

de quelques heures, mais il reste encore parfois, pendant plusieurs jours, une sensation de torpeur, chez quelques-uns un bourdonnement d'oreille prolongé.

L'examen objectif de la membrane tympanique est de la plus grande importance. L'aspect de la membrane, dans les premiers jours après la lésion, est si caractéristique, que l'on peut en conclure avec précision si la perforation a été produite par une blessure ou par un processus pathologique.

Il est admis que, dans les blessures de la membrane du tympan par compression subite de l'air (coup sur l'oreille, coup de canon), la rupture a la forme d'une déchirure linéaire (TOYNBEE), située derrière ou sous le manche du marteau, dont les bords se touchent et ne s'écartent l'un de l'autre que si l'on pratique l'expérience de VALSALVA; ou qu'elle présente la forme d'un T, décrite par HUBERT-VALLEROUX. D'après mes nombreuses observations, cette forme me paraît être très rare; dans les cas que j'ai examinés, la rupture présentait toujours une ouverture béante, un trou, à travers lequel on pouvait voir nettement la paroi interne du tympan.

La place de la déchirure sur la membrane est très variable; je l'ai vue souvent dans la portion antérieure, où se trouve le triangle lumineux (fig. 79), plus souvent encore dans la partie postérieure. La déchirure de la membrane n'a lieu en général qu'en un point. Dans un cas seulement j'ai pu constater la présence de deux ruptures, l'une dans le quadrant antérieur, l'autre dans le quadrant postérieur de la membrane du tympan (fig. 80), sur une femme qui glissa et tomba sur l'oreille droite¹. Le plus

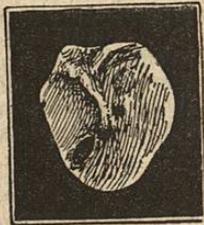


FIG. 79. — Rupture dans le segment antéro-inférieur sur un enfant, à la suite d'un soufflet.

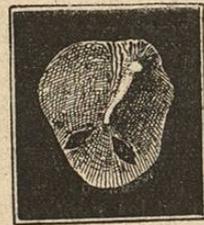


FIG. 80. — Rupture double par chute sur l'oreille, sur une femme de trente ans; aspect le troisième jour après l'accident.



FIG. 81. — Rupture ovale dans le quadrant antéro-supérieur, sur une jeune fille, à la suite de la chute d'une grosse caisse sur l'oreille.

souvent la perforation est située à mi-chemin entre le manche et le bourrelet annulaire; rarement elle s'étend depuis le manche du marteