Nouvelles techniques chirurgicales pour le traitement des surdités de conduction ou ostosclérose. Présentation d'opérée. Société d'otologie des Hôpitaux de Paris, 16 décembre 1929. Académie de médecine 17 décembre 1929.

[13] S ourdille M. Traitement chirurgical de l'ostopongiose. Rapport Congrès Société Française d'Oto Rhino Laryngologie, Paris 1935.

[14] S ourdille M. New technique in the Surgical treatment of severe and progressive deafness from otosclerosis. Bull NY Acad Med 1937; 13: 673.

[15] S ourdille M. Traitement chirurgical de l'ostopongiose. Monographie Masson et Cie Editeurs Paris 1948.

[16] S ourdille M. Tendances évolutives de la fenestration. Monographies Oto-Rhino-Laryngologiques Internationales. Masson et Cie Editeurs, Paris 1955.

[17] L empert J. Improvement of hearing in otosclerosis a new stage surgical technique. Archiv Otol 1939; 28: 42.

[18] R osen S. Restoration of hearing in otosclerosis by mobilization of the fixed stapedial footplate. An analysis of results. Laryngoscope 1955; 65: 224-69.

[19] F owler EP. Anterior crurotomy and

mobilisation fo the ankylosed stapes footplate. Acta Otolaryng 1956; 46: 319.

[20] S hea JJ. Fenestration of the oval window. Ann Otol St-Louis 1958; 67: 932-51.

[21] S hea JJ. Thirty Years of stapes surgery. J Laryngol Otol 1988; 102: 14-9.

[22] S chuknecht HF. The metal prothesis for Stapes antylosis. Arch Otolaryngol 1960; 71: 287-95.

[23] P ortmann M. Traitement chirurgical de l'otospongiose, les différentes techniques et leurs critiques. Acta Oto Rhino Laryngologica Belgica 1981; 35: 458-65.

[24] M artin H. De la technique du Piston Téflon Transplatinaire dans la chirurgie de l'otospongiose. Thèse Elbaz Jean Lyon 1982.

[25] C ausse JB, G herini S, H orn KL. Surgical treatment of stapes fixation by fiberoptic Argon laser stapedotomy with reconstruction of the annular ligament. The Otolaryngologic Clinics of North America 1993; 26: 395-416.

[26] P erkins R. Laser Stapedotomy for otosclerosis. Laryngoscope 1980; 90: 228-41.

[27] M c G ee. Laser applications in ossicular surgery. The Otolaryngologic Clinics of North America 1990; 1: 7-18.

[28] G antz BJ, J enkins HA, K ishimoto S, F ish U. Argonlaser Stapedotomie. Ann Otol Rhinol Laryngol 1982; 91: 25-16.

[29] L esinski SG, S tein JA. CO 2 Laser stapedotomy. Laryngoscope 1989; 99 (suppl 46) : 20-4.

[30] S ilverstein H. Laser Stapedectomy minus prothesis (laser STAMP), a minimally invasive procedure. Am J Otol 1998; 19 (3) :277-82.

[31] T omek MS, B rown Mr, M ani SR, et coll. Localisation of a gene for otosclerosis to chromosome 15q25-q26. Hum Mol Genet 1998; 7 (2):285-90.



Tanganil

Acétyl-leucine **500mg**

Jusqu'à 6 semaines de traitement
3 à 4 comprimés en 2 prises matin & soir

La durée du traitement, variable selon l'évolution clinique,
est comprise entre 10 jours et 5 à 6 semaines

Traitement symptomatique
de la crise vertigineuse



COMPOSITION : Acétyl-leucine 500 mg - Excipients : amidon de blé, amidon de maïs pré-gélatinisé, carbonate de calcium, stéarate de magnésium, pour un comprimé de 700 mg. - **FORME PHARMACEUTIQUE** : comprimé - **INDICATION THÉRAPEUTIQUE** : Traitement symptomatique de la crise vertigineuse. **POSOLOGIE ET MODE - RÉSERVÉ À L'ADULTE** - 1,5 à 2 g par jour, soit 3 à 4 comprimés en 2 prises matin et soir. La durée de traitement est variable selon l'évolution clinique (entre 10 jours et 5 à 6 semaines) ; au début du traitement ou en cas d'insuccès, la posologie peut être augmentée sans inconvénient jusqu'à 3 g et même 4 g par jour. CTJ = 0,56 € à 0,74 €. - **GROSSESSE ET ALLAITEMENT** : Compte tenu des données disponibles, il est préférable, par mesure de prudence, de ne pas utiliser l'acétyl-leucine au cours de la grossesse quel qu'en soit le terme. En effet, les données cliniques sont rassurantes mais encore limitées et les données animales ne permettent pas de conclure. En l'absence de données disponibles, il est préférable de ne pas utiliser l'acétyl-leucine pendant l'allaitement. - **EFFETS INDÉSIRABLES** : Très rarement : éruptions cutanées (parfois associées à un prurit), urticaire. **PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES** : ANTIVERTIGINEUX - Antivertigineux de mécanisme d'action inconnu. **PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES** : Après administration par voie orale, le pic de concentration plasmatique en acétyl-leucine est atteint après 2 heures environ. **PRÉSENTATION - PRIX** : AMM 338 457.3 (1992 révisée 02/07) : 30 comprimés sous plaquette thermoformée (PVC/Alu) Remb. Sec. Soc. à 35% - Collect. Prix : 5,57 €. - **DURÉE DE CONSERVATION** : 3 ans. - **PIERRE FABRE MÉDICAMENT** - Laboratoires PIERRE FABRE 45, place Abel-Gance 92100 BOULOGNE - Info. médic. : La Chartreuse 81106 Castres CEDEX - Tél : 05 63 71 45 00 - Pharmacovigilance : Tél : 01 49 10 96 18.



Pierre Fabre



Cent ans de vertiges

Pr. Claude PERRIN

Professeur des Universités, Ancien Chef du Service ORL, du CHU Nancy-Brabois
54000 Nancy

Naissance de l'objectivité expérimentale

En matière de vertiges et de troubles de l'équilibre, l'ère moderne débute avec J.E. Purkinje (1787-1869), anatomiste, histologiste, embryologiste et physiologiste tchèque qui fut un véritable visionnaire. Avant lui, les vertiges faisaient l'objet de débats philosophiques passionnés où s'était notamment illustré J. Offray de la Mettrie (1709-1751), mais ne suscitaient pas de recherches médicales. Par l'auto-observation des manifestations déclenchées par la rotation du corps et en fonction de différentes positions de la tête (1820-1826), J.E. Purkinje entre dans l'ère expérimentale objective de l'étude des vertiges et des troubles de l'équilibre. Il pense que ces manifestations fondent le cadre d'un chapitre particulier de la physiologie concernant la motricité affectée à nos relations avec le monde environnant sans, pour autant, parler encore d'équilibration ni de nystagmus. Il n'établit pas de relations avec les travaux de destructions labyrinthiques réalisés en 1824 par P-M.J. Flourens (1794-1867), et ses travaux resteront totalement ignorés jusqu'à leur traduction intégrale en 1918 !

C'est Vulpian (1526-1887) qui le premier emploiera le mot de nystagmus en 1861, bientôt suivi par les neurologues. P. Ménière (1799-1862) n'en fera pas mention dans les célèbres descriptions de la triade labyrinthique à laquelle son nom reste attaché.

L'attribution d'une fonction sensorielle affectée à l'équilibration aux différents canaux semi-circulaires est expressément formulée en 1870 par F.L. Goltz (1834-1902) à qui, en outre, doit être reconnu le mérite d'avoir observé la notion très féconde que la réhabilitation motrice de grenouilles ayant subi des exérèses étendues de cortex cérébral n'est complète que si les animaux ne sont pas entravés. Son élève et successeur à Strasbourg alors allemande, J.R. Ewald (1855-1921), réalise sur les canaux semi-circulaires du pigeon des expériences de stimulation basées sur la création de courant ampullipète et ampullifuge permettant d'établir les lois qui portent son nom. Il donnait consistance aux travaux convergents de J. Breuer (1842-1925), E. Mach et A. Crum-Brown établissant dans les années 1873-1874 que ces canaux semi-circulaires fonctionnaient comme un dispositif inertiel freiné par les frottements et dont la disposition orthogonale les rendaient aptes à enregistrer les mouvements de la tête dans les 3 plans de l'espace. Enfin, l'apparition d'un nystagmus au cours et à la suite de mouvements de rotation de la tête est clairement considérée comme la preuve d'un bon fonctionnement labyrinthique par Kreidl en 1892.

La labyrinthologie clinique

La clinique suivra avec retard. Schwabach rapporte un cas d'infection grave de l'oreille associé à un nystagmus en 1878. Lucae décrit le signe de la fistule labyrinthique en 1881 et, c'est Jansen qui, en 1894, dénonce le nystagmus comme signe d'appel chirurgical au cours

des labyrinthites à une époque où, en raison des risques chirurgicaux, les opérateurs étaient à la recherche d'un indice de gravité obligeant à intervenir. En 1904, Hennebert décrit le signe de la fistule inverse, interprété comme signe de laxité ligamentaire de l'articulation stapédo-vestibulaire dans la syphilis.

En fait, le départ de la labyrinthologie moderne devait s'effectuer à partir du nystagmus provoqué par une stimulation calorique, et c'est R. Barany (1876-1937) qui en a, à la fois, fondé les bases et assuré l'essor. Le constat de départ était le nystagmus observé lors des lavages d'oreille à l'eau froide et le premier argument décisif établi par Barany



a été l'inversion de la direction du nystagmus quand le lavage était effectué à l'eau chaude, ce qui a donné lieu à une note technique publiée à la Société d'Otologie de Vienne en 1905. Un travail dense de 104 pages devait faire suite l'année suivante, exposant une théorie cohérente du mécanisme du nystagmus reposant sur la création d'un courant endolymphatique d'origine thermoconvective. Un argument de poids était l'inversion de la direction du nystagmus provoqué par la bascule de la tête qui retournait du même coup le canal semi-circulaire intéressé par la stimulation calorique. Cette inversion, spécifique du nystagmus d'origine calorique, à l'exclusion des nystagmus d'origine rotatoire, galvanique ou pressionnelle, renforçait la démonstration. Barany s'est livré à un inventaire de toutes les situations donnant lieu à l'apparition de nystagmus et à sa recherche dans les affections cliniques à tropisme labyrinthique. Il a débordé ce cadre strict pour reconnaître les tumeurs développées sur le tronc du nerf auditif. On lui doit également la description du vertige positionnel avec son assistant Carlefors, la notion de position déclenchante et même le constat rapporté par certains patients que le maintien volontaire de la position critique pouvait avoir à terme un effet thérapeutique.

Les déviations segmentaires

Dès 1846, Romberg (1795-1873), considéré comme le fondateur de la neurologie, immortalise son nom en décrivant l'effondrement des malades atteints de *tabes dorsalis* lorsqu'on leur demande l'occlusion des yeux. M. Charcot décrira la déviation de la marche en 1874, Babinski et Weil la marche en étoile en 1913. En 1938, Unterberger proposera le piétinement sur place. Mais, c'est Barany qui décrit en 1906 la déviation des membres supérieurs et

l'épreuve de l'indication. La confrontation des résultats de la recherche de ces différents signes permet la séparation entre syndromes harmonieux (d'origine périphérique) et syndromes dysharmonieux (d'origine centrale).

Les épreuves instrumentales

Il appartenait à Barany de codifier l'épreuve calorique, épreuve reine pour celui qui avait échafaudé un système cohérent reposant sur elle. Il y pourvoit dès 1906 et propose d'emblée également la stimulation bilatérale simultanée. Utilisant un otogoniomètre et réglant la température de l'eau par un otocalorimètre, Brünnings, en 1911, codifie les 3 positions qui portent son nom, pour une observation optimale.

Bien plus tard, en 1942, Fitzgerald et Hallpike, soulignant la difficulté d'observer le début des secousses nystagmiques, proposeront de noter l'intervalle de temps séparant début de l'irrigation et fin du nystagmus (plus aisément observable). A cette époque, l'accord semble fait pour le choix de 37° et 44° comme températures de référence (il y a des exceptions, comme Kobrak par exemple). Les paramètres de référence sont essentiellement la durée et l'intensité (amplitude, fréquence, et, bientôt, vitesse angulaire de la phase lente), et, de façon diversement appréciée, la latence. Torek note qu'il y a culmination fréquentielle entre la 30 et la 60 seconde de l'épreuve codifiée d'Hallpike. Henrikson montre que cette période est aussi celle où la vitesse angulaire est la plus élevée. La nystagmographie computerisée tiendra compte de ces constats.

Organe inertiel, le labyrinthe n'est sensible qu'aux accélérations et non aux vitesses et la mise au point d'une épreuve rotatoire fiable souffrira longtemps de cette particularité. Au

terme d'une épreuve comptant 10 tours en 20 secondes comme le proposait Barany en 1906, l'opérateur observe deux effets intriqués : nystagmus per-rotatoire et nystagmus post-rotatoire. Buys, en 1909, remédiera partiellement à cet inconvénient en utilisant une accélération infraliminaire permettant d'atteindre la vitesse angulaire de l'épreuve précédente. L'arrêt brutal permet alors, en théorie, de n'observer que les effets de cette décélération brutale.

En 1948, Van Egmond, Groen et Jongkees proposeront une série d'épreuves, selon le modèle de protocole de Buys, explorant toute une gamme de vitesses angulaires. Etudiant réponses nystagmiques et sensation ressentie par le sujet, ils pensent ainsi appréhender durée et valeur de la déflectivité cupulaire et considèrent qu'ils réalisent ainsi une cupulométrie. Utilisant l'électronystagmographie en continu, Montandon, en 1954, propose une épreuve comportant une accélération angulaire constante et entretenue, avec recherche du seuil d'apparition du nystagmus. Après palier à vitesse constante, il réalise soit décélération régulière, soit arrêt brusque.

Mais c'est l'épreuve rotatoire amortie, obtenue par les mouvements périodiques d'un fauteuil solidaire d'une barre de torsion écartée de sa position d'équilibre, proposée en 1961 par Greiner, Conraux et Picard, qui sera appelée au plus brillant essor. Elle permet, en effet, de stimuler quasi symétriquement les deux labyrinthes par une succession d'accélération angulaires dégressives. Associée à l'enregistrement nystagmographique en continu, elle devait pendant de nombreuses décennies, être la référence de base en matière d'exploration instrumentale rotatoire. Malheureusement, victime de son succès, elle a eu l'inconvénient de détourner le médecin de l'approche clinique raisonnée de son



malade et de conduire à des excès d'interprétation des tracés et de leur moindre altération (salves, bouffées, pauses, crochetages, micro-écriture, etc.).

L'effet de l'orientation du regard par rapport à la direction du nystagmus a été connu très tôt, obligeant à prendre des mesures en conséquence. Jansen avait observé en 1898 que le nystagmus spontané, d'origine clinique, est renforcé, par le regard dans sa direction. Wanner en 1912 étendra ce constat au nystagmus post-rotatoire du sujet sain, et Alexander en tirera une classification en 3 degrés de l'intensité du nystagmus. Dès 1906, Barany observait le nystagmus derrière lunettes grossissantes. Les lunettes de Bartels apparaîtront en 1912.

Le nystagmus d'origine centrale n'obéit pas aux mêmes règles : c'est ce qu'établit Holmes en 1917 à propos du nystagmus cérébelleux. Et c'est ce qui déterminera en 1968 Demanez à définir un indice de fixation visuelle, dans l'intention d'opérer une discrimination à propos d'un nystagmus indéterminé. On sait aujourd'hui que le seul fait pour un sujet, lors d'une épreuve rotatoire, de fixer une cible imaginaire, dans l'obscurité, à des répercussions sur les tracés enregistrés.

Toutes ces particularités ont eu des conséquences pratiques importantes dans l'exécution des épreuves instrumentales. La vidéonystagmoscopie sera très utile sur ce plan au cabinet du médecin.

Quelques repères importants

1919

M. Lermoyez, le fondateur de la clinique Oto-rhino-laryngologique parisienne avec Sebilleau, décrit « *le vertige qui fait entendre* » qu'il considère comme un vertige de

Ménière à rebours et assimile à l'onglée des doigts qui précède le retour de l'irrigation sanguine chez le sujet victime d'une gelure ou atteint d'un syndrome de Raynaud. On doit aussi à Lermoyez un aphorisme qui n'a rien perdu de son actualité et qui gagnerait à être médité en notre époque où seules courbes graphiques et images sont jugées dignes de crédit : « *si vous n'avez pas fait le diagnostic d'un vertige à l'interrogatoire, vous ne le ferez jamais !* »

1927

G. Portmann pratique une intervention à visée décompressive sur le sac endolymphatique pour atténuer les vertiges d'une triade labyrinthique de Ménière. Cet auteur avait réussi, un des premiers, à visualiser la cupule en injectant de l'encre de chine dans le labyrinthe de la raie, qui communique largement avec le milieu marin ambiant.

1938

C.S. Hallpike (1900-1979) rapporte avec H. Cairns les corrélations anatomocliniques précises (avec coupes histologiques d'une grande qualité à l'appui), de malades décédés des suites d'une intervention neurochirurgicale réalisée pour « syndrome de Ménière ». Il propose une explication pathogénique appelée à un grand avenir sous le nom d'*Hydrops labyrinthi*, bien que l'expression ne soit pas employée dans le texte.

1952

Dix et Hallpike présentent un important rapport sur « *la pathologie, la symptomatologie et le diagnostic de certains désordres communs du système vestibulaire* » qui contribue efficacement à clarifier les idées sur les signes distinctifs du vertige de Ménière (redevenu pour la circonstance Maladie de Ménière), de la neuronite vestibulaire, et du vertige positionnel paroxystique bénin.

1955

Un Cours international de labyrinthologie clinique, à l'initiative d'A. Aubin et P. Clerc, associé à Paris, des cliniciens, des électrophysiologistes et des chercheurs. Cette démarche originale et très constructive fera école, le cheminement des connaissances s'opérant jusque là souvent en rangs dispersés et le défaut de communication étant très préjudiciable à tout progrès.

La seconde moitié du siècle

Elle semble marquée par l'abandon du « tout labyrinthique » et la prise en compte progressive de la plurimodalité sensorielle caractéristique de la fonction d'équilibration. Mettons à part l'originale démonstration apportée par Money et Myles en 1974 sur le mécanisme des troubles de l'équilibre, et notamment du nystagmus, liés à la consommation d'alcool. Barany s'était déjà intéressé à la question en tentant de profiter des traditionnelles beuveries des étudiants viennois, mais, il s'était fait rosser et cette tentative avait contribué à le discréditer à une époque où il n'en avait pas vraiment besoin. Le nystagmus à l'alcool évolue en deux phases distinctes, géotropique dans la première phase, agéotropique dans la seconde. Selon la démonstration apportée par ces deux auteurs, toute la question repose sur une modification de densité ; dans une première phase, l'alcool imprègne la cupule et celle-ci est hypodense par rapport à l'endolymph, dans la seconde phase, le passage de l'alcool dans l'endolymph en l'absence de toute alcoolémie, provoque l'effet inverse. L'ingestion d'eau lourde détermine exactement les mêmes effets successifs, ce qui donne des réponses « en miroir inversé » par rapport à celles de l'alcool. Il y a donc dans les deux cas, disparition transitoire de l'isodensité cupule/endolymph.



Quelques jalons de la deuxième moitié du siècle

1964/1967

Description et étude par Greiner, Collard, et Conraux, du nystagmus de torsion cervicale, « nystagmus binoculaire déclenché par la rotation du corps, la tête restant fixe », considéré comme un test global de dépistage d'un facteur cervical osseux, articulaire, musculaire ou vasculaire, excluant toute composante vestibulaire. Battant dans la direction opposée à la rotation du corps, il est physiologique chez le nouveau-né, mais inconstant chez l'adulte. Sa recherche en pathologie donne lieu à des résultats contradictoires et déconcertants qui ne peuvent recevoir une part d'explication que si on les recadre dans la pluri-modalité des entrées sensorielles de la fonction d'équilibration. Or le poids des entrées sensorielles diffère d'un individu à l'autre et en fonction des actions à entreprendre. L'entrée proprioceptive nuquale est en outre susceptible d'être modifiée voire pervertie par une atteinte pathologique (rhumatisme, traumatisme et spécialement « coup du lapin »). Les expériences utilisant les vibreurs, comme celles réalisées par Roll et coll. donnent consistance à cette manière de voir et rendent caduques les interprétations faisant suite à l'élaboration du syndrome d'irritation sympathique cervicale de Barré-Liéou.

1961

L'aventure spatiale a déjà commencé, mais le fait déterminant est ici la mention par Germann Titov, cosmonaute soviétique, d'une sensation de malaise quand il bouge la tête. Le mal de l'espace fait son entrée dans l'inventaire des syndromes d'adaptation de la fonction d'équilibration à un environnement gravito-inertiel différent de celui qui règne sur terre. Il s'intègre vraisemblablement dans le chapitre des cinétoses.

L'étude de cette variété très particulière de mal des transports et des troubles de l'équilibre en microgravité imposera des protocoles expérimentaux complexes et surtout l'élaboration d'appareils de mesure très sophistiqués dont bénéficieront à terme la physiologie et la clinique humaines.

Une des premières préoccupations a été de vérifier si l'épreuve calorique produisait les mêmes effets en impesanteur qu'en conditions de gravité terrestre. Reposant sur la notion d'un flux induit par un différentiel de densité du liquide endolymphatique créé par l'effet thermique, l'épreuve pratiquée en microgravité n'aurait pas dû provoquer les effets obtenus sur terre. L'expérience fut réalisée lors de l'expédition Spacelab S.L. 1 en novembre 1983. Les tests furent réalisés avec de l'air à 30 °C et 44 °C et les résultats comparés à ceux obtenus au sol avant et après la mission. Les réponses se révélèrent identiques en condition 0 g et 1 g, ce qui paraissait remettre en question la théorie thermoconvective élaborée par Barany. En fait, sans entrer dans les détails, cette remise en cause n'est que partielle. Il s'agit plutôt de relativiser la part de la thermoconvection et celle de la variation induite de pression hydrostatique dans les deux types de conditions de gravité.

1975

J.T. Reason et J.T. Brand élaborent la « sensory rearrangement theory », connue en France sous le nom de théorie du conflit d'informations, concept interprétatif de la pathogénie du mal des transports, repris et diffusé en France par J. Colin. Ce concept est basé sur la plurimodalité concordante, congruente, voire redondante des informations sensorielles (acquise par l'usage) permettant d'assurer l'équilibration et la capacité d'interagir avec l'espace environnant. Il faut y ajouter la sensation escomptée basée sur les expé-

riences vécues. C'est la non-concordance des informations par rapport à des schémas préétablis qui serait à la base du mal des transports et entraînerait des manifestations considérées comme expressives d'un syndrome d'adaptation. Ce concept qui restitue leur valeur à l'ensemble des entrées sensorielles et non plus seulement à l'entrée labyrinthique, nous paraît d'une grande fécondité y compris dans l'interprétation du vertige, manifestation essentiellement subjective. Aussi lui avons nous fait une large part dans le rapport 1987 à la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie intitulé

« *L'équilibre en pesanteur et en impesanteur* » et surtout dans le petit essai paru en 1991, « *L'Homme et ses espaces* » tous les deux exposant, sans doute pour la première fois, une vision synthétique des troubles de l'équilibration, des illusions sensorielles et des différentes variétés de mal des transports, en les regroupant dans le cadre plus large des troubles de l'intégration spatiale.

Les dernières décennies du siècle

Elles voient apparaître la posturologie, en France essentiellement sous l'impulsion de P.M. Gagey, permettant d'explorer le réflexe vestibulo-spinal et de ne plus se limiter au réflexe vestibulo-oculaire.

Posturologie statique puis dynamique, bientôt couronnée en clinique médicale par l'Equitest dû à Nashner. Ce dispositif entérine et couvre la nécessité d'un bilan multisensoriel réalisé par la méthode des scores, obtenus par privations sensorielles sélectives.

L'equitest permet de rendre compte de l'utilisation réelle des différentes entrées sensorielles indépendamment de leur valeur fonctionnelle et de définir l'organisation sensorielle propre à un individu déterminé. Il permet d'appréhender des syndromes de négligence ou pour Freyts et

Vitte d'omission labyrinthique comparables aux négligences visuelles bien connus des neurologues. Il permet également de jauger les capacités compensatoires en situation de déséquilibre induit. Outil de détection et de mesure, l'Equitest est également un instrument d'orientation et de contrôle de la rééducation. C'est une référence précieuse dans l'évaluation des potentialités réelles du sujet âgé, souvent victime, à son insu, de déficits successifs dont la compensation plus ou moins précaire peut être mise à mal par un fait incident nouveau ou sous l'effet de drogues diminuant la vigilance.

C'est un fait marquant et préoccupant de nos sociétés vieillissantes que ce risque accru de chute lié à un syndrome d'instabilité posturale. Des mesures préventives de tous ordres s'imposent pour en atténuer la portée, notamment financière.

L'approche scientifique, notamment de l'école d'A. Berthoz, consacre ce type d'évolution de la clinique. Nous savons désormais que les noyaux dits vestibulaires sont en réalité des centres d'intégration et de coordination de la plupart des afférences sensorielles affectées à la fonction d'équilibration. Les circuits réflexes, notamment du réflexe vestibulo-oculaire, commencent à livrer leurs secrets, impliquant des spécialisations et des modalités fonctionnelles particulières à certains groupes de neurones. La constitution de réseaux neuronaux fugaces entrant littéralement en résonance pour permettre une prise en compte et une réponse immédiate à une sollicitation du monde environnant paraît bien démontrée. L'étude fine des structures grâce aux divers procé-

dés offerts par la microscopie électronique et ses dérivés parvient à découvrir le support biologique aux hypothèses avancées par les physiologistes.

Vieux rêve, la vidéonystagmoscopie a vu le jour et constitue un atout considérable pour le clinicien comme pour le chercheur pouvant observer en toute liberté et dans des conditions idéales non seulement les nystagmus les plus courants mais aussi les variétés qui, par nature pouvaient échapper à l'observation classique. Eric Ulmer s'est beaucoup impliqué dans le développement de cette technique.

Le nystagmus a lui même changé de nature ; de simple mouvement considéré comme « réflexe » permettant un recadrage de la vision et le suivi de la cible grâce à la déviation lente, la saccade est devenue une excursion à part entière, pouvant revendiquer un rôle de premier plan dans la capacité de maintenir une vision stable lors des mouvements de rotation de la tête.

Les physiologistes redécouvrent avec intérêt et émotion les superbes images obtenues il y a plus de cent ans par le chronophotographe de J.E. Marey et le zoopraxiscopes de Muybridge lors de l'observation de l'animal ou de l'homme au cours de la plupart des modes de déplacement. La simple étude de ces clichés est lourde d'enseignement : la stabilité de la tête et du regard y sont parfaitement visualisés ! L'avenir est sans doute dans la recherche du déterminisme de nos actions, la philosophie de l'action : l'école de A. Berthoz s'emploie à cet effet à réexaminer la boucle perception/action.

Bibliographie succincte

Le lecteur comprendra aisément qu'il est illusoire d'envisager une bibliographie complète sur une période aussi étendue dont nous n'avons dressé que le panorama.

Nous conseillons de se reporter aux ouvrages et rapports suivants à la fois pour compléter ce que nous n'avons fait qu'ébaucher et pour trouver les références y afférant : P ERRIN C (sous la direction de...). L'équilibre en pesanteur et en impesanteur. Rapport à la société française d'ORL 1987. Arnette Edit. PERRIN C. L'homme et ses espaces. 1991. PUN.P ERRIN C. Le vertige. Histoire et actualité. 1998 L.Pariante Edit. W ILLE-MOT J (sous la direction de...). Naissance et développement de l'oto-rhino-laryngologie dans l'histoire de la médecine, Acta oto-rhino-laryngologica belgica, 1981.

Nous y adjoignons l'article suivant, de grande valeur historique : MICHEL J. Recherches historiques sur la découverte du nystagmus et de sa signification physio-pathologique.

Rev Prat (Paris) 1990 ; 40 : 23.



RHINICUR®

LA DOUCHE NASALE - POUR LE RINÇAGE DU NEZ EN DOUCEUR ET EN PROFONDEUR

Recommandé en cas de

- rhinite chronique • sinusite
- rhinite allergique • rhinite sèche
- après intervention endonasale

La solution de rinçage adéquate :

Pour les rinçages du nez, il est en règle générale toujours conseillé d'utiliser une solution isotonique. La composition du sel de rinçage Rhinicur® est analogue à la composition minérale du sérum nasal et contient le sel de source naturel. Elle favorise d'une part les mécanismes d'épuration et de régénération des cellules de l'épithélium et réduit d'autre part les métabolites inflammatoires grâce à sa concentration en ions hydrogencarbonate. Composition complexe minéral en g/kg :

Sel de source naturel 50, Hydrogencarbonate de Sodium 205, Chlorure de Sodium 725, Sulfate de Potassium 20.

- utilisation simple • dosage précis • rinçage à grand volume
- pression de rinçage réglable individuellement
- réutilisable

Pour une information complète consultez : Ecomar SA, 67, rue du Luxembourg, F-59777 Euralille
info@rhinicur.com • www.rhinicur.com

Facile et agréable



1. Remplir la douche nasale avec de l'eau tiède.



2. Ajouter le contenu d'un sachet de sel de rinçage Rhinicur®. Secouer jusqu'à ce que le sel soit dissout.



3. Ouvrir la valve en tournant vers le haut.



4. Appliquer l'embout nasal sur la narine. Le liquide de rinçage pénètre automatiquement dans le nez et s'écoule vers l'extérieur par la seconde narine.





Le Laser en ORL

Pr. Charles FRÈCHE

Ancien Chef du Service O.R.L. de l'Hôpital Foch
Consultant O.R.L. à l'Hôpital Américain de Paris
Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie

Je me suis occupé du laser depuis 1975. Je vais vous décrire les différents types de laser et leurs indications.

Le laser CO2

En 1975 j'ai lu un article signé d'une équipe de Boston sur le laser CO2 dans le traitement de la papillomatose laryngée. Cet article du « Year Book » me fascina et je décidai d'aller sur place. J'en parlais à Muler, mon ancien maître à Trousseau qui les traitait à l'époque à l'azote liquide et qui me dit « allez voir et vous m'en reparlez »

J'écrivis à S. STRONG un des auteurs de l'article. Il était ravi de me recevoir à Boston. Je partis et restai un mois et demi à Boston. STRONG était un homme de haute taille, excellent enseignant (il commentait tous ses gestes) et excellent opérateur. Il avait une équipe composée de deux Hongrois, un ORL et le célèbre POLYANI, ingénieur qui avait adapté la machine Laser au microscope opératoire un assistant Charles VAUGHAN qui traitait la plus part des malades et un stagiaire portugais PAIS Clement de Porto au Portugal qui lui resta deux ans. STRONG était enchanté que sa technique pouvait intéresser un français c'est-à-dire moi-même. Je fus stupéfait de voir où et comment se déroulait la séance laser. On commençait tous à 8 heures dans un sous-sol, pas du tout high tech et pendant ce mois et demi, je ne vis traiter que des papillomato-

ses laryngées de l'enfant. Ils étaient submergés par des malades venant de tous les USA. Ce faisceau lumineux invisible renforcé par un hélium néon donnait un spot rouge permettant de voir où nous étions. Le microscope volatilisait littéralement les papillomes avec un minimum de traumatisme pour les cordes vocales. Certains enfants d'ailleurs plus grands avaient été décanulés en quelques séances. Mais la récurrence habituelle de la papillomatose obligeait à les reprendre régulièrement mais ils n'avaient plus de canule.

Boston en août était une ville très agréable, la Nouvelle Angleterre à mes yeux, est à un étage supérieur aux autres états des Etats Unis que je connais bien.

Quand j'ai demandé à VAUGHAN pourquoi il ne faisait rien d'autre, il me répondit « qu'il inaugurerait cette technique et qu'il n'avait pas le temps d'essayer le CO2 sur d'autres lésions laryngées. POLYANI me proposa de me faire un laser comme le prototype mais le prix était très élevé pour un universitaire français. Je décidai en rentrant à Paris de faire un laser français ce qui n'était pas une mince affaire.

Mon patron Jean BOUCHE m'en-

couragea fortement dans cette entreprise. Il me présenta son grand ami, CHIBRET qui avait un important laboratoire d'ophtalmologie et il s'occupait également d'optique avec ses deux fils. Je me retrouvai avec le dernier Jacques CHIBRET comme sponsor et comme relation directe bien décidé à faire un laser français et à le vendre en France. Jacques LOTTEAU, ingénieur chef de la SNCF (locataire de l'hôpital Foch) fut un collaborateur passionné comme moi, et l'aventure commença. Nous fîmes six mois d'expérience sur le chien (durée, puissance, largeur du faisceau, saignement...)

Je souligne là qu'avec Jean BOUCHE nous avons relancé en 1965 la laryngoscopie en suspension de Killian un an après Kleinsasser et que nous avons donc une grande expérience de la laryngoscopie.

La direction de Foch accepta (cela ne lui coûtait rien) et avec l'accord du Ministère, l'intervention humaine eut le droit de se réaliser. Donc près d'un an après STRONG nous commençâmes, peu de papillomes car il était pratiquement tous à Trousseau, polypes, nodules, pseudomyxomes. Nous fîmes deux séances par semaine. Le laser CHIBRET appelé Ferlux qui était à Foch, était scellé au mur et Lotteau avant



inventé un laryngoscope isostatique qui se calait sur la spatule, on voyait donc directement le larynx du malade. Le malade bien endormi ne pouvait pas bouger. Dans cette chirurgie laser j'ai retenu les éléments suivants : le laser CO2 est dangereux surtout pour l'oeil. Toutes les personnes présentes dans la salle d'opération devaient porter des lunettes. Il ne doit être mis en marche qu'une fois la spatule en place dans le larynx. Son faisceau doit être **le plus petit possible et les impulsions les plus courtes** également, la **puissance minimale** pour ne pas léser la muqueuse adjacente. Quelques centaines de cas furent réalisées très rapidement. Le Professeur VOURCH, chef de l'anesthésie de Foch s'en occupait personnellement au début.

Nous eûmes deux accidents graves. Avec le CO2 il faut couper l'oxygène et passer uniquement en air.

En effet malgré la protection de la sous glotte, nous fîmes exploser deux ballonnets et la sonde s'enflamma en torche. Je les arrachais à la seconde près, me brûlant sévèrement les mains. Les malades n'eurent que des brûlures pharyngées, de la langue et des lèvres. Bien plus tard cela m'arriva encore une fois à Hartmann.

Que fit VOURCH ? A ma grande surprise il publia dans une grande revue américaine, des photos des sondes et bien plus tard à Los Angeles au UCLA, Paul WARD, chef de service, me dit qu'il me connaissait de nom et me montra l'article qui était encadré dans son bloc opératoire.

Le laser eut des adeptes en France. HAGUENAUER précocement décédé et PELLERIN à Nancy furent les deux suivants à suivre ma technique.

Aujourd'hui il y a un grand nombre d'utilisations en France. Par contre pour pouvoir s'en servir il est impératif de participer à quelques séances

avant de s'en servir. Les indications actuellement du CO2 ont évolué dans trois directions.

1°) Bien connu sur les lésions bénignes, nous n'insisterons pas.

2°) Les paralysies laryngées en fermeture. Je fis une vingtaine d'aryténoïdectomie unilatérale, intervention lourde qui donnait une dysphagie mais qui ne récidivait pas. Jean GAILLARD de Lyon fit une cordotomie postérieure (une taille de la corde vocale) devant l'apophyse vocale de l'aryténoïde d'un côté, intervention rapide, mais qui parfois peut récidiver. Je pense que cette méthode est tout de même meilleure.

3°) Le traitement des lésions commissurales antérieures mais avec calibrage, en effet la synéchie se reforme immédiatement. Le tube de TRAISSAC permet de les récupérer. Sinon si on n'a pas le tube de TRAISSAC qui n'a pas eu le mérite qu'il aurait dû avoir, je taillais un W à la demande sur une radio avec un fils de rappel rétrovélisque et ceci faisait l'affaire. Il faut le laisser au moins un mois.

4°) Le traitement du cancer cordal qui n'atteint ni la commissure antérieure ni postérieure avec mobilité cordale conservée. J'en fis un grand nombre, suivi de radiothérapie. Une étude de BESNAINOU sur environ 80 cas donna des résultats étonnants.

5°) A Naples, MOTTA fut plus audacieux, l'école française étant très précautionneuse et au CO2 il traita des cancers du ventricule en ôtant la bande ventriculaire, de l'épiglotte après scanner de vérification de la loge pré épiglottique, longeant avec son faisceau la face interne du cartilage thyroïde, donc pratiquement une hémilaryngectomie. IL fut fort argumenté à Paris mais le temps semble lui avoir donné raison. La radiothérapie était systématique. REMACLE que je vis souvent fit réali-

ser par SHARPLAN un laser micro-pont superpulse qui correspond exactement aux idées que j'avais au début.

Actuellement la technique est rodée avec en Europe un nombre très important de cas.

J'eus le plaisir de voir POLYANI à Foch et je l'invitais à déjeuner à la Ferme du Mont Valérien.

Etant plasticien diplômé, je n'ai jamais fait de laser cutané me contentant de faire les rhinoplasties que m'avaient appris Guy JOST qui fut mon maître.

Les autres indications du laser CO2 sont plus modestes à mes yeux.

Dans le ronflement la technique de KAMAMI qui fait deux tailles verticales de part et d'autre de la luette pour la rétrécir n'a pas apporté de résultats majeurs et surtout très algiques. Il faut plusieurs semaines et très souvent les malades s'en vont dès la seconde séance.

Sur les cornets le CO2 peut faire saigner. Il faut donc un autre laser.

Les lasers YAG et DIODES

Il en existe plusieurs familles Noedyme, YA, Holmium, Erbium, KTP. Ils concernent le traitement de la polypose nasale. Il est à noter qu'avec Pierre ROUVIER, il y a plus de 15 ans nous avons lancé la chirurgie endonasale. Nous faisons un cours à Foch grâce à LERAULT, JAKOBOWICZ, BANKOVA, ROUVIER et d'autres collègues, une fois en Arles avec l'équipe locale et l'année suivante à Foch et nous invitâmes très vite ce que j'appelle moi le Quadra c'est-à-dire KLOSSEK, DESSI, SERRANO et JANKOWSKI, les quadras de l'époque, actuellement professeurs des universités. Seul SERRANO a utilisé le laser dans la polypose nasale. Cette chirurgie est délicate, dangereuse pour l'oeil et la méninge. Faites sous



microscopique et actuellement endoscopie, elle permet une excellente exérèse des lésions. Mais la maladie est capricieuse, la forme la plus grave étant la maladie de Vidal. Actuellement encore deux écoles se contredisent sur les indications les résultats.

- L'école chirurgicale c'est la nasalisation de JANKOWSKI qui a pris le droit de cité sur toutes les autres techniques, à juste titre avec une corticothérapie endonasale définitive (Rhinocort, Flixonase...)

- L'attitude Laser YAG : soit de première intention, soit de rattrapage, sans corticothérapie (le CO2 n'a pas sa place). Je suis surpris de la relative indifférence des ORL pour ces méthodes qui ont donné des preuves flagrantes. En fait les fabricants de laser les ont délaissés au profit d'autres lasers de chirurgie esthétique plus rémunérateurs. Les laser YAG sont en infrarouge invisible et méritent une amplification complémentaire, seul le KTP (532 NM qui est vert).

L'holmium YAG qui est rare (2100nm) est très absorbé par l'eau, il a un pic d'absorption par l'eau. Selon BANKOVA on vaporise ce que l'on voit et on voit ce que l'on vaporise. L'action tissulaire dépend de la fluence. Il y en a peu car il est très cher. Il est superficiel. Il a l'avantage découper l'os et le cartilage donc de pénétrer dans l'ethmoïde.

Dans les lasers profonds il faut citer le YAG (1060), le KPT (532) et le laser Diode (810nm).

Indications

Les lasers profonds sont dangereux pour traiter isolément la polypose parcequ'ils font un mur en béton en cas d'intervention chirurgicale ultérieure par contre il donne des résultats surprenants. Ils doivent être manipulés avec prudence en

anesthésie locale, malade assis, légère neurolept.

Dans le rapport que j'ai dirigé en 2000, je cite quelques chiffres : BANKOVA 600 malades dont 300 polyposes à Holmium, 4 séances, plus de 60 % de résultats, dans le Widal cela tombe à 30 % ce qui n'est pas étonnant. Pas de corticothérapie mais une crénothérapie au Mont Dore qui donne d'ailleurs des résultats et dont peu en parle.

Dans les récurrences après chirurgie, 75 % de très bons résultats avec immunomodulation et crénothérapie.

JAKOBOWICZ, 549 malades au laser YAG ; sur 360 malades non opérés : 29 % de récurrence, sur 133 malades opérés : 55 % récurrences donc encore plus que sur un malade non opéré, dans la maladie de Widal : 77 % de récurrence. Il travaille avec un fibroscope et canal opérateur.

Le laser DIODE est également utilisé en laryngologie (810nm) Il passe par un canal ou simplement une aspiration. Ses indications sont les mêmes que le CO2 mais il est plus au proche des lésions. Il faut être patient et surtout ne pas monter l'intensité car il coupe plus que le CO2. Par contre il ne charbonne pas. Son action est à mi chemin entre l'holmium et le YAG.

Le laser à colorant en 1986.

Je suis allé à Détroit où il y avait un congrès mondial sur le laser. Madame LEFEVRE me présenta Monsieur PRIN de laserscope qui me montra le laser à colorant. Je fus enthousiasmé par cet instrument. Laserscope m'en prêta un. Je fis les premiers avec DE CORBIERE, mon bras droit à Foch qui prit la suite et fit sa thèse.

Indications

Cancer du 1/3 médian de la corde

vocale de la taille d'une lentille. Quelques papillomes mais avec un résultat très modeste. Enfin les pseudomyxomes mais nous n'avons pas revu un grand nombre de ces patients. Le diagnostic est posé soit en fibroscopie quand on est très habitué, ou par une minuscule biopsie à la pince pointue de la boîte.

Technique : injection d'hématoporphyrine 48 heures avant, qui ne colore pas la lésion.

Mise en place du laryngoscope, irradiation de 15 à 20 minutes avec le colorant visible dans le rouge (630 NM).

Il est impératif que le malade ne bouge pas du tout pendant l'irradiation.

Il peut sortir le lendemain mais l'hématoporphyrine donne une sensibilisation à la lumière. Donc écran total sur le visage, protection des mains environ un mois.

On revoit le malade 15 jours plus tard et le mois suivant. La lésion a entièrement disparu avec **une voix normale**. Mais il ne faut pas se leurrer la récurrence peut revenir.

Nous avons fait environ une centaine de patients avec des résultats exceptionnels et aucune dysphonie. (Actuellement photofrin 1 et 2, phtoscan).

Au total le laser en ORL n'est qu'un instrument. On ne bâtit pas une carrière sur un instrument mais sur une méthode thérapeutique qui m'a donné avec beaucoup d'effort de grande joie pour mon équipe et moi même.

Les difficultés d'approvisionnement d'hématoporphyrine malheureusement nous ont obligées à interrompre cette superbe méthode que je regrette vivement.

Un bon nombre de nos patients pour ne pas encombrer le bloc ont été fait à la clinique des Martinets à Rueil Malmaison avec l'aide très



efficace d'un de mes amis, gastro-entérologue.

Je remercie SHARPLAN, LASERCOPE, COHERENT, mes assistants fidèles sans lesquels je n'aurai rien pu faire, DE CORBIERE, BANKOVA, JAKOBOWICZ, CHABOUT, J. LOTTEAU (ingénieur SNCF)

Je dédie cet article à la mémoire du Professeur Guy VOURCH, titulaire de chaire, surnommé le « group captain » car il était un des rares survivants du débarquement à Ouistreham qui m'écrivit 30 à 40 lettres de remarques pour avoir troublé le bloc opératoire. Il avait bien sûr raison. Je n'avais pas gardé les lettres et lors-

que je lui ai dit que je regrettais ne pas les avoir gardé. Il les a retrouvées et donné les doubles en à fait un livre qu'il m'a dédié et en m'offrant en même temps les mémoires du Général De GAULLE avec cette phrase « J'y étais ».

Cyranose® , Tracheoclean™

DEUX FACES D'UN MÊME SAVOIR-FAIRE

A l'heure où l'ORL fête son centenaire, nous sommes fiers de nous associer à cet anniversaire. Car si l'existence de la Société Ceredas remonte à quelques quinze ans seulement, nous avons le sentiment que, depuis lors, nos efforts ont eux aussi contribué à améliorer au quotidien la qualité de vie des laryngectomisés. Aujourd'hui, notre savoir-faire s'incarne dans l'existence du nez artificiel ou Filtre ECH* **Cyranose®**, une solution permanente qui permet de répondre efficacement aux conséquences de la laryngectomie. Il est également illustré par la protection trachéale jetable **Tracheoclean™**, un système de protection des voies respiratoires à usage unique destiné aux laryngectomisés et trachéotomisés, utilisable par les patients en période postopératoire comme après leur retour à domicile.



Eric BEZICOT
Président Directeur Général

* Echangeur de Chaleur et d'Humidité.

Ceredas
Votre confiance nous inspire

191, rue Adolphe Pajeaud • 92160 ANTONY • FRANCE
Tél. : +33 (0) 1 42 37 11 12 • Fax : +33 (0) 1 42 37 90 91
Email : ceredas@ceredas.com • Internet : www.ceredas.com



Traitement chirurgical du cancer du larynx au cours du XX^e siècle

Pr. Henri LACCOUREYE

Ancien Chef du Service d'ORL de l'Hôpital Laennec Paris

Quels sont, à la fin du XIX^e siècle, les techniques du traitement chirurgical du cancer du larynx ?

Le miroir laryngé (Manuel Garcia, 1854), la lampe à incandescence (Edison, 1879), le miroir frontal réfléchissant la lumière vers l'organe à examiner, plat (Hofmann et Von Tröltzsch, 1855) ou concave (Clar, 1902) enfin la laryngoscopie directe (Kirstein, 1895) pratiquée à l'aide de tubes ou de spatules à lumière distale ou proximale sont à l'origine, à la fin du XIX^e siècle, de la naissance d'une nouvelle spécialité, la laryngologie. Les observations de cancers du larynx se multiplient, l'étude clinique et le traitement chirurgical du cancer du larynx commencent vraiment [1-4].

La thyrotomie, pratiquée pour la première fois par Pelletan en 1788, a été utilisée pour l'extirpation des tumeurs malignes du larynx par Bowes (1833), Braouers de Louvain (1834), Gordon Buck (1850), Solis-Cohen (1868). Responsable de très nombreux échecs, liés à de mauvaises indications, discréditée par Billroth et Morell Mackensie, elle cède la place aux tentatives d'excision totale du larynx. Billroth réalise la première laryngectomie totale, pour cancer du larynx, en décembre 1873 et la première hémilaryngectomie en 1878 [1-4]. Enfin deux grandes techniques de laryngectomie totale sont décrites en cette fin de siècle, soit de bas en haut, technique de Périer (1890),

soit de haut en bas, technique de Gluck et de son élève Soerensen (1895) [1-4].

La maladie de l'Empereur Frédéric de Prusse (1888) sera un événement important pour le diagnostic et l'évolution du traitement chirurgical du cancer du larynx [1,3,4].

Le diagnostic sera, après trois biopsies négatives et un diagnostic de pachydermie, à l'origine de nombreuses discussions entre laryngologistes allemands tenant de la malignité et le laryngologiste anglais Morell Mackensie tenant de la bénignité.

Les réactions politiques seront importantes même jusqu'à nos jours puisque Ned I. Chalat en 1984 (Laryngoscope 94 Octobre), provocateur comme McInnis [3,4] en 1976, pose la question de savoir quel a été le rôle de Morell Mackensie dans le déclenchement de la première guerre mondiale.

Pour l'étude et le traitement du cancer du larynx, la maladie de Frédéric de Prusse sera à l'origine de nombreuses réflexions sur la valeur des signes de début, sur l'intérêt de la biopsie et les multiples erreurs qui lui sont imputables, sur son rôle possible dans la survenue de poussées évolutives et la dégé-

nérescence de lésions bénignes. La biopsie sera discréditée pendant des décennies, on préférera la thyrotomie diagnostique et curative à la biopsie endolaryngée et même pas de biopsies du tout ce qui donnera lieu à de regrettables erreurs. L'importance d'un diagnostic précoce, l'espoir de substituer à l'extirpation totale du larynx une intervention de moindre importance, relanceront la thyrotomie qui est remise en faveur en Angleterre, en 1894 par Butlin et Semon, et en France, par Brindel et Moure en 1895 [1,3,4].

La conservation d'organe est déjà une préoccupation majeure des chirurgiens qui possèdent trois grandes techniques pour traiter les cancers du larynx : la thyrotomie médiane avec cordectomie, l'hémilaryngectomie décrite par Billroth, reprise et codifiée par Gluck et Soerensen, enfin la laryngectomie totale selon les techniques de Gluck ou de Périer [2,3]. Butlin décrit aussi en 1897 [2,7,8-10] une cordectomie avec aryténoïdectomie par thyrotomie médiane que Y. Guerrier codifiera sous le nom d'hémiglottectomie. Solis-Cohen de Philadelphie, qui sera le premier, en 1907, à emporter après thyrotomie, avec la tumeur, le péri-chondre interne de l'aile thyroïdienne [4] rapporte, en 1897, une



cricoaryténoïdectomie totale évitant le larynx en respectant le cartilage thyroïde... avec mort en 48 heures [2,4,9].

Lombard rapporte aussi des laryngectomies partielles dites « par morcellements ». Ce sont essentiellement des voies d'accès sur le larynx et surtout sur la couronne laryngée : telle la pharyngotomie sous-hyoïdienne, utilisée d'abord par Prat (1859), puis Langenbeck (1862), Burow (1875) pour réaliser des épiglottectomies évoquant déjà une chirurgie partielle horizontale, mais aussi pharyngotomie trans-hyoïdienne, pharyngotomie latérale.

En cette fin de siècle, il n'y a pas d'autre traitement du cancer que le traitement chirurgical, et les chirurgiens, malgré les risques infectieux multiplient les voies d'abord et les techniques d'exérèses. Mais les indications restent imprécises bien que l'on sache déjà que la thyrotomie médiane avec cordectomie donne de bons résultats « pour le cancer de la partie moyenne de la corde vocale qui n'atteint pas la commissure antérieure, reste en deçà du processus vocal, n'infiltré pas les tissus en profondeur et laisse à la corde sa mobilité » [1,2].

L'extension locale est une contre-indication pour certains auteurs qui n'opèrent que les cancers intrinsèques. D'autres interviennent dans les formes extrinsèques, encore que, pour Lombard, la durée de survie et les résultats éloignés invitent à quelques réserves [2].

L'âge ne paraît pas être une contre-indication si l'état général est bon. Gluck et Lombard [2] rapportent des interventions sur des sujets de 68 et 70 ans. L'augmentation de la longévité en cette fin de siècle nous donne une optique différente. Les contre-indications sont avant tout les tares cardio-vasculaires, pulmonaires, hépatiques et rénales.

Tableau I
Résultats des traitements chirurgicaux.

	Décès post-opératoire	Survie à trois ans
86 Laryngofissures	9,8 %	8,7 %
65 Résections partielles	26,3 %	11,8 %
188 Résections totales	44,7 %	5,85 %

Les interventions se multiplient mais les résultats ne sont guère encourageants comme le montrent les statistiques rapportées par Sendziak en 1897 (tableau 1) [2,4].

Les complications post-opératoires et les erreurs d'indications expliquent ces résultats, au point que les interventions sur le larynx seront très discutées et la trachéotomie palliative souvent préférée à l'exérèse

Évolution du traitement au cours du XX^e siècle

Dans l'évolution du traitement chirurgical du cancer du larynx, un certain nombre de facteurs vont intervenir et prendre une grande importance. Outre l'anesthésie et l'infection qui seront étroitement imbriquées, interviendront aussi, les Rayons X, la localisation et la classification des cancers, enfin les méthodes d'examen.

- L'anesthésie et l'infection

A la fin du XIX^e siècle, l'anesthésie est générale à l'éther ou au chloroforme. Les complications infectieuses pulmonaires sont fréquentes, sans compter les complications mortelles [2].

La cocaïne découverte par le Viennois Jellinek en 1884, la novocaïne simple, puis adrénalinée assurent, progressivement, au début du XX^e siècle l'anesthésie des muqueuses

et l'anesthésie locale et régionale de la face et du cou [2,4,10].

Cocaïne, novocaïne et adrénaline ont complètement bouleversé la laryngologie et la chirurgie laryngée. Pendant plus d'un demi-siècle, la chirurgie partielle ou totale du larynx sera faite à l'anesthésie locale.

Certes, l'anesthésie locale améliore les suites opératoires mais celles-ci restent dominées par les complications infectieuses [2,10,12] : pulmonaires et locales : suppurations, pharyngostomes, nécroses trachéales, médiastinites, mettent en jeu le pronostic vital. Il faudra du temps pour que les travaux de Pasteur, sur les germes microbiens et les travaux de Lister, sur l'asepsie, pénètrent les salles d'opérations [4].

Dans la seconde moitié du XX^e siècle, à l'infection et à l'anesthésie locale succèdent les antibiotiques et l'anesthésie générale.

L'infection régresse d'une manière spectaculaire. Dans le même temps, l'anesthésie locale disparaît. Elle est remplacée, le temps de former le corps des anesthésistes réanimateurs, par l'anesthésie générale avec intubation, associée à une réanimation, de plus en plus efficace, qui prend en charge les suites opératoires.

L'étude des décès post-opératoires [1,2,4,10,12,14,15,18] montre les progrès réalisés, souvent sur des séries de malades très sélectionnés, grâce à

Tableau II
Résultats des traitements chirurgicaux.

	Décès post-opératoire Exérèse	
	Partielles verticales	Totales
Anesthésie générale	26 à 9 %	44,7 à 17 %
Anesthésie locales	de 0 % à 15 %	de 1-2 % à 10-15 %
Antibiotiques	0,5 %	4 %

l'anesthésie locale, aux antibiotiques et bien sûr, à l'amélioration des techniques chirurgicales (tableau II).

Ces résultats doivent être acceptés avec grande réserve. Ils témoignent cependant de la nette amélioration des suites opératoires.

- Les rayons X

La découverte, en 1895, des rayons X par Roentgen enrichit la médecine et d'un nouveau moyen thérapeutique, la radiothérapie, le monopole chirurgical du traitement du cancer du larynx disparaît, et d'un nouveau moyen d'exploration, la radiologie, qui ouvre le grand chapitre de l'imagerie médicale.

Les clichés de profil pour les tumeurs de l'épiglotte, puis les tomographies de face [10,12,19-21] pour les tumeurs du ventricule entreront, après la deuxième guerre, mondiale dans le bilan des cancers du larynx.

Pendant plus d'un demi-siècle les indications du traitement chirurgical du cancer du larynx reposeront sur la palpation, l'examen radiologique et la laryngoscopie indirecte qui permet de pratiquer une biopsie, à la pince, à la consultation, sur le malade assis, sous anesthésie locale à la cocaïne au dixième.

La xéroradiographie fera une apparition discrète [12] mais elle aussi disparaîtra avec l'apparition de la tomodensitométrie et de l'imagerie par résonance magnétique qui révolutionneront l'exploration radiologique.

- La localisation des cancers du larynx

Après Isambert (1877), Krishaber (1879), Fauvel (1875) [10], Etienne Lombard [2] distingue, en 1914, deux grandes localisations : le cancer extrinsèque, marginal de pronostic peu favorable, les adénopathies y sont précoces et pour ainsi dire constantes, et le cancer intrinsèque. Cette classification sera utilisée jusqu'aux études d'Hajek (1891), Most (1900) et surtout aux travaux de Rouvière (1932) et de Leroux-Robert, Baclesse, Lederman (1935-1939) [4,19-21] qui classeront les cancers du larynx selon trois étages anatomiques sous-glottiques, glottiques et sus-glottiques. Ainsi seront précisés, en fonction de ces étages, les barrières anatomiques et les points de faiblesse à l'extension tumorale extra et intra-laryngée, macroscopiques puis microscopiques [18, 22, 23]. De la connaissance de ces modalités dépendent dans une grande mesure les indications thérapeutiques et en particulier l'indication d'une chirurgie partielle.

La classification en trois étages n'a pas été modifiée mais très rapidement sera isolée, dans la région sus-glottique, la margelle laryngée ou épilarynx. Cette région relève d'une étude clinique et radiologique distincte de celle de l'endolarynx. Comme le précisait Lombard au début du siècle [2], la symptomatologie, les extensions locales, ganglionnaires et le pronostic sont très différents de ceux de l'endolarynx encore que certains sièges relèvent des mêmes types d'interventions que les cancers de l'endolarynx sus-glottique [24-26].

- Les classifications des cancers du larynx

En 1944 Pierre Denoix [63] propose une classification des cancers. Révisées à diverses reprises, les classifications de l'UICC et de l'AJC codifient un langage commun qui permet des études comparatives. Elles ont une valeur pronostique que confirment toutes les études, mais ne précisent en rien une indication de technique chirurgicale bien qu'elles jouent, dans cette indication, un rôle important.

Nécessaires, ces classifications génèrent cependant de nombreuses doléances [17, 18] du fait du caractère subjectif de fixation du stade T, de l'ambiguïté dans l'appréciation des mobilités laryngées, sujettes à discussions selon les habitudes, les services, les spécialités, expliquant pendant longtemps les difficultés et le peu d'impact des études multicentriques, ainsi que les erreurs de classification entre les Tis et les T1 et entre les stades T [64-68]. La classification des cancers ne permet pas d'affiner les indications chirurgicales, rôle qui va revenir aux perfectionnements de l'examen clinique.



- Les perfectionnements de l'examen clinique

Développés au cours du dernier quart de siècle, ils permettent actuellement de mieux classer les stades tumoraux, de préciser l'extension tumorale réelle et par suite, d'affiner les indications chirurgicales. A coté de la laryngoscopie indirecte, nécessaire pour parfaitement préciser les mobilités laryngées, sont venus s'ajouter, la laryngoscopie en suspension, qui, connue certes depuis le début du siècle avec les travaux de Kilian (1898), Chevalier Jackson (1907) [5], Lynch (1915), a repris un nouvel essor avec les travaux d'Haslinger (1962) sur la microchirurgie laryngée [3, 4, 10, 12, 18, 55], les endoscopes à fibres souples, l'examen au microscope, les optiques, la palpation du larynx et le choix des points des prélèvements biopsiques, avec, si nécessaire, un pelage biopsique, facilitant l'examen de l'anatomo-pathologiste, orientant parfois le choix d'une technique chirurgicale.

Scanner et IRM précisent les extensions tumorales macroscopiques et sont un complément souvent utile pour confirmer une indication chirurgicale mais ne sont pas toujours concluants pour préciser de minimes extensions, en particulier sous-glottiques, qui jouent un rôle important dans les indications de chirurgie partielle.

L'échographie proposée pour l'étude de l'envahissement de la loge hyothyro-épiglottique est surtout utilisée pour l'exploration, ici aussi macroscopique, des aires ganglionnaires.

Tous ces examens, sans compter la vidéo endolaryngée et bientôt la vidéo de l'intervention, devront-ils être prescrit par un médecin tiraillé entre le coût médical, l'éthique médicale et la plainte déposée auprès des tribunaux ?

Évolution du traitement chirurgical

Dans la première moitié du XX^e siècle le traitement chirurgical du cancer du larynx est marqué par des progrès visant à éviter les complications infectieuses.

- Les laryngectomies totales

Pour les laryngectomies totales les chirurgiens [2, 3, 8, 10, 12], pendant un demi-siècle, discutent des mérites respectifs des méthodes de Périer ou de Gluck et précisent les limites de l'opérabilité. Ils apportent de nombreuses améliorations techniques portant sur les incisions, les temps opératoires, l'attitude vis-à-vis des muscles sous-hyoïdiens, l'alimentation à l'aide de la sonde de Nélaton, toujours utilisée en 1970. La suture pharyngée est proposée en 1900, pour lutter contre l'infection selon la technique de Lambert [2] - points séparés, au catgut fin, non transfixants, en deux plans muqueux et musculaire d'enfouissement -. Enfin le drainage, assuré par des mèches de gaze, parfois idoformées, les sutures cutanées, la stomie trachéale donneront lieu à de nombreuses discussions visant à éviter la redoutable infection et à simplifier l'exérèse totale du larynx. Ainsi seront décrites de nombreuses techniques, de Tapia, de MacKenty, qui, de 1908 à 1920, développera particulièrement les soins pré et post-opératoires, techniques aussi de Colledge, Hautant, Aubry, Mundnich, Vasconcello-Baretto, Hajek, Chiari... [4, 8, 10-12].

Le risque infectieux explique la discussion du choix entre les techniques chirurgicales en 1, 2, ou 3 temps. Dès 1903, protéger les voies aériennes inférieures, sitôt la trachée ouverte, est un impératif. Certes trachéotomie et laryngectomie, dans un même temps, selon la technique de Périer, est une technique toujours utilisée. Mais l'intervention en deux temps, trachéotomie pour faire barrage aux

complications infectieuses pulmonaires et médiastinales et évaluer la résistance du patient, puis laryngectomie, devient pour beaucoup de chirurgiens la règle [2, 4, 8, 10, 12]. Portmann et Despond proposent même une intervention en trois temps -trachéotomie, laryngectomie avec pharyngostomie et fermeture du pharyngostome 2 mois plus tard. Ils font état, en 1937, de 100 % de succès post-opératoires sur 51 opérés. Leroux-Robert proposera aussi une laryngectomie en trois temps : trachéotomie, décollement pharyngolaryngé et laryngectomie [3, 4, 8, 10, 11].

Dans la deuxième moitié du siècle, à l'infection et à l'anesthésie locale succèdent les antibiotiques et l'anesthésie générale. La laryngectomie totale se fait sous intubation, en un temps, non plus en fonction des risques infectieux mais de bas en haut ou de haut en bas en fonction des sièges tumoraux. La trachéotomie, réalisée à l'anesthésie locale en début d'intervention, est repoussée au moment le plus propice pour éviter les décollements inutiles [28], [29]. Le drainage n'est plus assuré par des mèches de gaze mais par les drains aspiratifs que Guy Jost, alors interne chez Henri Redon, met au point en 1954 [30].

Les publications sur les techniques des laryngectomies totales se raréfient. Elles sont remplacées par celles portant sur les techniques de réhabilitation vocale qui visent à pallier la mutilation de l'exérèse totale du larynx [15].

Cette réhabilitation commence avec Billroth qui demanda à Gussenbauer de lui fabriquer un larynx artificiel [3, 8]. Elle reposera pendant longtemps sur la voie oesophagienne après que Gutzmann ait présenté, en 1909, 20 malades opérés par Gluck qui avaient réappris à parler [3]. Après le temps des prothèses laryngées externes et internes, des larynx



artificiels électroniques et des amplificateurs de la voix, les procédés de réhabilitation vocale reposent, actuellement, soit sur une fistule trachéo-oesophagienne maintenue perméable par un implant phonatoire dont il existe de nombreux modèles, soit sur une simple fistule chirurgicale [3, 4, 8, 12, 16-18, 31, 32]. Les indications de ces techniques doivent être discutées avec la technique de shunt trachéo-laryngo-pharyngé décrite par Pearson [33, 34]. Enfin les transplantations du larynx ont fait l'objet de nombreux travaux, mais, à ce jour, la tentative de Kluyskens en 1969 n'a pas eu de suite [3, 18].

- La chirurgie partielle verticale

Le développement des techniques de chirurgie partielle verticale marque la première moitié du XX^e siècle. La chirurgie partielle dite verticale repose sur l'indépendance relative droite et gauche de la glotte et vise au traitement du cancer de la corde vocale.

A partir de la thyrotomie médiane, les chirurgiens [4, 8, 10-12] vont, très rapidement, concevoir toute une gamme d'interventions moins mutilantes que la laryngectomie totale pour traiter les tumeurs étendues de la corde vocale. Seront ainsi décrites de nombreuses techniques de thyrotomies élargies réséquant une portion plus ou moins étendue d'aile thyroïdienne, par Jack de Londres en 1916 et surtout par St Clair Thomson et Colledge [1930] mais aussi par Nager, Kahler, Chevalier-Jackson. [4, 7, 8, 10-12]. Sébilleau en 1922 décrira une laryngectomie économique- thyrotomie médiane et exérèse à la demande de la tumeur endolaryngée- qui malgré quelques déboires sera encore pratiquée après la deuxième guerre mondiale sous le nom de laryngectomie partielle élargie [8, 10, 12]. Hautant aura l'idée de modifier

l'abord de l'endolarynx en réséquant l'angle antérieur du cartilage thyroïde.

Progressivement, au cours du siècle, seront individualisées trois grands types d'interventions [4, 8, 11-16] : la thyrotomie avec cordectomie, uni ou bilatérale, intéressant ou non l'aryténoïde, les laryngectomies partielles verticales : fronto-latérale ou frontale antérieure qui résèquent un fragment de cartilage thyroïde, symétrique ou non par rapport à la ligne médiane mais qui ne résèquent pas de cartilage cricoïde. La frontale antérieure, décrite par Tapia en 1922, reprise par Clerf de Philadelphie en 1940 puis en 1947 par Leroux-Robert, indiquée pour les tumeurs prenant les deux cordes vocales, sera abandonnée en raison d'échecs fréquents et de sténoses laryngées [14]. Elle reprendra vie dans la seconde moitié du siècle. Enfin les hémilaryngectomies : type Gluck-Soerensen qui, après thyrotomie médiane, résèque hémithyroïde et hémicricoïde. Elle nécessite un temps de reconstruction et sera abandonnée même par l'école allemande, ou type Hautant qui ne résèque qu'un fragment de cartilage thyroïde et d'anneau cricoïdien. Elle sera souvent abandonnée au profit de la frontolatérale de Leroux-Robert. Enfin canule et méchage de type Mickulicz sont obligatoires dans cette chirurgie partielle verticale.

Dans la deuxième moitié du siècle, la chirurgie partielle verticale, sauf cas particuliers, est faite, progressivement, sous anesthésie générale et sans trachéotomie ni pré, ni per, ni post-opératoire et bien sur sans Mickulicz [13-18, 28, 29]. De nombreux procédés de restauration glottique visant à améliorer l'émission vocale sont décrits [14, 16, 18]. Mais les techniques de chirurgie partielle verticale stagnent, car le concept de cette chirurgie, bâti sur

l'indépendance relative des deux hémilarynx glottiques, ne peut évoluer.

Avant la classification des cancers du larynx, les indications des exérèses partielles du larynx restent, comme au début du siècle, assez souvent imprécises, ce qui explique la discordance des résultats : de 76 % de survie à 3 ans pour Saint Clair Thomson [1930], pour des malades sélectionnés, à 31 % pour Hofer [1935], pour le tout venant, [4, 8, 10, 12, 14]. Tous les auteurs signalent que les résultats sont très bons pour les bourgeons du tiers moyen de la corde vocale mobile mais que l'échec progresse en fonction de l'extension tumorale et des troubles de mobilité, 30 à 40 % d'échecs locaux lorsque la corde vocale est fixée [12, 14, 15, 18]. Albert Hautant et Maurice Aubry précisent bien mais que c'est la fixité aryténoïdienne qui contre-indique toute chirurgie partielle, cette notion n'apparaît pas dans les classifications actuelles [11, 12]. Pour conserver, dans 60 % des cas et plus, le larynx, les chirurgiens préfèrent courir le risque d'un échec local, quitte à le rattraper par une laryngectomie totale. Ils signalent aussi que l'échec ganglionnaire accompagne ou succède souvent à un échec local traité et guéri. Enfin que les patients guéris localement ne sont pas à l'abri de métastases à distance et de nouveaux cancers [12].

Après la classification des cancers en stades, les résultats publiés paraissent satisfaisants avec des survies à 5 ans qui varient de 70 à 90 %, d'autant que les suites opératoires ont été améliorées par les antibiotiques et que la chirurgie de rattrapage efface les échecs. Car, quelle que soit la technique de chirurgie partielle verticale proposée, les échecs restent nombreux. Le pourcentage d'échecs locaux varie de 2 à 18 % pour les T1 et de 4 à



24 % (pour les T2) et toujours près de 40 % lorsque la corde vocale est fixée [66, 67, 69, 71, 72, 75].

Régulièrement de nouvelles techniques d'hémilaryngectomies sont décrites, telle en 1986 l'intervention de Biller, laryngectomie partielle étendue à l'hémi-cricoïde et reconstruction avec le cartilage thyroïde qui donne à 2 ans 73 % de survie, 15 % d'échecs locaux et 1 échec ganglionnaire (Laryngoscope, 1986 ; 96 : 61-64). Comme dans la première moitié du siècle, certains espèrent sur un complément de radiation pour éviter l'échec ou sur une chirurgie de rattrapage pour le traiter [12, 14, 15, 18].

- La chirurgie partielle horizontale

Si la première moitié du siècle a été marquée par le développement des techniques de chirurgie partielle verticale, la deuxième moitié du siècle est marquée par le développement des techniques de chirurgie partielle horizontale portant sur les étages du larynx.

La chirurgie partielle horizontale de l'étage sus-glottique

Elle découle des travaux de Rouvière (1932) sur les lymphatiques du larynx et leurs voies de drainage, anatomotopographiques de Leroux-Robert (1935) et radiologiques de Baclesse (1939). A leur technique sont attachés les noms de Huet (1938), Alonso (1947), Leroux-Robert (1955), (1956), Ogura (1958) [4, 8, 18-20, 21, 35-39].

Le concept regroupe l'épiglottectomie, l'hyothyroépiglottectomie et la laryngectomie partielle horizontale supraglottique. Ces interventions ne se différencient que par une résection plus ou moins importante de cartilage thyroïde et une exérèse pouvant aller en arrière jusqu'à entamer et même réséquer l'aryténoïde au dessus de l'apophyse vocale. L'horizontalisation des ciseaux permet de passer d'une technique à l'autre [40].

Certes les tactiques des laryngectomies partielles sus-glottiques évolueront avec le temps et les opérateurs mais la stratégie du traitement chirurgical des tumeurs sus-glottiques est bien établie.

Aux laryngectomies partielles supraglottiques, il faut associer les laryngopharyngectomies partielles supraglottiques qui s'adressent surtout aux tumeurs de la margelle latérales et résèquent, en plus, le carrefour des replis et la partie sus-glottique du sinus piriforme. La résection peut être étendue si nécessaire à la paroi pharyngée [40]. Dans toute la chirurgie partielle supra-glottique, les cordes vocales et les aryténoïdes doivent être mobiles.

La chirurgie partielle horizontale de l'étage glottique

Pour le cancer de la corde vocale, le concept d'une chirurgie partielle verticale, unilatérale, dont on a multiplié les techniques, sans en améliorer les résultats, va être complété par le concept de cancer de l'étage glottique du larynx relevant d'une chirurgie partielle horizontale.

Ces techniques en ont été décrites sous des noms divers : laryngectomie subtotale conservatrice [41], laryngectomie reconstructive [42], laryngectomie permettant de conserver la perméabilité respiratoire (la cricohyoïdopexie) [43], crico-hyoïdo-épiglottopexie [44], subtotale fonctionnelle avec CHEP [45], partielle supra-cricoïdienne avec CHEP [40].

Trois grandes techniques de chirurgie partielle horizontale de l'étage glottique peuvent être individualisées en fonction de résections cartilagineuses :

La technique avec résection partielle du cartilage thyroïde

- soit résection horizontale de la glottectomie horizontale de Calléaro (1978), ou trans-laryngée glottique de Traissac (1984) [18],
- soit résection verticale, type « fron-

taile antérieure », conservant la partie postérieure des ailes thyroïdiennes, correspondant au versant pharyngée du sinus piriforme, initiée en 1950, puis en 1954, par Hoffmann Saguez [41], [42], reprise et précisée par Kambick, Tucker, B. Guerrier, G. Bolot [32], [44-48], Simon [Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1997 ; 114 : 3-6] chacun apportant, le plus souvent, une technique de reconstruction différente.

La technique réséquant entièrement le cartilage thyroïde

Conservant une partie de l'épiglotte, proposée, en 1959, par Majer et Riedel (1957) [43], elle a été codifiée par JJ Piquet (1974) [49].

La chirurgie partielle horizontale des étages glotto-sus-glottiques

Technique de Foederl [18], qui, en 1899 résèque cartilages thyroïde et cricoïde et suture le premier anneau trachéal à l'épiglotte et à l'os hyoïde. Cette technique, codifiée par Serafini [54] sous le nom de trachéohyoïdo-épiglottopexie et pour laquelle le malade devait conserver une canule trachéale ce qui la rapprocherait des techniques de shunt de Pearson, semble actuellement très peu utilisée.

Ces interventions prennent place entre les classiques laryngectomies partielles verticales et les laryngectomies totales.

La chirurgie partielle horizontale des étages glotto-sus-glottiques

Ici aussi, deux grandes techniques peuvent être individualisées en fonction des résections cartilagineuses :

La technique avec résection totale du cartilage thyroïde.

Décrite, en 1971, par Jean Labayle [50-52], elle résèque avec le cartilage thyroïde l'étage sus-glottique, la loge hyo-thyro-épiglottique et l'étage glottique du larynx. Décrite sous des noms divers : laryngectomie



totale avec reconstitution [50], laryngectomie totale reconstructive [51], laryngectomie subtotale reconstructive [52], subtotale fonctionnelle avec CHP [49], enfin partielle supra-cricoïdienne avec CHP [40] qui précise mieux l'étendue de l'exérèse et les différencient des partielles supra-glottiques qui, comme toutes les interventions de chirurgie partielle, sont subtotaux, fonctionnelles et reconstructives. Elle est indiquée dans les tumeurs glotto-sus-glottiques et aussi sus-glottiques et prend place entre les laryngectomies horizontales supra-glottiques et les laryngectomies totales.

Les techniques avec résection partielle du cartilage thyroïde

Connues sous des noms divers : hémilaryngectomie étendue (Iwai 1970), laryngectomie des trois quart (Bocca, 1971 - Ogura, 1974), laryngectomie subtotale (Dedo 1975), laryngectomie verticale subtotale (Czigner 1984), [16,18]. Le plus souvent ces techniques résèquent les structures sus-glottiques d'un côté et sous-glottique de l'autre. Elles associent des temps de partielles verticales et de partielles horizontales supra-glottiques ou supra-cricoïdiennes.

Ainsi, dans la deuxième moitié du siècle la chirurgie partielle du larynx, réservée aux seuls cancers de la corde vocale, est étendue aux cancers des étages sus-glottiques et glottique du larynx jusque là traités par laryngectomie totale. Le progrès n'est plus seulement technique, la chirurgie partielle horizontale du larynx ouvre une nouvelle stratégie dans le traitement chirurgical du cancer du larynx et apporte une pierre majeure au concept de la préservation d'organe. Il reste au laryngologiste à connaître parfaitement les différentes techniques des laryngectomies partielles verticales, partielles horizontales et totales et à savoir

les adapter, pour éviter un échec, non pas simplement au stade tumoral mais à l'extension tumorale réelle.

Les antibiotiques, les progrès de l'anesthésie réanimation ont réduit les contre-indications du traitement chirurgical du cancer de l'endolarynx. Les troubles de déglutition et l'infection pulmonaire sont fréquents dans la chirurgie partielle surtout lorsque un aryténoïde a été réséqué, en particulier après une chirurgie horizontale supra-cricoïdienne. Il faut savoir y pallier car ils sont responsables de la plupart des décès. Certaines interventions doivent être très discutées chez les grands insuffisants pulmonaires et chez les sujets âgés chez qui, souvent, une détérioration de la déglutition apparaît et progresse avec l'âge.

La mortalité a nettement régressé, puisque à la fin du siècle elle est évaluée à 0,5 % pour les partielles verticales, 2 à 5 % pour les supra-glottiques, 3 à 7 % pour les supra-cricoïdiennes et à 4 % pour les laryngectomies totales [15]. La mortalité est liée à des causes diverses locales ou générales sans véritables causes majeures.

Certes la mortalité a très nettement diminué mais les complications restent trop fréquentes [15], non pas tant pour les partielles verticales mais pour les laryngectomies totales ou des chiffres de 5 à 24 % d'infections locales, 3 à 32 % de fistules et 2 à 8 % de pharyngostomes témoignent trop souvent d'insuffisances dans l'asepsie et la technique opératoire.

- La chirurgie endoscopique.

Le laser

À côté du traitement du cancer du larynx par voie externe, l'exérèse par voie endoscopique, en laryngoscopie directe, des cancers limi-

tés des cordes vocales ou de la margelle était déjà pratiquée à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle par de nombreux auteurs : Fraenkel (1895), Lynch (1914), Okada (1922), Manschnick (1935), [2, 4, 12, 18]. Fraenkel en 1896 rapporte, pour des tumeurs de la corde vocale, 4 patients guéris sur 9 opérés. Le Jeune en 1946 présente, sur 39 malades, 19 vivants à 5 ans [12].

Dans la deuxième moitié du XX^e siècle, les progrès de la laryngoscopie en suspension, de la microchirurgie laryngée (Kleinsasser, 1963), les travaux de Jako, de Strong (1972) et en France de Muller, de Frèche, ont poussé les laryngologistes à traiter avec le laser certains cancers des cordes vocales et de l'épiglotte [18, 55]. Le laser a d'abord été réservé à des lésions limitées : bourgeon du tiers moyen de la corde vocale, lésions limitées du bord libre de l'épiglotte ou récurrence limitée après chirurgie partielle ou radiothérapie, et aussi au traitement d'urgence des dyspnées liées aux tumeurs obstructives du larynx [56, 57]. Divers laryngologistes, Steiner, Zeitel, Davis, ont étendu à des lésions T2 et même T3 glottiques et sus-glottiques le traitement au laser, alors souvent complété par radiothérapie [55]. Dans les travaux actuels le traitement du couple tumeur-ganglion n'est pas encore précisé. La fréquence des échecs locaux, pour les T1 de 4 à 20 % et pour les T2 : 15 à 25 % (Motta, 1990), tous échecs nécessitant une laryngectomie totale de rattrapage, doit faire discuter l'utilisation du laser, dès lors qu'une intervention partielle, n'entraînant pas plus de troubles fonctionnels et donnant de meilleurs résultats carcinologiques peut être indiquée pour la tumeur et pour les aires ganglionnaires.

Cependant en 1994 [58], une étude américaine portant sur 8 139 can-



cers du larynx montre la place que prend le laser aux USA dans le traitement de ces tumeurs.

Comparativement aux laryngectomies partielles et totales, il est le traitement le plus utilisé, certes pour les stades 0 (dysplasies in situ et cancers intraépithéliaux), mais aussi pour les stades I et II des tumeurs glottiques et sus-glottiques et ce surtout chez les sujets âgés de 70 ans et plus. Dans cet article, où les échecs et la conservation d'organe ne sont pas nettement étudiés, on relève le peu d'utilisation de la chirurgie partielle et de la chimiothérapie et l'auteur plaide pour étudier la valeur d'une chimiothérapie adjuvante, d'induction, de sensibilisation et de maintenance pour éviter, les métastases, les nouvelles localisations et améliorer la survie.

- Le traitement chirurgical des aires ganglionnaires

Malgré la publication de Crile qui, en 1906, dans le « Journal of American Medical Association » [4, 8, 18], décrit la technique de l'évidement radical, malgré les travaux de Gluck (1913) qui, dans les cancers intrinsèques du larynx, résèque systématiquement les ganglions prélyngés et carotidiens et, si nécessaire, la veine jugulaire et même la carotide [2], le traitement chirurgical des aires ganglionnaires dans le cancer du larynx n'est pas franchement soulevé pendant la première moitié du siècle. Les résultats ne prennent pas en compte ce traitement qui n'acquerra droit de cité que lorsque sera vraiment maîtrisée la lésion primitive [2, 4, 8, 12].

Au milieu de notre siècle, l'évidement s'imposera dans les cancers de l'endolarynx, avec la pratique de l'évidement ganglionnaire, d'abord unilatéral avec les travaux de Hayes Martin (1951) Ogura (1952), Alonso (1952), Pietrantonio et Agazi (1953), puis bilatéral préconisé par Gius et Grier de Portland [1950]. Tous évide-

ments qui confirment l'existence de micrométastases, uni ou bilatérales, dont la fréquence augmente en fonction du siège et du stade tumoral [4, 15, 17, 18, 60-62]. Connues depuis Etienne Lombard [2, 4, 8, 15, 17], ces micrométastases expliquent les échecs ganglionnaires, survenant après contrôle de la tumeur primitive, en l'absence de traitement chirurgical des aires ganglionnaires et même après complément de radiations.

L'exérèse de ganglions sains, le traitement bilatéral des aires ganglionnaires expliquent la place prise par les techniques d'évidements fonctionnels proposés par Suarez en 1964, introduits en Europe par Agazzi, Bocca et Gavilan [4, 8, 17-18]. Etendus parfois à la résection de la veine jugulaire interne, limités parfois après un examen histologique extemporané, dont il faut se rappeler que seul un résultat positif a une valeur formelle, ces évidements ont pris une place majeure dans le traitement des aires ganglionnaires N0, N1, N2.

Enfin, de nombreux travaux [15,17,18,59-62] ont insisté sur l'importance pronostique du volume, de la multiplicité, de la fixité, de la bilatéralité et de la rupture capsulaire de l'adénopathie et ont montré que les récurrences ganglionnaires, souvent au-dessus des ressources chirurgicales, et les métastases sont la rançon de l'envahissement ganglionnaire.

- Les associations avec la radiothérapie et avec la chimiothérapie

La radiothérapie

En association avec la chirurgie partielle et la chirurgie totale, elle a été utilisée par de très nombreux auteurs en pré en post-opératoire et en sandwich, tant pour la tumeur primitive que pour les adénopathies sans qu'on ait pu statistiquement en préciser l'intérêt [12, 14-15, 17-18, 78]. Les radiations à doses curatives

ont eu le mérite de développer la chirurgie laryngée partielle et totale en terrain irradié [8, 78-81] et par suite les techniques des lambeaux cutanés et myocutanés.

Le développement des techniques de chirurgie partielle, le traitement chirurgical systématique des aires ganglionnaires, l'utilisation de la chimiothérapie font actuellement réserver, pour beaucoup d'auteurs, le complément de radiations seulement aux adénopathies multiples et/ou en ruptures capsulaires. Qu'il s'agisse de chirurgie endoscopique ou de chirurgie partielle par voie externe, la radiothérapie ne doit pas être utilisée pour masquer, dans les cancers de l'endolarynx, une erreur d'indication ou une faute de technique, que en général la radiothérapie ne ratrape guère et qui surtout gêne le traitement de l'échec, si ce dernier survient.

La chirurgie et la radiothérapie ont été au cours du XX^e siècle le traitement du cancer du larynx. Les progrès de la biologie, de la génétique les relègueront, peut-être au cours du XXI^e siècle et sûrement au cours du troisième millénaire, au rayon des antiquités.

La chimiothérapie

Utilisée depuis longtemps dans le traitement des cancers du larynx [82-84], elle a pris son essor, en 1981, à la suite des travaux d'Al Saraff [85]. Utilisée en induction avant la chirurgie partielle ou totale, elle ne présente pas les mêmes inconvénients que la radiothérapie et a comme intérêt d'orienter le traitement. Elle ouvre une nouvelle conception dans la stratégie du traitement du cancer, longtemps condamné au face à face chirurgie-radiothérapie. En fonction du siège, du stade tumoral et de la réponse à la chimiothérapie seront discutées la radiothérapie, la chirurgie partielle ou totale ou même la chimiothérapie exclusive dont de nombreux travaux ont montré que le



possible échec ne pénalise en rien le patient [86-88]. En l'absence d'échecs, une chimiothérapie exclusive est le garant d'une conservation parfaite de la fonction et de l'organe et est le premier accroc au monopole de la chirurgie et des radiations dans le traitement du cancer du larynx.

- Résultats

La classification des tumeurs, les perfectionnements des examens et la multiplication des techniques chirurgicales ont permis d'affiner les indications chirurgicales, de comparer les résultats et de juger de leur évolution dans le temps.

Les résultats du traitement chirurgical du cancer du larynx ne sont pas simples à analyser. Ils sont variables selon le T et le N, variables selon le siège tumoral, d'autant que les résultats des cancers de l'endolarynx et de la margelle sont le plus souvent associés, variables selon les méthodes de calcul statistique utilisées (globales, corrigées, actuarielles, pondérées), variables selon les associations, radiothérapie, chimiothérapie. Les échecs sont mal ou rarement comptabilisés et les comparaisons sont bien difficiles à saisir bien que, par rapport au début du siècle, l'amélioration des résultats soit parfois spectaculaires.

Conclusions

Pour conclure ce XX^e siècle et surtout ne pas anticiper sur le suivant, j'insisterai sur deux points : les indications chirurgicales et l'importance de l'échec local.

- Les indications chirurgicales

Il est nécessaire, dans les indications chirurgicales, d'adapter la technique chirurgicale à l'extension tumorale réelle et non simplement au stade tumoral. Quel que soit le

point de départ d'un cancer de l'endolarynx et quel que soit son stade, une laryngectomie totale est actuellement indiquée lorsque l'aryténoïde est immobile et non pas lorsque la tumeur atteint l'aryténoïde, lorsque la loge hypothyro-épiglottique est très massivement envahie et non simplement envahie et enfin lorsque la région sous-glottique est nettement dépassée dans les cancers glotto-sous-glottiques, ou, plus rarement, lorsque la tumeur est de siège sous-glottique. Dans certains cas, les techniques de Pearson, de Sérafini peuvent être envisagées avant d'en arriver aux techniques de réhabilitation vocale avec implant phonatoire.

Dans tous les autres cas, il existe une chirurgie endoscopique au laser ou un chirurgie partielle par voie externe, qui, de la chirurgie partielle verticale à la chirurgie partielle horizontale, s'adapte au siège tumoral, à l'extension tumorale réelle et non pas simplement au T. Depuis plus de 20 ans, de très nombreuses études [17, 40, 65, 69-74] portant sur les échecs de la chirurgie partielle verticale du larynx et l'apport de la chirurgie partielle horizontale, ont permis de mieux cerner les indications chirurgicales sur le plan local et sur le plan ganglionnaire d'autant que l'atteinte du cartilage thyroïde et l'adénopathie ne sont plus des contre-indications à une chirurgie partielle.

Au point de vue ganglionnaire, pour les cancers de la corde vocale il vaut mieux traiter, outre le ganglion pré-laryngé, les aires ganglionnaires unilatérales jugulocarotidiennes et récurrentielles lorsque la corde vocale présente des troubles de mobilité [59-61, 71-74]. Toutes les autres lésions endolaryngées relèvent, au point de vue chirurgical, d'un traitement bilatéral des aires ganglionnaires de principe ou de nécessité [15, 17, 40, 59, 60-61].

- l'importance de l'échec local

Au début du siècle, la survie, liée avant tout à l'échec local, était le seul événement jugeant du résultat du traitement. En cette fin de siècle, où l'échec, dans le cancer de l'endolarynx, devient rare, c'est lui seul qui permet de juger de l'efficacité d'un traitement et non plus la seule survie. Il est important en chirurgie partielle d'éviter un échec local. Certes il est classique d'avancer qu'il peut être rattrapé parfois par une exérèse partielle, plus souvent par une exérèse totale, mais une étude récente parue dans *Cancer* en juin 1999 [75] montre que tout échec local pénalise nettement le patient.

Cette étude, sur 25 ans, compare 103 patients ayant présenté un échec local (groupe I) et 311 patients (groupe II) sans échec local après une chirurgie partielle verticale pour des stades I et II des cancers glottiques. La survie actuarielle à 10 ans est de 30,8 % pour le groupe I et 63,1 % pour le groupe II, le taux actuariel à 10 ans de contrôle ganglionnaire est de 70,2 % et 96,1 %, enfin le taux actuariel sans métastases à distance est de 80,2 % et 96,7 %. L'analyse des causes de décès montre qu'ils sont liés après un échec local au traitement (7,7 %), à la récurrence locale ou ganglionnaire (25 %), aux métastases à distances (19,3 %), aux nouvelles localisations (19,3 %), alors que, en l'absence d'échec local, les causes de décès sont respectivement de 2,3 %, 3,4 %, 5,7 % et 32,7 %. Cette étude confirme que dans le cancer du larynx, comme dans tous les cancers des voies aéro-digestives supérieures, l'échec local favorise les échecs ganglionnaires et les métastases [76, 77]. En l'absence d'échec local prédominent les nouvelles localisations qui font, avec les progrès de la thérapeutique, de la maladie cancéreuse une maladie chronique.



En cette fin de siècle le laryngologiste doit certes guérir le patient de la tumeur pour laquelle il est venu consulter. Il doit aussi préserver au mieux les fonctions physiologiques du larynx, éviter les échecs locaux et ganglionnaires qui mettent en jeu le pronostic vital et sont précurseurs de métastases. Il doit enfin garder des armes pour de nouvelles localisations.

Conserver la fonction, si ce n'est l'organe aura été tout au long du XX^e siècle le but des laryngologistes. Comme l'écrivait Lombard [2] au début du siècle « les progrès ne se sont pas établis sans efforts, sans tâtonnements, sans méprises et sans polémiques ardentes ». J'espère que ces polémiques ardentes se perpétueront car il n'y a rien de plus désagréable pour l'esprit humain et le progrès médical que le plus petit commun dénominateur conceptuel, c'est-à-dire le morne consensus, surtout lorsqu'il peut être imposé.

Références

- [1] Moure EJ. Maladies du larynx, Paris, Doin, ed., 1890.
- [2] Lombard E. Indications et technique de la laryngectomie pour cancer. Rapport de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie. Paris 1914. Importante bibliographie avant 1914.
- [3] Guerrier Y, Mounier-Kuhn P. Histoire des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge, Paris, R. Dacosta, ed., 1980.
- [4] Willemot J, et coll. Naissance et développement de l'oto-rhino-laryngologie dans l'histoire de la médecine. *Oto-rhino laryngologica Belgica* 1981; 35. suppl. II : 540-93, et 1981 ; 35 suppl. IV : 1427-504. (bibliographie).
- [5] Chevalier Jackson. The Laryngoscope, août, 1909.
- [6] Jaboulay. Lyon Médical, 1907; I : 895.
- [7] Butlin. Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1897, 11, p. 370.
- [8] Guerrier Y, Arnoux B. Histoire des cancers du larynx et du pharynx et de leurs traitements. *Les Cahiers d'ORL* 1980; 15 ; no 1.
- [9] Solis Cohen. Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1897, II, p. 370.
- [10] Canuyt G. Les maladies du Larynx, Paris, Masson, ed., 1939 (bibliographie).
- [11] Aubry M. Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du Larynx, Paris, Masson, ed., 1949.
- [12] Piquet J, Terracol J. Les Maladies du Larynx, Paris, Masson, ed., 1958 (bibliographie).
- [13] Leroux -Robert J. La chirurgie conservatrice par laryngofissure ou laryngectomie partielle dans le cancer du larynx. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1957; 74: 40-74.
- [14] Cancer du larynx ; Rapport au 7^e Congrès international d'Oto-laryngologie. Paris 1961, Karger édit., Bâle.
- [15] Pinel J, Cachin Y, L accourreye H. Cancers du larynx. Rapport de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale. Arnette, ed., Paris, 1980 (importante bibliographie).
- [16] Guerrier Y. Traité de technique chirurgicale ORL et cervico faciale - Tome III. Pharynx-Larynx. Masson, édit. Paris 1987, Deuxième édit.
- [17] Guerrier Y, Pinel J, Cachin Y, Laccourreye H, Dejean Y. La chirurgie conservatrice dans le traitement des cancers du vestibule laryngé et du sinus piriforme. Rapport au Congrès Français d'ORL et de chirurgie cervico faciale. Arnette, édit. Paris 1972, (bibliographie).
- [18] Kleinsasser O. Tumors of larynx and hypopharynx. Thieme Medical Publishers. New york. 1988;349 p, (importante bibliographie).
- [19] Baclesse F, Leroux -Robert J. Le rôle de l'examen radiographique dans le diagnostic des cancers sous-glottiques. Etudes anatomo-topographique et radiographique comparées. *J Radiol* 1936; 20: 427-36 et : 645-56.
- [20] Baclesse F. Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du larynx et du pharynx. Masson et Cie, édit., Paris 1938.
- [21] Leroux -Robert J. Les épithéliomas intra-laryngés. Etudes comparées cliniques, radiographiques et anatomo-topographiques. Thèse Paris 1936, 172 p. Doin Editeur.
- [22] Luboinski B. Les modalités d'extension des cancers du larynx. Analyse histopathologique et statistique de 120 pièces opératoires de laryngectomie totale. Thèse Médecine ; Paris 1973.
- [23] Luboinski B, Sancho H, et coll. Modes of invasion of cancer of the larynx. A statistical, histological and radioclinical. Analysis of 120 cases. *Cancer* 1976; 38: 346-60.
- [24] Brasnu D, Beutter P, Bodard M, L accourreye H. Les épithéliomas de la margelle laryngée : définition, classification, extension. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1980; 97: 963-76.
- [25] Brasnu D, Beutter P, Bodard M, Laccourreye H. Les épithéliomas de la margelle antérieure. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1980; 97: 977-93.
- [26] Brasnu D, Beutter P, Bodard M, Laccourreye H. Les épithéliomas de la margelle latérale. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1980; 97: 995-1008.
- [27] Laccourreye H, Brasnu D, Beutter P. Laryngeal margin carcinomas. *Head Neck Surg* 1983; 5: 500-7.
- [28] Beutter P, Bodard M, Brasnu D, et al. Anesthésie, trachéotomie dans la chirurgie partielle verticale du larynx. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1981; 98: 581.
- [29] Beutter P, Brasnu D, Strunski W, et al. Trachéotomie dans le traitement chirurgical des épithéliomas du pharyngolarynx. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1981; 98: 501.
- [30] Redon H, Jost G. Fermeture sous dépression des plaies étendues. Mémoire de l'Académie de chirurgie. 1954; 80: 388-91.
- [31] Staffiéri M. Laryngectomie totale avec reconstitution de la glotte phonatoire. *Rev Laryng* 1974; 95: 1-2.
- [32] Réhabilitation de la voix et de la déglutition après chirurgie partielle ou totale du larynx. - Rapport à la Société Française d'ORL et de Pathologie Cervico-faciale. Arnette ed. Paris, 1992.



- [33] Pearson BW, Woods RD, Hartman DE. Extended hémilaryngectomy for T3 glottic carcinoma with preservation of speech and swallowing. *Laryngoscop* 1980; 90: 1950-61.
- [34] Laccourreye O, Crevier -Buchman L, Hacquart N, et al. Laryngectomies et pharyngolaryngectomies avec shunt trachéo-laryngo-pharyngé de type Pearson. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1996; 113: 261-8.
- [35] Rouvière P. Anatomie des lymphatiques de l'homme. Masson, edit., Paris, 1932:110-4.
- [36] Huet PC. Cancer de l'épiglotte. Hyo-thyro-épiglotectomie. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1938; 11: 1052-5.
- [37] Alonzo JM. La chirurgie conservatrice pour le cancer du larynx et de l'hypopharynx. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1951; 68: 443-50.
- [38] Alonso JM. A propos de la chirurgie fonctionnelle du cancer du larynx (laryngectomie partielle horizontale). *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1957; 74: 75-80.
- [39] Leroux -Robert J. La laryngectomie horizontale sus-glottique conservatrice de la fonction vocale. *Bull Acad Nat Médecine* 1955; 139: 358-64.
- [40] Laccourreye H. La chirurgie partielle des épithéliomas du pharyngolarynx. Monographie du CCA Wagran. Graphic-Eclair, ed. 1991.
- [41] Hoffmann-Saguez M. Nouvelle technique de laryngectomie avec reconstitution du larynx : la laryngectomie subtotale conservatrice. Société Française d'Otorhinolaryngol 1950; 57: 60-6.
- [42] Hoffmann-Saguez M. La laryngectomie reconstructive. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1954; 71: 405.
- [43] Majer EH, Rieder W. Technique de laryngectomie permettant de conserver la perméabilité respiratoire (la crico-hyoidopexie). *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1959; 76: 677-81.
- [44] Tucker HH, Wood BG, Levine H, Katz R. Glottic reconstruction after near total laryngectomy. *Laryngoscope*, 1979; 89: 609-18.
- [45] Pech A, Abdul S, Cannoni M. Laryngectomie subtotale reconstructrice par épiglotoplastie de glissement. *Acta Otorhinolaryng Belg* 1981; 35: 11-22.
- [46] Lelièvre G, Laccourreye O, Strunski V. Etude critique et place des laryngectomies partielles verticales reconstructives avec épiglotoplastie selon la méthode de Tucker. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1987; 104: 323.
- [47] Guerrier B. Notre expérience de la chirurgie reconstructive dans les cancers glottiques. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1987; 104: 175-9.
- [48] Bolot G, Poupart M, Zouba P, Herlemont F, Pignat JC. Laryngectomie subtotale reconstructrice, à propos d'une technique personnelle sur une série de 100 patients opérés entre 1990 et 1997. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1999; 2: 93-6.
- [49] Piqet JJ, Desaulty A, Decroix G. La crico-hyoïdo-épiglotopexie. Technique opératoire et résultats fonctionnels. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1974; 91: 681-6.
- [50] Labayle J, Bismuth R. La laryngectomie totale avec reconstitution. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1971; 88: 219-28.
- [51] Labayle J. La laryngectomie subtotale reconstructive. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 1972; 93: 69-77.
- [52] Labayle J, Dahan S. Laryngectomie reconstructive. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1981; 98: 587-92.
- [53] Laccourreye O, Brasnu D, Jouffre V, et coll. Laryngectomie partielle supracricoidienne étendue à l'arc antérieur du cricoïde avec trachéocricohyoidoépiglotopexie. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1996; 113: 15-9.
- [54] Serafini I. Laryngectomia totale con mantenimento della respirazione per via naturale. *Minerva Otorinolaryng* 1970; 20: 73-84
- [55] Le laser en ORL. Rapport à la Société Française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervicofaciale. Arnette ed. 1993.
- [56] Laccourreye H, Lacau Saint-Guily J, Brasnu D. Utilisation du laser CO 2 dans le traitement d'urgence des dyspnée des cancers du larynx. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1984; 101: 39-42.
- [57] Laccourreye O, Lawson G, Muscatello L, et coll. Carbon dioxide laser debulking for obstructing endolaryngeal carcinoma : a 10-year experience. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1999: 108 .
- [58] Steele GD Jr, Winchester DP. National Cancer Data Base : Annual Review of Patient Care 1994. Atlanta. Ga : American Cancer Society ; 1994:1-12.
- [59] Pietrantoni L, Agazzi C. Le problème ganglionnaire dans le traitement des cancers du larynx et de l'hypopharynx. Indications et résultats après 5 ans. - Rapport au 7 e congrès international d'ORL, Paris, 1961, Karger, édit, Bâle.
- [60] Leroux -Robert J. Le problème ganglionnaire dans la chirurgie des cancers du larynx et de l'hypopharynx. *Mém Acad Chir* 1965; 91: 402-21.
- [61] Beutter P, Lacau -Saint -Guily J, Laccourreye H, et coll. Les adénopathies des épithéliomas du larynx. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1979; 96: 329-48.
- [62] André P, Laccourreye H, Haguet JF. Résultats à distance du traitement chirurgical des cancers du larynx. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1974; 91: 13-20.
- [63] Denoix P. Sur l'organisation d'une statistique permanente du cancer. *Bull Int Nat Hyg (Paris)* 1944; 1: 67-74.
- [64] Laccourreye O, Brasnu D, Laccourreye H, Trotoux J. L'extension locale des épithéliomas du plan glottique : confrontation anatomo clinique et étude de l'échec local. A propos de 432 patients traités par chirurgie partielle verticale. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1989; 106: 322-9.
- [65] Laccourreye H, Baillet F. Les indications thérapeutiques en cancérologie ORL. *Ouest Médical* , 1977 ; n o 4, 25 février.



[66] Laccourreya H, Brasnu D. Corrélation anatomo-clinique entre les mobilités cordales et aryénoïdienne et l'atteinte des muscles laryngés intrinsèques. Communication au Collegium ORL, 1982.

[67] Brasnu D, Laccourreya H, Dulmet E, Jaubert F. Mobilité de la corde vocale et de l'aryénoïde dans les cancers du larynx et de l'hypopharynx. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1988; 105: 435-41.

[68] Brasnu D, Laccourreya H, Dulmet E, Jaubert F. Mobility of the cord and arytenoid in squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx : an anatomical and clinical comparative study. Ear Nose Throat J 1990; 69: 324-9.

[69] Leroux -Robert J. Etude statistique de 620 carcinomes laryngés de la région glottique opérés personnellement depuis plus de 5 ans. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1975; 91: 445-58.

[70] Laccourreya H, Fabre A, Ménard M, et coll. La chirurgie partielle des épithéliomas de l'étage glottique. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1988; 105: 3-12.

[71] Laccourreya O, Brasnu D, Trotoux J, Laccourreya H. L'échec local et ganglionnaire des épithéliomas à point de départ glottique traités par chirurgie partielle laryngée : à propos de 432 patients. J Otolaryngol 1990; 19: 2.

[72] Laccourreya H. La chirurgie partielle des épithéliomas de l'étage glottique. Evolution de nos indications. Bull Acad Natle Méd 1993; 177: 1333-41.

[73] Laccourreya O, Brasnu D, Trotoux J. L'échec ganglionnaire des épithéliomas du plan glottique traités par chirurgie partielle laryngée : à propos de 432 patients. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1989; 106: 330-7.

[74] Muscotello L, et al. Laryngofissure and cordectomy for glottic carcinoma limited to the mid third of the mobile true vocal cord. Laryngoscop 1997; 107: 1507-10.

[75] Laccourreya O, Gutiérrez -Fonseca R, García D. Local recurrence after vertical partial laryngectomy, a conservative modality of treatment for patients with Stage I-II squamous cell carcinoma of the glottis. Cancer 1999; 85: 2549-56.

[76] Laccourreya H, Brasnu D, Menard M, et coll. Epithéliomas du sinus piriforme. Orientation thérapeutique. A propos de 642 malades. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1986; 103: 91-103.

[77] Laccourreya H, Brasnu D, Lacau ST, Guily J, et coll. La survie dans les cancers du sinus piriforme. John Libbey Eurotext Publication Inserm, 1986; 137: 345-52.

[78] Leroux -Robert J. Résultats de la chirurgie et des associations radio-chirurgicales dans le traitement du cancer du larynx et de l'hypopharynx (à propos d'une statistique personnelle de 1 000 cas opérés depuis plus de 5 ans). Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1965; 82: 305-28.

[79] Cachin Y, Richard J, Wicard L. Les possibilités de la chirurgie partielle supraglottique après radiothérapie (à propos de 51 cas). Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1964; 81: 86-94.

[80] Nichols RD, Mickelson SA. Partial laryngectomy after radiation failure. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1991; 100: 176-80.

[81] Guerrier Y. La chirurgie de rattrapage dans les cancers du larynx après radiothérapie à dose curative. Bull Acad Natle Med 1991; 175 (4):579-86.

[82] Laccourreya H, et coll. Bleomycin as complement in the treatment of pharynx and larynx carcinomas a three years assesment. Gamm monograph on cancer research, 1976:19.

[83] Laccourreya H, Beutter P, Brasnu D, et coll. Monochimiothérapie par la bléomycine dans les résultats du pharyngolarynx Résultats à 5 ans. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1982; 99: 443-6.

[84] Laccourreya H, Brasnu D, Beutter P, et coll. Résultats d'une polychimiothérapie préopératoire dans les épithéliomas du pharyngolarynx. Oncovin méthotrexate et bléomycine. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1981; 98: 411-24.

[85] AIS araff M, et coll. Adjuvant cisplatinum and 5-fluorouracile 96 hour infusion in previously untreated epidermoid cancer of the head and neck (abstract). ASCO 1981; 22: 428.

[86] Laccourreya O, Weinstein GS, Bassot V, et coll. A clinical trial of continuous cisplatin-fluorouracil induction chemotherapy and supracricoid partial laryngectomy for glottic carcinoma classified as T2. Cancer 1994; 74: 2781-90.

[87] Laccourreya O, Brasnu D, Bassot V, et coll. Cisplatin-fluorouracil exclusive chemotherapy for T1-T3 N0 glottic squamous cell carcinoma complete clinical responders. J Clin Oncol 1996; 14: 2331-6.

[88] Laccourreya H. Cancers « limités » de l'étage glottique du larynx et chimiothérapie exclusive. Bull Acad Natle Med 1997; 181: 641-9.

SONOTONE

Société Industrielle d'Acoustique (SIAC)



Siège : PARIS, 1, avenue de Messine (8^e), Tél. Carnot 00-41

Succursales : LYON, 7, place des Terreaux, Tél. Burdeau 43-70

MARSEILLE, 4, rue Méolan. Tél. Colbert 29-21

Bureau : TOULOUSE, 3, rue Genty - Magre, Tél. 243-77

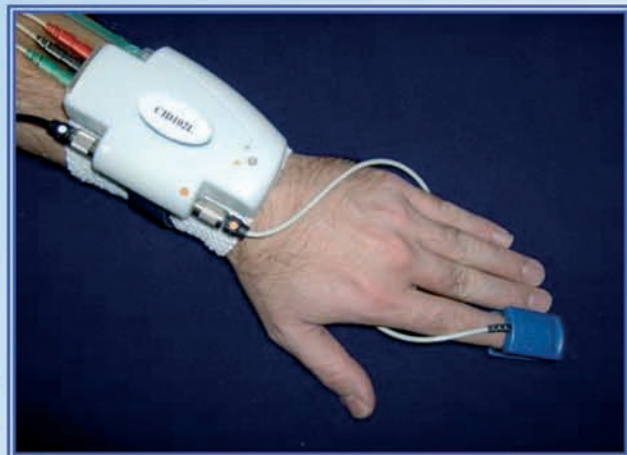
Correspondants dans les principales villes de France



CIDELEC



**Polygraphes
Polysomnographes
Diagnostic
Contrôle sous PPC, VNI**



**Sons trachéaux
Pression supra sternale
Résistances des V.A.S.
12 voies électrophysiologiques
Indicateurs de micro-éveils
EMG jambiers, masséters,
EMG diaphragmatiques ...
Contrôle avec orthèse mandibulaire
Vidéo Numérique**

**Présentation - Installation - Formation
18 années de diagnostic de la ronchopathie,
du S.A.O.S. et des pathologies liées au sommeil**

CIDELEC

4 rue des métiers – 49130 Ste GEMMES / Loire

Tél : 02.41.66.20.88 – Fax : 02.41.79.07.76 – email : cidelec.sa@wanadoo.fr



Système d'implant cochléaire

Digisonic® SP



Profil anatomique...

Digisonic® SP

Implant 20 canaux

- Stimulateur électronique basse consommation à haute densité d'intégration
- Mise en place chirurgicale rapide et facile - Fixation par deux vis
- Compatible IRM 1,5 T
- Grande fiabilité - Garantie 10 ans
- Structure mécanique renforcée.

Digi SP

Processeur contour d'oreille

- Traitement du signal haute fidélité par FFT (Fast Fourier Transform)
- Alimentation par deux piles standard 675 Zinc Air
Durée moyenne : 4 jours
- Système double microphone à effet directionnel pour augmenter la compréhension dans le bruit
- Large choix d'accessoires (système FM, boucle d'induction, câble audio, kit piéton)
- Témoin lumineux de fonctionnement
- Indiqué pour les enfants et les adultes
- Disponible en 9 couleurs.



*L'élégance
technologique...*

Digi SP'K

Processeur micro-contour avec batterie déportée

- Traitement du signal haute fidélité par FFT (Fast Fourier Transform)
- Alimentation par une pile AA (standard ou rechargeable) - Durée moyenne : 6 jours
- Sélecteur 4 programmes et connexion FM directe
- Telecoïl intégrée
- Témoin lumineux de fonctionnement
- Forme anatomique du micro-contour adaptée au pavillon (épaisseur : 6,8 mm poids : 2 grammes)
- Indiqué pour les très jeunes enfants (moins de 3 ans)
- Disponible en 2 couleurs.



Ultra léger...!

www.neurelec.com



Neurelec
An MXM Company

Humanizing
Technology

Entendre
la vie...





1957-1998....2008 : *la surdité*

Pr. Alain MORGON

69 - Lyon

Ma carrière professionnelle a couvert à peu près la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Des progrès ont transformé l'approche du diagnostic et des indications thérapeutiques de la surdité. Ils ont porté sur l'approche morphologique fine de l'oreille et sur son analyse fonctionnelle. Aussi l'appréhension de la surdité en tant que handicap de la communication a conduit à des prises en charge adaptées car individualisées. Trois domaines ont concouru à cette connaissance de l'oreille pathologique : l'électrophysiologie, la radiologie et la génétique.

L'étude des activités des cellules ciliées cochléaires distingue formellement cellules ciliées internes et cellules ciliées externes. Les cellules ciliées externes sont dotées de propriétés contractiles que l'onde sonore met en jeu ; leur contraction entraîne un mouvement de la membrane tectoriale dans laquelle sont en continuité leurs cils. Le mouvement de cette membrane entraîne un appui sur les cils des cellules ciliées internes, véritables cellules sensorielles; stimulées, elles sécrètent un médiateur chimique qui excite les fibres afférentes du nerf auditif. Cette contractilité des cellules ciliées externes est à la base du recueil des oto-émissions acoustiques provoquées, examen essentiel qui interroge la cochlée. Des travaux sont en cours pour une connaissance meilleure du système efférent qui

permet aux centres nerveux auditifs de contrôler le fonctionnement de l'appareil périphérique cochléaire.

Le recueil des potentiels évoqués auditifs d'abord tardif puis précoce a changé le diagnostic des surdités de perception, particulièrement des surdités de perception unilatérales. Autrefois un grand nombre de tests auditifs étaient nécessaires pour différencier surdité de perception cochléaire et surdité de perception radulaire. Méthode objective, rapide, fiable, le recueil des potentiels évoqués auditifs a permis un diagnostic plus précoce du neurinome de l'acoustique.

Applicable quel que soit l'âge, pour une oreille séparément, les potentiels évoqués auditifs ont une place majeure dans le diagnostic de la surdité de l'enfant, de la simulation, des surdités centrales.

Associés aux oto-émissions acoustiques, les potentiels évoqués auditifs sont un instrument performant pour le diagnostic précoce d'une surdité de l'enfant. Les méthodes électrophysiologiques ont fait entrer l'otologie dans une ère nouvelle provoquant un changement radical.

La radiologie vient compléter les examens électrophysiologiques apportant des précisions anatomopathologiques dans les malformations de l'oreille interne, des lésions tumorales du paquet

Acoustico-facial, du conflit neuro-artériel. Scanner, IR M simple ou en 3D sont des investigations préopératoires indispensables.

Les étiologies de la surdité de l'enfant comportaient un pourcentage important de causes inconnues.

Les causes génétiques apparaissent maintenant comme représentant les trois quart des étiologies;

Les surdités génétiques ont pris cette place d'autant plus que certaines étiologies disparaissaient comme la rubéole anté-natale, l'incompatibilité foeto-maternelle ou l'anoxie néo-natale. De même les soins apportés aux grands prématurés sont préventifs d'une surdité qu'un contrôle par les potentiels évoqués auditifs précoces de tous les enfants admis en néonatalogie permet de diagnostiquer précocement.

Si la prothèse auditive était encore à la fin de la première moitié du XX^{ème} siècle un boîtier avec un fil en "Y" qui équipait les sourds de tous les âges, l'aide auditive numérique enfin corrige les défauts majeurs qui étaient reprochés à la prothèse analogique. Actuellement le port d'une aide auditive est possible dans le bruit. Sa visibilité est très diminuée. Les conduits auditifs externes sont enfin libres. Mais dans le domaine des suppléances instrumentales de la surdité, l'évènement marquant est l'implantation cochléaire. C'est en 1972 que William House présente au congrès

du Collégium à Berne le premier cas d'un adulte sourd total implanté. Les progrès se sont succédés. Appliquée à l'enfant pour les surdités totales ou profondes, l'implantation cochléaire a transformé la vie de ces enfants permettant une acquisition du langage telle qu'ils peuvent suivre une scolarité ordinaire.

Certes, il reste des cas de surdité avec handicap qui nécessitent une éduca-

tion spécifique mais cette prise en charge est souvent facilitée par l'implantation cochléaire.

A l'orée du XXI^{ème} siècle, la surdité est présente comme maladie et comme handicap de la communication; elle est une question de santé publique : surdité de perception de l'enfant nécessitant un dépistage néo-natal, surdité de l'adolescent et de l'adulte, jeune adepte de certains concerts et

de boîtes de nuit, surdité professionnelle de l'adulte, presbyacousie dont le nombre de cas augmente au gré d'une longévité qui s'allonge.

La surdité ressortit aux traitements dont dispose l'otorhinolaryngologiste qui n'oublie pas que la surdité est aussi un handicap de la communication qui relève alors de certaines dispositions de la Loi de février 2005 sur le handicap.

SULFUREUX POUILLET

MÉDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS

POUR BOISSON : POUR BAINS :

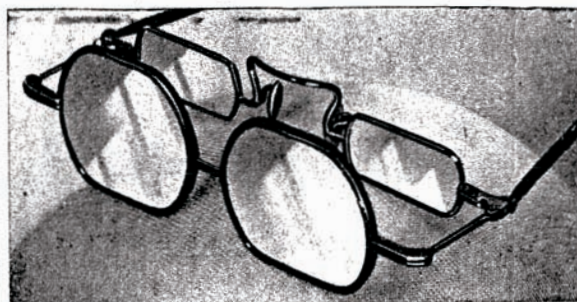
Comprimés inhalants

LABORATOIRE : 62, rue du Cardinal-Lemoine, PARIS-V

LUNETTE-LOUPE FRANÇAISE

TRES LEGERE : 38 g.- PRATIQUE: se porte comme une lunette ordinaire
GROSSIT : 4 f. à 20 cm. avec un champ de vision NETTE de 15 cm. x 15 cm.
FACILITES DE TRAVAIL : les 2 mains restent disponibles.
A DAPTATION A TOUTES LES VUES par modification des oculaires.
ENCOMBREMENT TRES REDUIT : se plie dans un étui courant.

Indispensable pour la Chirurgie de la Surdité



H. & M. RENAULT, 107, rue Jouffroy, PARIS - Tél. : Wag. 15-15

COLLUTOIRE V. E. DOUMER

au Bleu de Méthylène

Laboratoire BOMEL   ANNONAY (Ardèche)

Hearing is our
passion.

Cochlear™ - Leader mondial des solutions auditives implantables.

Baha®



Offre une solution prouvée et fiable pour les personnes souffrant d'une perte auditive de transmission, d'une perte d'audition mixte ou de surdité unilatérale SSD™.

Nucleus®



Cet engagement s'inscrit dans les faits. Cochlear™ a r alis e plus d'avancées dans les innovations que n'importe quelle autre organisation. 7 patients implant es sur 10 utilisent un système Cochlear Nucleus®.

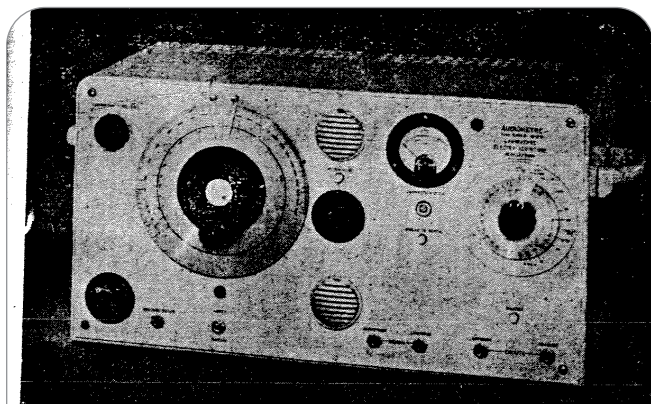
Cochlear France S.A.S.
Route de l'Orme aux Merisiers
ZI. Les Algorithmes, B at Homère
91190 Saint Aubin
Tel. 811 111 993
Fax. 0160 196 499

www.cochlear.fr

Cochlear et le logo en forme d'ellipse, ainsi que Nucleus et Baha sont des marques déposées de Cochlear Limited.
N31897 ISS2 SEP08

Hear now. And always


Cochlear™



AUDIOMÈTRE

Mesure Objective de l'Audition permettant la détermination du seuil d'audibilité par voie aérienne et osseuse dans toute l'étendue du spectre sonore.

Contrairement aux modèles existants qui fournissent les différentes fréquences par échelons discontinus, généralement par octaves, cet appareil produit tous les sons purs audibles de 16 à 20.000 c/s d'une façon continue. Leur niveau est variable dans une large mesure et avec une grande précision de - 15 à + 110 décibels.

La communication entre examinateur et patient se fait dans les deux sens par microphone ainsi que par signaux visibles et audibles.

Tous les dispositifs nécessaires pour la vérification et le réglage de la fréquence et de l'intensité du son se trouvent dans l'appareil même.

APPLICATIONS

En médecine : Détermination des qualités auditives de l'individu, non seulement d'une façon globale mais dans ses différentes parties, indispensable à la localisation de la surdité et permettant de vérifier l'amélioration du traitement.

En hygiène sociale : Constatation de l'effet nocif de certains milieux bruyants, dépistage de troubles auditifs, détermination précise du taux d'incapacité auditive.

En biométrie humaine : Sélection et orientation professionnelle (téléphonistes, télégraphistes, cheminots, aviateurs).

QUELQUES RÉFÉRENCES

Collège de France, les Facultés de Médecine et de Pharmacie de Paris, Ministères de l'Air et de la Marine, Soc. Nat. des Chemins de fer Français, Conservatoire National des Arts et Métiers, les Médecins otologistes Dr. Caussé et Dr. Sourdille, etc.

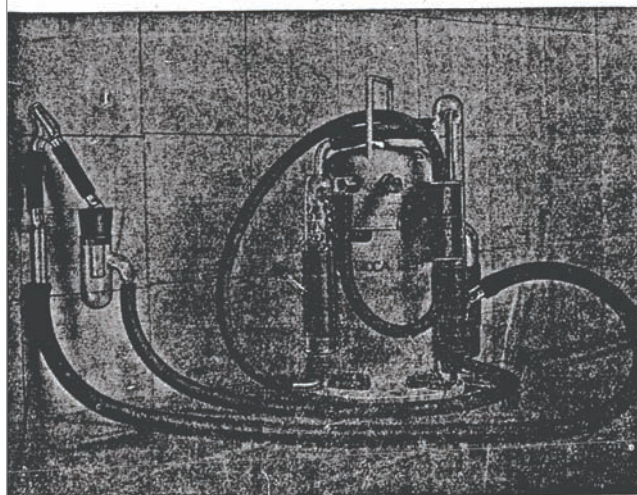
NOTICE S A G 5/A SUR DEMANDE

LABORATOIRE
ELECTRO-
ACOUSTIQUE

L. E. A.

5, R. Casimir Pinei
MEUILLY-SUR-SEINE
Tél. MAI 55-06, 55 21

LES AÉROSOLS EN O.R.L.



L'ATOMISOL III

CICCA-DEM

L'APPAREIL QUI « ASPIRE » LES SINUSITES

AÉROSOLS CHAUDS

Nous envoyons sur simple demande un tiré à part de la communication du Dr F. FAVRE :

Les Aérosols en Oto-Rhino-Laryngologie

E^{ts} DE ROLIN, 16, rue Augereau — PARIS (VII^e)

Rhino-Capsules
DE
LENIFORME

Huile antiseptique non irritante
dose à 5 ou 10% d'essence antiseptique
pour auto-injections nasales

CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites

ECHANTILLON 36, RUE PETRELLE
PARIS 5^e

Suppriment l'emploi des compte-gouttes.



La troisième révolution médicale, entre puissance et crises (1945-2000)

Dr Jean Yves BOUSIGUE

Dans leur Histoire de la médecine, parue en 1962, Bariety et Coury, présentaient l'endocrinologie comme une histoire de la médecine en raccourci, « passant en cent ans à peine de l'état embryonnaire à la maturité la plus achevée ». Pour ces auteurs, inscrits dans le positivisme propre à l'historiographie médicale française, la médecine vivait alors les « siècles de vérité » (19^e et 20^e siècles). La « fin de l'histoire » était à portée de main... La vérité scientifique triomphait enfin, après une longue marche initiée à la Renaissance avec les siècles de renouveau et poursuivie par deux siècles de raison (17^e et 18^e siècles).

En 1999, M Grmek, notait à propos de la révolution biomédicale du 20^e siècle, en conclusion de l'Histoire de la pensée médicale en Occident, que « si l'on peut énumérer, cataloguer et décrire les réalisations du 20^e siècle, il est difficile, voire impossible, de les soumettre à une analyse historique. Nous sommes arrivés au point où les récits des batailles sont fait par les combattants eux-mêmes et où les idées nouvelles et les découvertes sont expliquées par ceux qui les ont, sinon imaginées et réalisées, du moins vécues plus ou moins directement. Pour ce passé tellement présent, la distance historique nous fait défaut ».

Fallait-il renoncer à faire de la médecine et singulièrement de la deuxième partie du 20^e siècle un objet de l'histoire immédiate, moins attentive à la linéarité du progrès ou aux batailles qu'aux mouvements qui travaillent la médecine et la société contemporaines ?

Il est vrai que rien, au début des années 1960, ne pouvait modérer ni à plus forte raison, démentir une perception délibérément optimiste de la médecine. Entre nouveautés et progrès, l'air du temps et l'histoire semblaient se répondre l'un l'autre, dans un environnement où la croissance économique effaçait difficultés et inquiétudes conjoncturelles.

Rien ne laissait présager non plus que deux décennies plus tard à peine - au milieu des années 1980 - la médecine française connaîtrait, avec l'affaire du sang contaminé, une crise majeure après quoi bien des choses ne seraient plus comme avant.

Alors que les progrès et l'innovation diagnostique et thérapeutique – avec l'introduction de l'imagerie médicale et les perfectionnements de la chirurgie notamment – se poursuivaient à un rythme soutenu, des crises protéiformes ont imposé un nouveau régime d'historicité.

1945-1980. Optimisme et premières inquiétudes...

Dès la fin de la deuxième guerre mondiale la médecine vit au rythme des découvertes – diagnostiques et thérapeutiques – et de

l'expansion continue du système de soins. La médecine trouve dans l'expansion économique des trente glorieuses de quoi alimenter un développement inédit avec l'Etat Providence pour arrière plan.

Adossée aux acquis de la clinique accumulés depuis un siècle et demi, la médecine française peut encore passer sinon pour la première médecine du monde, du moins pour l'une des premières. « Nous avons l'une des meilleures médi-



nes du monde que tout le monde nous envie » se plaisent à dire les grands patrons.

Mais les deux guerres mondiales sont passées par là et la puissance américaine a pour conséquence, entre autres, que l'on ne vient plus – comme au siècle précédent – en France pour apprendre la médecine. Au contraire, ce sont les médecins français qui, au sortir de la seconde guerre mondiale vont aux Etats Unis pour ramener une médecine pensée désormais comme le modèle de référence. En résultera une « reconfiguration de savoirs de la santé sous l'autorité du laboratoire [qui] n'avait rien de nécessaire ni d'inévitable. En ce sens, il s'agit bien d'un produit historique, d'une invention collective » (J P Gaudillière).

1945-1970. Des avancées thérapeutiques indiscutables.

Le XX^e siècle restera sans doute dans l'histoire de la médecine celui de la révolution thérapeutique. Après le nihilisme thérapeutique en vogue au 19^e siècle, l'arsenal thérapeutique ne s'enrichit guère dans les premières décennies du 20^e siècle.

En 2000, le « Vidal » dépasse les 10 000 références !

La révolution thérapeutique s'accompagne d'une révolution économique et culturelle de la pharmacie avec le l'émergence d'une puissante industrie devenue un des piliers de l'économie mondiale et une transformation de la profession de pharmacien.

L'histoire accepte volontiers la découverte de la pénicilline comme point de départ de cette révolution. Mais la chronologie réserve des surprises : si l'action de pénicillium sur les bactéries a été reconnue en 1929, la première utilisation du médicament a attendu... 1941 et Fleming

n'a eu le prix Nobel qu'en 1945. Quant aux malades, ils n'en ont bénéficié, que bien après les sulfamides, autre découverte de l'entre deux guerres ! (D Bovet. Une chimie qui guérit). Reste que les antibiotiques représentent bien la révolution thérapeutique du 20^e siècle.

L'éradication de la tuberculose et les victoires des antibiotiques.

Malgré une meilleure connaissance clinique et anatomique de la maladie, la tuberculose résistait, notamment en raison du succès relatif de la vaccination par le BCG.

Dans l'entre deux guerres, on avait construit des sanatoriums. On comptait à la veille de la guerre 30 000 lits. Avec la collapsothérapie rendue possible par les progrès de la chirurgie, la cure climatique résumait le traitement curatif de la tuberculose.

Au début des années 1970, l'éradication de la tuberculose est à portée de main. Avec l'introduction de la streptomycine en 1944 puis de l'isoniazide et du PAS, on ne meurt plus systématiquement de méningite tuberculeuse.

En France au moins, la chimiothérapie a fait plus que la vaccination par le BCG et la construction des sanatoriums.

Les grandes maladies bactériennes – diphtérie, typhoïde, scarlatine – disparaissent des préoccupations des médecins. Mais l'utilisation extensive des antibiotiques va bientôt se payer de l'émergence de résistances avec à la clé des échecs et la crainte de voir l'apparition de germes multirésistants. Jusqu'à la fin des années soixante, l'innovation thérapeutique semble l'emporter sur le développement des résistances, dans une inquiétante course de vitesse entre les microbes et les prescripteurs.

Il faudra attendre les campagnes

d'information de ces dernières années pour apprendre que « les antibiotiques, c'est pas automatique ».

La psychiatrie vers la chimiothérapie.

En 1952, l'étude de médicaments actifs contre les allergies débouche sur la découverte des effets psychotropes de la chlorpropazine (Largactil). En moins d'une décennie l'arsenal thérapeutique de la psychiatrie se complète avec la découverte des anxiolytiques et des antidépresseurs : « depuis les années soixante, c'est-à-dire depuis que la recherche de médicaments nouveaux repose sur des stratégies biologiques sophistiquées, aucune nouvelle découverte notable n'est venue enrichir la panoplie des psychotropes » (E Zarifian, Les jardiniers de la folie).

Jusque là, la prise en charge des malades psychiatrique ne relevait guère que de techniques plus ou moins invasives : électrochoc, lobotomie... le plus souvent dans le cadre d'une hospitalisation prolongée, à l'asile. A l'exception de la lobotomie, les thérapeutiques « physiques » ne disparaîtront pas complètement.

Les français vont devenir les premiers consommateurs de psychotropes au monde, non pas tant que les affections psychiatriques soient plus fréquentes ou mieux diagnostiquées chez nous, mais en raison d'un choix médical, en lieu et place des alternatives que constituent les psychothérapies notamment.

L'importance de la consommation de médicaments est une caractéristique de la médecine française.

La chimiothérapie anticancéreuse. L'exemple des leucémies.

L'espoir de vaincre le drame des leucémies qui touchent plus volontiers des enfants semble à portée de main à la fin des années soixante.



Jean Bernard et Marcel Bessis obtiennent les premières rémissions dans les leucémies de l'enfant avec l'exanguino-transfusion – le bon sang qui guérit - en 1947. Mais les publications des premiers cas de rémissions durables ne sont publiés qu'en 1970. Les moutardes azotées et l'acide folique sont les premières molécules reconnues comme efficaces, mais là encore, comme pour les antibiotiques et les psychotropes, la recherche bénéficie du hasard.

En 1948, après un premier succès - fugace - à la suite d'une exanguino-transfusion, une rémission est obtenue grâce à l'aminoptérine (antifolique). On avait remarqué que des souris soumises à l'acide folique voyaient leurs globules blancs augmenter. Comme pour l'indication de l'exanguino, ces tentatives étaient, selon l'auteur, le fait de la raison.

Puis viendra une période où hasard et raison vont se succéder pour aboutir dans les années soixante à de longues rémissions grâce à des associations, telles que corticoïdes aminoptérine. J. Bernard et ses collaborateurs peuvent publier en 1970, 65 observations de leucémies aiguës avec des rémissions « qui ont dépassé quatre ans ».

L'invention des médicaments.

Pour prendre la mesure de cette révolution thérapeutique, il faudrait citer toutes les catégories de médicaments : corticoïdes, anti-inflammatoires, hormones de substitution, pour ne rien dire des fortifiants en tout genre... Ampoules, gouttes, suppositoires, comprimés, gélules, injections, perfusions dessinent une hiérarchie dans l'efficacité et, corrélativement dans la gravité des pathologies. Une profusion de médicaments qui va même donner corps à des entités pathologiques incertaines comme l'insuffisance veineuse chronique et l'insuffisance circulatoire cérébrale

En même temps, on assiste à la disparition des préparations magistrales et à la montée en puissance des grands laboratoires industriels préfigurant les complexes médico-industriels de la fin du 20^e siècle.

Les revues médicales y trouvent leur compte en publiant force essais thérapeutiques signés souvent par des grands patrons et en profitant de la masse publicitaire. Les laboratoires envoient leurs représentants – les délégués médicaux - « visiter » les médecins pour leur proposer de nouveaux médicaments, avec des arguments convaincants.

Ainsi, la chimiothérapie, au-delà d'incontestables succès, connaît une véritable révolution industrielle et devient un secteur économique important, alimenté par un marché captif et solvable grâce à l'Etat Providence.

« Greffes » d'organe et progrès en chirurgie.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la chirurgie reste encore un métier unique. Alors que la médecine anatomo-clinique puisait dans le fond de la chirurgie, sauf exception, la chirurgie n'avait pas suivi la nosographie, non plus que la spécialisation d'organes. Il y avait bien quelques individualités qui se dédiaient à une discipline – la neurochirurgie – mais la chirurgie restait « généraliste ».

Tout va changer rapidement. La chirurgie orthopédique poussée par la traumatologie de la route puis le développement des prothèses, de hanche puis du genou, la chirurgie thoracique, celle de la sphère ORL, la chirurgie ophtalmologique. Bientôt, au début des années 1970, la chirurgie générale se résumera à la chirurgie digestive. A ce moment là, tout pousse à la spécialisation : l'instrumentation

qui devient de plus en plus sophistiquée, l'apparition d'un microscope dans les blocs opératoires, l'extension des indications opératoires permise par le perfectionnement – encore à venir toutefois – de la réanimation et de la prise en charge post opératoire. Le fameux choc opératoire s'évanouit avec les progrès de l'anesthésie.

C'est dans les années 1960-1970 que la chirurgie des greffes d'organes, bientôt dénommées transplantations » prend son essor. La première greffe du rein – réalisée en 1962 à Paris - est considérée comme une prouesse. Les controverses qui prennent corps à la suite de la première transplantation cardiaque en décembre 1968 tient moins au geste lui-même qu'à la symbolique attachée à l'organe. Viendront ensuite les transplantations de foie, de poumon et les tentatives de réimplantation de membre après amputation accidentelle.

Sur l'état des transplantations d'organes, Jean Paul Binet et coll pouvaient écrire en 1969 : « l'année qui vient de se terminer, a été marquée par la réalisation de nombreuses transplantations d'organes, exécutées dans le monde entier. (...)

En dehors des greffes cardiaques, trois transplantations de poumon, de foie et du grêle méritent d'être rapportées ».

Thomas Starzl, pionnier de la transplantation du foie, résume cette période dans ses mémoires publiées en 1992 : « quand je commençai à travailler sur les transplantations en 1958, le panorama était presque vide. Il n'y avait pas de receveurs en dehors de quelques uns qui avaient reçu des reins à Boston d'un jumeau homozygote. Trois ans plus tard quand John F. Kennedy fut intronisé président des Etats Unis, la transplantation était encore un exercice ésoté-



rique pour un petit nombre rêveurs dans un aussi petit nombre de laboratoires de recherche chirurgicale. Cependant au moment de l'assassinat de Kennedy, en novembre 1963, la transplantation rénale était réalisée chez un nombre relativement croissant d'insuffisants rénaux, et les premières tentatives de remplacement du foie avaient été effectuées. Un nouveau champ de la médecine venait de naître. Avant que l'inflation des espoirs suscités par ces temps premiers ne soit comblée, il allait s'écouler plusieurs années ».

Les propos de Jean Paul Binet en 1970 caractérisent assez bien l'état d'esprit des chirurgiens cardiaques en 1970 et de l'engouement pour la transplantations : « ce qui est certain aussi, c'est que dans ce domaine le progrès est si rapide que ce qui est dit est déjà périmé et ce qui est écrit est déjà du domaine de l'histoire de la médecine ».

Les hôpitaux au cœur du système .

La révolution thérapeutique va trouver dans la transformation des hôpitaux le support nécessaire à son déploiement.

L'ordonnance du 30 décembre 1958 consacre une volonté politique initiée sous le gouvernement Mendès France en 1954, ne visant rien moins que la création de centres de soins et de recherche, qui seraient, sur le modèle américain des laboratoires de prix Nobel. A l'origine de cette mutation de l'hôpital public une poignée de médecins parisiens, ayant fait le voyage des Etats Unis dans l'immédiat après guerre et conquis par le modèle américain, conjuguant soins et recherche. Avec la création des CHU c'est l'université qui fait son entrée à l'hôpital, devenant par la même occasion centre de soins d'enseignement et de recherche. Deux conséquences vont en découler rapidement : l'émergence d'un nouveau type de médecin – à la fois soignant,

chercheur, et enseignant – institutionnellement puissant, cumulant les fonctions de chef de service et de chef d'école.

Désormais, c'est l'université qui conditionnera la structure interne des hôpitaux universitaires, d'autant que les professeurs doivent avoir « leur » service.

Tout pousse à la montée en puissance des hôpitaux, avec en retour – innovation technologique et sur spécialisation aidant – la construction d'une médecine de plus en plus éloignée de la pratique quotidienne.

L'hôpital universitaire devient le lieu des innovations, des traitements lourds et nouveaux.

1970-1980. Premières inquiétudes, premières critiques.

C'est dans un milieu bardé de certitudes et d'une foi jamais remise en cause dans la nouveauté identifiée au progrès que se manifestent les premiers doutes et les premières critiques.

Au début des années 1970, quelques voix tentent de se faire entendre pour exprimer les premiers doutes et les premières critiques devant les tentations d'une médecine saisie par le vertige de sa récente toute puissance. Jean Bernard avec *Grandeur et tentations de la médecine* en 1973 ; Ivan Illich dont la *Némésis médicale* paraît en France en 1975 ; M Foucault avec « l'invention » du biopouvoir ; l'historien de la médecine espagnol Pedro Laín Entralgo – dont le dernier chapitre de son *Historia de la medicina* parue en 1978 portait le titre de puissance et perplexité, illustrent les doutes sur un progrès continu et indiscutable de la médecine.

« Privilèges, habitudes, somnolence, la révolution biologique remet tout

en question » écrit Jean Bernard, dans *Grandeurs et tentations de la médecine*, publié en 1973.

Et d'évoquer aussitôt, les « conséquences sociales, économiques, morales des progrès de la médecine » et les cinq tentations qui la guetteraient : Administrative, politique, psychologique, sociologique et humaniste.

La place des magistrats n'est évoquée que sous l'angle d'une lutte contre ces charlatans dont « la prolifération, l'inconscience, la scandaleuse immunité sont singulièrement dangereuses pour la santé publique ».

La foi dans l'avenir reste intacte : « Rien de plus périmé que la dispute scholastique sur la nature de la médecine opposant ceux qui la tiennent pour un art à ceux qui la tiennent pour une science (...) la connaissance objective comme seule source de vérité authentique..., idée austère et froide qui ne propose aucune explication mais impose un ascétique renoncement à toute autre nourriture spirituelle. » J Monod, cité par J Bernard. P 310 « L'honneur de la médecine et sa difficulté sont dans cette alliance du devoir de science et du devoir d'humanité. ».

Quant à la révolution thérapeutique en cours, dont les médecins constatent tous les jours les effets bénéfiques, elle « n'est pas encore nettement perçue par l'opinion, par les magistrats. »

La publication de *Némésis médicale* en 1975 met en exergue le concept de iatrogénie sociale.

« L'entreprise médicale menace la santé » A l'époque, cette affirmation pouvait faire douter du sérieux de l'auteur, mais elle avait aussi le pouvoir de provoquer la stupeur et la rage. Vingt ans plus tard, je ne pourrai plus reprendre cette phrase à mon compte, et cela pour deux raisons. Les médecins ont perdu le gouvernail de l'état biologique, la barre



de la biocratie. Si jamais il y a un praticien parmi les « décideurs », il est là pour légitimer la revendication du système industriel d'améliorer l'état de santé. Et, en outre, cette 'santé' n'est plus ressentie. (...) Aujourd'hui [en 1998] je commencerai mon argumentation en disant : « la recherche de la santé devient le facteur pathogène prédominant. Illich, la perte de sens p 330.

Pedro Laín Entralgo, se son côté, inscrit la médecine de ces années là entre puissance et perplexité.

Pour lui, la première guerre mondiale marque la fin d'une histoire de la planète et en ouvre une autre, même si dans les années 1970 « on continue à ausculter comme Potain, à prendre la tension comme Vaquez et à chercher les réflexes ostéo tendineux comme Babinski. »

Si la puissance de la technique et de la science permettent de comprendre les phénomènes naturels, de la santé ou de la maladie, la perplexité demeure devant les questions telles que « qui suis-je ? que va-t-il advenir de moi ?

En même temps, il s'interroge sur l'influence que pourraient avoir sur la médecine la prolifération de la littérature médicale et la naissance des bases de données, l'intrusion des statistiques – les données globales remplacent les histoires singulières du siècle précédent, et l'organisation hospitalière qui « fabrique » une médecine qui lui est propre.

Lain Entralgo s'interroge sur la iatrogénie. « Au sens le plus général du terme, la iatrogénie désigne l'influence bénéfique ou nocive selon laquelle la personne ou la conduite du médecin exercent leur action en tant que thérapeute ; dans son emploi habituel, le mot

désigne seulement les aspects négatifs ou nocifs de cette influence. » Et l'auteur d'ajouter : « une vaste bibliographie montre irréfutablement que l'extraordinaire liste des médicaments aujourd'hui en usage rend difficile une bonne connaissance de leurs indications, des leurs effets collatéraux et secondaires et de leurs incompatibilités, et donne lieu, du coup, à de fréquentes altérations iatrogènes chez le malade traité. Une nouvelle discipline, la pharmacologie clinique, paraît de plus en plus indispensable pour la bonne formation du médecin. »

En 1963, Bariéty et Coury évoquaient de manière elliptique « la triste expérience récemment acquise avec certains tranquillisants administrés chez la femme enceinte [qui] a montré que cette pathologie 'iatrogène' est d'autant plus insidieuse et redoutable qu'elle est susceptible d'avoir des incidences génétiques. Sans le dire, les auteurs évoquaient l'affaire de la Thalidomide.

L'affaire de la thalidomide reste, pour l'histoire de la médecine la première affaire de complication liée à la puissance de la médecine. Voici comment en rendent compte Bariéty et Coury : « Les traitements actuels permettent à des individus, jusqu'alors voués à une mort précoce, d'atteindre l'âge de la procréation : cette survie prolongée favorisera peut-être la transmission de tares ou de vices de conformation aux générations suivantes. Il faut également tenir compte de l'incidence des radiations ionisantes et du danger que comportent, pour l'embryon et le fœtus, certaines médications prescrites aux parents. Cette dernière notion a été illustrée de façon tragique par un récent exemple. Dans ce domaine, la rançon du progrès est encore difficile à évaluer »

1980-200... Temps de crises.

Dans les années quatre vingt, la crise va s'installer comme le régime d'historicité de la médecine. Les médias vont s'emparer de la médecine. Les problèmes et les difficultés du système de soins vont faire le succès d'une médecine spectacle, portée par la télévision, jouant volontiers sur l'émotionnel, au détriment d'une réelle pédagogie :
- Depuis le milieu des années soixante dix les difficultés de financement de la Sécurité sociale sont devenues une question politique. Le « trou de la Sécu » prend des allures de feuilleton.

- En même temps, la survenue de crises sanitaires – inédites pour l'une des « meilleures médecines du monde que tout le monde nous envie » et quelques erreurs médicales offrent un terrain propice au développement d'un climat de défiance à l'égard de la médecine et du corps médical en particulier.

- De là, une crise dans la relation médecin malade, où l'humanisme traditionnel – accusé d'être l'alibi du pouvoir médical - est battu en brèche avant qu'un lourd appareil juridique ne vienne s'y substituer.

Crise de l'Etat Providence

En 1981, Nicole Questiaux eut beau dire qu'elle ne serait pas le « ministre des comptes » de la protection sociale, ses propos – au-delà de la courte polémique qu'ils déclenchèrent – relevaient plus de la posture politique que d'un réel projet susceptible de tirer la Sécurité sociale d'un déficit, certes chronique, mais qui, alimenté par l'inflation et la montée récente du chômage, atteignait 7 milliards de francs. Deux ans plus tard, le réalisme économique reprend le dessus et Pierre Bérégovoy présente « l'équilibre des comptes » comme la condition de la survie du système.



Jusque là, les problèmes, pourtant chroniques, sinon congénitaux du financement de la protection sociale, n'avaient guère sollicité l'attention des politiques qui, de surcroît, en avaient confié la gestion aux partenaires syndicaux.

A l'exception des ordonnances de 1967, dont l'objectif était, selon J M Jeanneney, alors ministre des affaires sociales dans le gouvernement Pompidou, essentiellement financier - « remédier au déficit existant alors et plus encore à ceux qui étaient prévisibles » - la fuite en avant autorisée par la croissance économique des trente glorieuses, avait servi de politique.

Le 22 septembre 1969, lors de sa première conférence de presse, Georges Pompidou, nouvellement élu président de la République, lançait cette sombre prophétie :

« Je me suis amusé, si j'ose dire, à poser à un ordinateur la question suivante : supposons que nos dépenses sociales se mettent à croître au rythme où s'accroissent, à l'heure actuelle, les dépenses de l'assurance maladie. Dans combien de temps est-ce que le budget social de la nation absorbera la totalité de nos ressources et de notre produit national ? Réponse de l'ordinateur : 19 ans et deux mois.

Je ne garantis pas les deux mois. Il n'en reste pas moins que nous sommes là devant un problème d'une extrême gravité et qu'il faut avoir le courage de regarder en face si l'on ne veut pas se préparer des chocs brutaux et de mauvaises surprises ».

On n'attendra pas... 1998, mais les premières mesures n'interviendront qu'en 1975, avec le plan de redressement de 1975, dit plan Durafour, portant déplafonnement de la base des cotisations salariales et baisse de la TVA sur les médicaments.

Le plan Durafour ouvre l'ère des plans de redressement de la Sécurité

sociale – une quinzaine jusqu'en 1993 – d'où on retiendra les augmentations régulières du ticket modérateur, la mise en place d'un forfait hospitalier (1983), l'instauration de la CSG (1990), une tentative de mise en place de références médicales opposables et de création d'un dossier médical (1993) qui sont la seule véritable intrusion directe de la Sécurité sociale dans la pratique médicale.

Lui succédera un interventionnisme politique direct avec le vote chaque année par le parlement d'une loi de financement de la Sécurité sociale (loi constitutionnelle du 22 juillet 1996) et la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, qui, en instituant le parcours de soins, ne peut pas être sans influence sur la pratique médicale.

Entre l'ambition initiale, qui était d'instituer « une organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent », les échecs de toutes les tentatives pour maintenir un équilibre stable, les évolutions socioculturelles intervenues au cours de la deuxième partie du 20^e siècle, le débat reste ouvert, alors que le trou de la Sécu est pour certains un mythe technocratique entretenu à des fins pédagogiques : « la Sécu c'est bien, en abuser ça craint ».

Cependant, son influence réelle sur l'évolution de la médecine reste encore un chantier à ouvrir. Si la sécurité sociale n'appartient pas stricto sensu à l'histoire de la médecine contemporaine, son histoire interroge celle de la médecine, à travers des dispositions telles que la maîtrise médicalisée ou comptable, le développement des génériques, la répartition des ressources entre la médecine de ville et l'hôpital.

Crises sanitaires et erreurs médicales.

Au cours des années quatre vingt des crises d'une ampleur inédite vont venir ébranler la foi dans le progrès et jeter un doute sur la médecine elle-même. Jusque là, les rares crises qui avaient fait l'actualité avaient été mises sur le prix à payer pour le progrès. La presse s'était bien fait l'écho de l'affaire de la Thalidomide – ou des enfants phoques, nés sans bras chez des mères qui avaient absorbé au début de leur grossesse ce tranquillisant -, et, ponctuellement, des questions soulevées par la réanimation encore à ses débuts ou une erreur médicale.

Du sang contaminé à l'hormone de croissance.

La découverte, en 1940, des groupes sanguins par Landsteiner a ouvert la voie à des transfusions compatibles, au bénéfice d'un grand nombre de malades et des combattants de la deuxième guerre mondiale, la gratuité du don renforçant le caractère solidaire de la thérapeutique. L'extension du champ de la chirurgie et l'augmentation de la traumatologie routière notamment ont conduit à des besoins transfusionnels de plus en plus importants à partir des années soixante. La transfusion sanguine est devenue alors une pratique courante, alimentée par les valeurs de solidarité et de progrès et de service public, les centres de transfusion étant implantés en milieu hospitalier. Donner son sang est un acte civique : « soyez sport, donnez votre sang », dit le slogan.

En même temps, la découverte et la fabrication de cryoprécipités à partir du sang a ouvert une voie thérapeutique qui, rapidement, devait bouleverser le traitement de l'hémophilie.

Pour faire face à l'explosion de la demande – la presse relaie volontiers à l'approche des grands week-end



les appels des centres – on recherche des donneurs au moment où se développe l'épidémie de sida dont les premiers cas avaient été diagnostiqués au début des années quatre vingt.

L'extension de l'épidémie de sida au début de la décennie touche un grand nombre de pays, mais présente en France une coloration particulière en raison de la structure du système de santé. De-là, un plus grand nombre de malades contaminés hors hémophilie et des procédures juridiques interminables, conduisant à la mise en cause de responsables politiques au plus haut niveau – on se souvient du « responsable mais pas coupable » lancé par G Dufoix - débouchant sur un appareil réglementaire qui servira de modèle.

En 1984, alors que le Sida est connu depuis une publication princeps en 1981, sont publiées les premières techniques d'inactivation du virus de l'immunodéficience humaine. Pour des raisons qui touchent autant au souci de préserver une industrie naissante qu'à un système et des mentalités bardées de certitudes autant que de méconnaissance du risque, la France ne mettra en place les tests d'inactivation que courant 1986, entraînant la contamination indue de malades et de transfusés. C'est sur cette courte période que se focalisera par la suite la recherche des responsabilités.

Le grand procès tenu en 1991-1992 aboutira à la condamnation à des peines de prison des plus hauts responsables médicaux et à la mise en place d'un appareil réglementaire organisant la sécurité transfusionnelle, dès 1993.

Il n'est pas exagéré de dire que l'affaire du sang contaminé a marqué sans doute pour longtemps les mentalités. Aujourd'hui, alors que

la sécurité transfusionnelle est garantie, la transfusion reste « plombée » par une crise qui au total aura occupé l'opinion pendant plus d'une décennie.

Si l'affaire de l'hormone de croissance n'a pas mobilisé l'opinion comme le sang contaminé, elle en porte la marque. Le procès qui se tient actuellement renvoie à une contamination de malades intervenue à la suite de l'utilisation d'hormones de croissance chez des cadavres contaminés par la maladie de Creutzfeldt Jacob, et dont les premiers soupçons remontent à 1985. Lors du premier procès en responsabilité civile qui s'est ouvert en 2002, les parents d'une malade ont affirmé avoir porté plainte au civil afin de ne pas laisser le silence recouvrir ce qui, selon eux, était un déni de la vérité. Alors que la plupart des familles de malades avaient accepté une indemnisation à hauteur de 300 000 euros contre un renoncement aux poursuites, ceux-ci, pour tenir un serment fait à leur fille avant sa disparition refusèrent la solidarité nationale : « on ne voulait pas recevoir ces sommes sans savoir pourquoi on nous les donnait. » « et puis surtout, avant qu'elle ne disparaisse, on avait promis à ... de tout faire pour qu'éclate la vérité. »

Ces deux affaires, survenues à peu près en même temps – au début des années quatre vingt – révèlent ce qu'était la médecine convaincue de sa bienfaisance et totalement dépourvue de la notion de risque.

Les infections nosocomiales.

Entre l'innovation et l'extension des domaines d'intervention de la médecine est venue s'interposer la iatrogénie.

Paradoxalement, c'est au moment où elles sont enfin reconnues et prises en charge – un décret du 6

mai 1988 fait obligation aux établissements de surveiller et de lutter contre les infections nosocomiales – qu'elles posent problème.

Dans la foulée de l'affaire du sang contaminé et d'une société travaillée par un besoin croissant de sécurité et une demande de santé de plus en plus exigeante, on a cherché aussi, avec la vérité, des responsables, comme un nouveau défi lancé par la société à une médecine trop sûre d'elle.

Une nouvelle affaire apparaît au début des années quatre vingt dix. Des malades avaient été contaminés, lors d'interventions pour hernie discale par une bactérie jusque là pratiquement inconnue en pathologie humaine, *Mycobacterium xenopi* présente dans l'eau du réseau. Cette affaire conduira aussi à un procès et à la création d'une association de défense des malades – les LIEN – préfigurant la création d'un collectif de défense des victimes (CISS).

Les années suivantes verront de nombreux procès pour infection nosocomiale en chirurgie aboutissant au remplacement de la notion d'obligation de moyens par celle beaucoup plus contraignante d'obligation de sécurité de résultat.

Parallèlement, se met en place un dispositif de surveillance et de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements dont les effets commencent à se faire sentir. Toutefois, le défi de la confiance reste à relever, alors que la question de la responsabilité civile peine à trouver une solution satisfaisante et que professionnels et établissements exercent sous la menace d'une réclamation.

La loi du 1 juillet 1998 dite loi de « sécurité sanitaire » prescrit la totalité des établissements de santé ; privés ou publics : « Ils participent à



la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment les produits mentionnés à l'article L. 793-1 et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Un décret du 6 septembre 1999 précise – définitivement ? – les choses.
« Chaque établissement de santé organise en son sein la lutte contre les infections nosocomiales y compris la prévention de la résistance aux antibiotiques.

Il aura fallu près de quarante ans pour que la réglementation prenne en compte la résistance aux antibiotiques, reconnue peu de temps après leur introduction.

La crise sanitaire, régime d'historicité de la médecine contemporaine.

« La syphilis qui fait des siennes. La pharmacologie en alerte. L'alimentation sur le gril avec le sushi contaminé par des algues coralliennes. La fièvre du Nil occidental, susceptible d'infecter l'homme, qui gagne les moustiques de Camargue, tandis que les chauve-souris ont la rage : en cette rentrée, les sujets d'investigation relevant de la sécurité sanitaire ne manquent pas. » Ce florilège, saisi au hasard de la lecture des quotidiens en 2001, après l'affaire de la cérivastatine, alors que la syphilis venait de passer de 32 cas identifiés en 2000 à 46 pour un semestre, que la fièvre du Nil rassemblait huit cas humains suspects et la rage cinq animaux pourrait sans doute être reproduit aujourd'hui.

Imagine-t-on aujourd'hui l'affaire de la Thalidomide, en pages intérieures, perdue parmi les informations générales ? Quant aux problèmes soulevés par l'administration de compléments alimentaires et autres antibiotiques aux animaux, connus depuis

les années soixante, ils n'ont guère dépassé le cercle des experts jusqu'à l'emballage de la « vache folle » qui, en 1996, dégoûta quantité de gens de la viande de bœuf et menaça l'avenir de l'élevage bovin en quelques semaines.

Que quelques cas groupés de légionellose surviennent ici ou là, qu'un germe se dissémine sur quelques établissements, que la grippe aviaire survienne en Indonésie ou en Chine, les médias relaient l'information en boucle, avec tout l'émotionnel nécessaire et les pouvoirs publics en rajoutent de peur d'encourir le reproche de n'en avoir pas fait assez.

En déplaçant l'événement du terrain du fait divers sur celui de la crise et en lui conférant par médias interposés une dimension paradigmatique en matière de santé publique, on prend le risque de confondre, pour reprendre les mots de Fernand Braudel, l'écume de l'événement et la vague des changements plus profonds ; le temps court des médias et celui beaucoup lent, presque immobile, de la longue durée qui, finalement, modèle le paysage historique.

Quoiqu'il en soit du régime d'historicité, la problématique de la crise sanitaire participe désormais d'une transformation plus générale de la société qu'elle a contribué à susciter.

Crise dans la relation médecin malade, ou crise dans la société ?

La remise en cause du pouvoir médical. Puisse dans des débats tels que la pilule ou l'interruption de grossesse où le corps médical se trouve en position d'accusé.

La survenue des crises sanitaires majeures va donner corps à cette critique et la justifier.

Les comités d'éthique. Fécondation assistée. Soins palliatifs. Le biopouvoir vers la réglementation de la vie.

Risquons une hypothèse : la médecine de la deuxième partie du siècle dernier n'est-elle pas lourde d'une autre révolution qui en serait un peu le miroir tendu – ou le choc en retour –, d'une efficacité jamais atteinte retournée contre la médecine elle-même ?

Pour cela, il faut admettre que les conflits engendrés par les crises sanitaires s'enracinent dans une lutte contre un supposé pouvoir médical. De fait les défis lancés régulièrement à la médecine depuis deux décennies font bon ménage dans les sondages avec une confiance jamais démentie à l'égard de son médecin traitant et de l'hôpital.

Les années soixante ont vu naître un militantisme anti-médical qui fait flèche de tout bois – de la création de l'ordre des médecins par Vichy au conservatisme et au paternalisme qui gouvernerait la relation médecin malade dans une infantilisation de celui-ci – et s'organise progressivement en des groupes sociaux dont l'activisme trouve une oreille de plus en plus attentive chez les politiques, jusqu'à la loi du 4 mars 2002 qui consacre les droits des malades et leur capacité à intervenir sur la qualité des soins.

La publication, en 1971, par le Nouvel Observateur du manifeste dit « des 343 salopes » en faveur de l'avortement est un défi inédit lancé aux trois ans seulement après la loi sur la contraception aux institutions. L'intervention des autorités morales, qu'elles soient médicales ou non est rejetée au non de la liberté de procréer, cependant que le corps médical et en particulier les gynécologues est partagé, certains espérant ainsi mettre un terme aux avortements provoqués et à leurs complications qui font toujours l'objet d'une question de concours à l'internat.

Le 20 décembre 1975, Simone Veil parvient à faire voter par une assem-



blée également partagée, notamment à droite, la loi sur l'interruption volontaire de grossesse qui l'autorise pendant les dix premières semaines.

Une nouvelle ère va s'ouvrir bientôt avec la naissance de Louise Brown, premier bébé éprouvette, puis d'Amadine en 1982, première naissance en France.

Si la question morale reste toujours au premier plan quand il s'agit de la vie, elle se déplace de la morale pure sur le terrain de la bioéthique au début des années quatre vingt, avant même l'irruption des crises sanitaires.

Le 23 février 1983, un décret annonce la création d'un Comité consultatif d'éthique chargé de donner des avis sur les problèmes éthiques soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie de la médecine et de la santé et de publier des recommandations sur ces sujets ».

Même si la France fait alors figure de pionnière en la matière, l'interrogation et l'inquiétude ne sont pas nouvelles : « En tant que citoyens et démocrates, notre devoir civique est de veiller à ce que le savoir biologique ne soit pas déformé, ni utilisé par ceux qui détiennent le pouvoir et cherchent des arguments rationnels pour excuser leurs préjugés et leurs passions ». (Pr André Lemaire, Le Monde, 11 janvier 1952).

« L'avènement de la paix serait moins aléatoire si le monde d'aujourd'hui comprenait que, lorsque la recherche scientifique dépasse les frontières que la nature elle-même a fixées, il peut devenir impossible d'arrêter la perversion de l'esprit humain et d'empêcher la destruction de la vie elle-même, à moins d'en appeler à une juridiction internationale, qui est encore, hélas !, à créer ».

Mais la machine de la modernité tournait déjà... avec la description, un an plus tard, par Crick et Watson de la structure spatiale de l'ADN. La biologie moléculaire était née, après la découverte de la structure chimique des gènes en 1944.

Les cinquante années suivantes verront des avancées décisives dans trois domaines qui ont une incidence sur l'idée même de maternité.

- En premier lieu, la génétique permet désormais un diagnostic prénatal très fiable, à partir de la biopsie placentaire et de l'amniocentèse, pour écarter les malformations.

- En second lieu, le concept de fertilité et de grossesse a évolué avec la mise à disposition de d'ovules de donneuses ou d'ovules ou d'embryons congelés de la mère elle-même.

- Enfin, les conditions physiques des femmes au moment de la ménopause se sont améliorées. Aujourd'hui, avec l'aide d'un traitement hormonal, l'implantation dans l'utérus d'une femme de 60 voire 70 ans est possible. « Mais doit-on le faire ? » Les principaux demandeurs de grossesse tardives sont des couples qui ont perdu un enfant, ceux qui ont un désir tardif, ou ceux qui à la faveur d'une seconde union souhaitent devenir parents, enfin des femmes seules qui ne veulent pas passer à côté de l'opportunité d'être mères.

La technologie autorise toutes les demandes, jusqu'à la congélation de tissu ovarien ou de spermatozoïdes chez des adultes jeunes sous chimiothérapie pour le jour ils seront en situation de procréer.

La rapidité de l'évolution est telle que l'on n'ose plus légiférer « pour l'éternité » et la loi de bioéthique

de 1994 devait être révisée en 1999 au moment où Amandine le premier « bébé éprouvette » - obtenu par fécondation in vitro - venait d'atteindre sa vingtième année. Depuis le début des années 1990, il y a eu la création de la brebis Dolly, puis la démonstration en 1997 de la possibilité de produire un mammifère par clonage. La perspective d'une procréation asexuée et des manipulations possibles, entraîna des réactions planétaires : chefs d'Etat, autorités religieuses, structures de bioéthique... la morale reprenait le dessus !

Mais à côté d'une évolution qui frappe autant par son intensité et sa rapidité est venu s'interposer le miroir d'une iatrogénie pointée un quart de siècle plus tôt par Ivan Illich.

L'affaire Perruche mobilise l'opinion et les médias pour un préjudice de vie. Nicolas Perruche est porteur des complications connues d'une rubéole congénitale alors que le diagnostic n'avait pas été fait chez la mère à la suite d'une erreur de laboratoire. A cette occasion, on verra l'opposition devenue classique entre le droit, la médecine et l'exigence du public. Quatre arrêts contradictoires seront rendus par des juridictions différentes entre 1993 et 2000, quant à la satisfaction de la requête des parents en indemnisation pour le préjudice subi par leur fils.

En même temps que se poursuit la médicalisation de la vie, se déploie un appareil juridique qui, de jurisprudence en lois, décrets et circulaires, semble ouvrir de nouveaux temps pour la médecine.

Vers une nouvelle médecine...

LES INDÉPENDANTS



Rejoignez
des audioprothésistes
de réputation

Ils sont partout.
Ici et là, ailleurs et à côté,
dans 79 départements en France.

Si tous les audioprothésistes indépendants
du groupement AuditionSanté s'entendent si bien,
c'est parce qu'ils défendent la même idée, simple,
forte : une audioprothèse de proximité, ouverte, créative
et respectueuse des 5 millions de malentendants.

Et c'est ainsi dans 330 villes en France !
Si vous partagez la même idée, rejoignez AuditionSanté,
des audioprothésistes de réputation.

Renseignements :
05 65 23 20 30
06 72 88 60 11

Direction : D. Exposito
Conseils d'implantation : F. Devals
Communication : A.M. Exposito
Relation Presse : A. Gorgeon
Comptabilité : R. Exposito
Conseils audiologiques : D. Exposito

Rendez-vous sur :

www.auditionsante.fr



Z.I. La Beyne Est - 46000 CAHORS - 05 65 23 20 30
auditionsante@auditionsante.fr

Conclusion

Dr Jean Michel KLEIN

Secrétaire Général du SNORL

Ce document est une réflexion sur le passé du syndicalisme médical et sur la pérennité des questions qui taraudent notre système de santé : soigner le mieux possible tous les patients pour un coût le plus faible possible pour la société avec des professionnels de santé correctement rémunérés et considérés.

Mais si le syndicalisme médical a un passé, a-t-il un avenir ?

Certes, les temps changent. Nous étions dans une société hiérarchisée et de lutte des classes, nous passons à une société de partage (partage de l'information, de la connaissance et de l'autorité) et de garantie.

Dans un récent colloque de la Haute Autorité de Santé sur l'évaluation des pratiques médicales, Michel Serres, Académicien, expliquait que ce partage des compétences constitue la revanche de l'aval sur l'amont et qu'il faut l'accepter, nous conseille-t-il.

Dans ces conditions, il devient plus difficile d'exercer un quelconque pouvoir ou de prendre une quelconque décision, cela est valable pour tous les responsables, y compris au niveau syndical.

Parallèlement, on constate la progression de codes décortiquants et standardisant nos actes et diagnostics médicaux. Notre pratique ainsi « clarifiée », il reste à définir des procédures de prises en charges, véritables scénarii standardisant l'acte médical.

De prime abord, la démarche est saine et satisfaisante intellectuellement mais d'autres enjeux se font jour : intérêt des tutelles et des assurances avec, en point de mire, une régulation financière.

Dès lors, le syndicalisme retrouve sa justification : tout en restant une force de défense d'un certain nombre de principes, il doit constituer une force de proposition basée sur ces mêmes principes intangibles de notre profession : liberté de choix, secret, compétence, dévouement et équité.

Dans ces circonstances, le lancement du nouveau site du syndicat correspond à cette évolution de notre mode de réflexion et d'action : une écoute, une réactivité, une décision collégiale au travers d'un environnement numérique.

Pour terminer, je tiens à remercier très sincèrement nos collègues actifs et retraités qui ont travaillé avec passion pour que ce document nous permette de réfléchir sur le chemin parcouru et à parcourir.

Je souhaite, enfin, au nom des instances de notre syndicat, rendre hommage à notre secrétaire, Madame Nadia Aouache, qui a orchestré cet ouvrage avec ténacité et diplomatie. Nous lui devons beaucoup.



Ouverture du nouveau site du Syndicat National des O.R.L. à l'adresse : www.snorl.org

SNORL
SYNDICAT NATIONAL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

CHERCHER IDENTIFIEZ-VOUS MOT DE PASSE

dans tout le site dans l'espace public uniquement

Identifiants perdus Connexion automatique

Un syndicat national pour vous informer et vous défendre.

Espace syndical

[Entrer](#)

Le SNORL vient de **gagner le procès** de zriustrud iustrud ex euipit luptatu ercilla faci ex eulp. >>>  [Voir le détail](#)

Dossier pratique sur la détection du zriustrud iustrud ex euipit luptatu ercilla faci ex eulp. >>>  [Voir le détail](#)

Publication sur la rééducation des verfiges r iustrud ex euipit luptatu ercilla faci ex eulp. >>>  [Voir le détail](#)

Espace public

[Entrer](#)

Le SNORL gna am zriusc incipsum quat volor seniat ing et, commod er at. Tiscipsum num zriustrud ex euipit luptatu [Aller plus loin](#)

a am zriusc incipsum quat volor seniat ing et, commod er at. Tiscipsum num zriustrud ex euipit luptatu [Aller plus loin](#)

Ectem ipis acin utpatummy nos aliquis acigna faciduis eum velit ilisit dolor senim ea feu feui etue dolum eum dunt acilit praessi blaore dolor suscilla ad min vulputatum nim alls esequis allquis nism [Aller plus loin](#)

presse - presse - presse

Nouveau colloque sur la chirurgie du nez en janvier 2009.
Commy nim dio enism et at vendiat, si tin vel dit commy
PARUTION JUIN 2008 [Voir l'article](#)

Du nouveau sur les troubles de l'équilibre.
Ad diametumsan vero odigna commy nim dio enism et at vendiat, si tin vel dit dolent nibh ero esequis niam nos adit la facil dionsecte te tet euisciduis
PARUTION MAI 2008 [Voir l'article](#)

Dépistage de la surdité chez l'enfant
Commy nim dio quis niam nos adit la facil enism et at vendiat
PARUTION AVRIL 2008 [Voir l'article](#)

[Voir tous les articles presse](#)

vous contacter | Informations légales

SNORL
SYNDICAT NATIONAL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

CHERCHER IDENTIFIEZ-VOUS MOT DE PASSE

dans tout le site dans l'espace public uniquement

Identifiants perdus Connexion automatique

Espace public | Espace syndical | Espace presse

Qu'est ce que le SNORL ? | Adhérer | Contact

Accès libre : Inscription dans l'annuaire | Informations réglementaires | Cours et congrès | Les instances du SNORL

Accès syndiqués : Actualités • Chantiers • Publications • Ateliers FCM et EPP • Compte-rendus • Statuts • Hospitaliers

Pages régionales • Petites annonces • Dossiers pratiques • Adresses utiles • Vos attentes • Sondages • FAQ • Les archives

Informations réglementaires

Article SENIM du 02/03/08 sur la de zriustrud iustrud ex euipit luptatu ercilla faci ex eulp.

Article DERT du 03/02/08 sur la de zriustrud iustrud ex euipit luptatu ercilla faci ex eulp.

Article SPOIM du 15/12/07 sur la de zriustrud iustrud ex euipit luptatu ercilla faci ex eulp.

Article SENIM du 02/03/07 sur la de zriustrud iustrud ex euipit luptatu ercilla faci ex eulp.

Article SPOIM du 15/12/07

Lor sum velit pratem ea faccum volorem illluptat. Uglam, quisit utput lrem quat, car siscidunt exerostud tem quatncip esectem euguer susiton euglamet, quatem venibh euglamcon hendigna cor am velit lam dolortie dolorperos digna feu feum volobore commy nisse consendre coretrae sequatin volestud modaloborem.

Modipit velese valendip esectet vulpute faccum dolobar perlustud eum acilluptat. Ut adpils etuer sequis elenis augiat, sustrud ting ex ex eilt vel luscinc ipsucin hendreetum quate veroesent nonsequisit iure con exer augiat verostil in venism aut auf nibh euglatue consequisist etum del enit lure da dionum ing.

Fullandre magna facilit ad exer ipismodiam zriuscin hendreet dolobore tat del euguercidulp ea aliquat. Ut ad tetum vendre minist Incin hendigna feum init delit, consequatum lrustro dolor illa

Sous-rubriques

Cabinet

- > Chirurgie
- > Cabine audio
- > Sécurité
- > Stérilisation
- > Evacuation des déchets médicaux

Secrétaire


- > Convention collective
- > Fiche de paie

Codification actes

- > Grille des salaires
- > Conjoint collaborateur

Médecins

- > Assurances
- > Retraite



Gardez votre **Focus**TM

Réduisez les échanges d'instruments en utilisant plus qu'un seul : HARMONIC FOCUSTM qui :

- Permet une dissection fine, une coupe et coagulation en un seul geste
- Bénéficie d'une ergonomie intuitive pour un confort optimal
- Permet une dissection plus sûre près des structures nobles par rapport à l'électro-chirurgie
- Permet une hémostase de vaisseaux jusqu'à 5 mm et des vaisseaux lymphatiques

Ethicon Endo-Surgey
Ethicon S.A.S.
1, rue Camille Desmoulins
TSA 81002
92787 Issy-les-Moulineaux, Cedex 9
Téléphone: 01 55 00 22 11
Télécopie: 01 55 00 28 12
R.C.S. Nanterre B 612 030 619
Code A.P.E. 244 D

La chirurgie gagne en fluidité

Harmonic
• **FOCUS**TM



**Syndicat National des Médecins Spécialisés en O.R.L.
& Chirurgie Cervico-Faciale**

79, rue de Tocqueville - 75017 Paris

Tél : 01.44.29.01.28 - Fax : 01.40.54.00.66 - E-mail : syndorl@club-internet.fr



BULLETIN D'ADHESION

Joindre une copie du diplôme d'ORL et de l'inscription à l'Ordre

Docteur : Prénom :

Adresse professionnelle :

Tél. : Fax :

E-mail :

Date et lieu de naissance : Sexe :

Nationalité : Année d'installation :

Année de thèse : Année de qualification :

Mode d'exercice :

- Libéral exclusif Hospitalier exclusif
- Exercice mixte Salarié non hospitalier

Secteur d'activité :

- Secteur 1 Secteur 2

Compétences éventuelles :

Titres hospitalier et universitaires :

Demande son admission au S.N.O.R.L.*

Fait le : _____

Signature :

Cachet

Cotisation :

- Cotisation 2008 : 150 €

- La première année d'inscription seule une demi-cotisation est due (75 € pour 2008).

*** ADMISSION :** Les statuts prévoient que tout médecin français pourvu du diplôme 'Etat, régulièrement autorisé à pratiquer sa profession et possédant sa qualification en ORL peut demander son admission dans le SNORL. Sa candidature est publiée sur le site internet du SNORL. Sans avis défavorable de la communauté des médecins inscrits au syndicat l'admission est acquise dans un délai de deux mois après la publication.

LE BUREAU

Président

Dr. Benoit FEGER
29200 BREST



Secrétaire Général

Dr. Jean Michel KLEIN
75007 PARIS



1^{er} Vice-Président

Dr. Bertrand GEOFFRAY
06000 NICE



Secrétaire-Adjoint

Dr. Dominique ENGALENC
18000 BOURGES



Vice-Présidents :

Pr. Jean Michel KLOSSEK
86021 POITIERS CEDEX



Trésorier

Dr. Alain QUEYROUX
23000 GUERET



Dr. Michel VIRTE
54000 NANCY



Trésorier-Adjoint

Pr. André CHAYS
51092 REIMS CEDEX



Dr. Jean MANE
66330 CABESTANY



Secrétariat administratif :

79, rue de Tocqueville - 75017 Paris
Tél : 01.44.29.01.28 - Fax : 01.40.54.00.66 - E-mail : syndorl@club-internet.fr
www.orl-france.org



Notes

Complétez vos diagnostics auditifs avec le Nouveau Check-up Entendre.



Crédit photos : Corbis & Gettyimages. H

révélateur de l'innovation auditive

NOUVEAU



Entendre a développé en 2007 un nouveau test auditif complémentaire au bilan audiométrique conventionnel.

Réservé exclusivement aux médecins ORL, ce test permet d'objectiver une éventuelle gêne auditive en milieu bruyant.

Partenaire de la recherche scientifique depuis plus de 25 ans, Entendre est heureux aujourd'hui de mettre cet outil à votre disposition.

01 41 91 52 95
www.entendre.fr

entendre
L'INNOVATION AUDITIVE

MADSEN Itera II



PEA Centor USB



MADSEN OTOflex 100



HORTMANN Video CNG Analyser



MADSEN AccuScreen®



MADSEN Capella



Des solutions fiables et reconnues couvrant **tous** vos besoins en audiométrie

Otometrics est en mesure de fournir des solutions pour tous vos examens d'audiologie, qu'il s'agit d'un dépistage classique ou bien d'un diagnostic détaillé et compréhensible d'une perte auditive.

La marque MADSEN propose une large gamme de produits autonomes ou informatisés. Madsen bénéficie d'une notoriété mondiale grâce à sa simplicité d'utilisation et sa fiabilité. Le logiciel Ootosuite permet l'édition de rapports combinés, optimisant votre travail au quotidien ainsi que la qualité de votre documentation.

Otometrics propose également des formations utilisateur ainsi qu'un support technique de qualité, en atelier et sur site.

N'hésitez pas à nous contacter par téléphone au 01 60 13 76 66 ou par mail info@otometrics.fr pour toute information complémentaire.



● Hearing Assessment ● Fitting Systems ● Balance Assessment

GN Otometrics, Denmark. +45 45 75 55 55. info@gnotometrics.dk
 GN Otometrics, France. +33 01 60 13 76 66. info@gnotometrics.fr
www.otometrics.com



otometrics
 MADSEN · AURICAL · ICS

SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS SPÉCIALISÉS EN O.R.L. ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE (SNORL) - CENTENAIRE 1908 - 2008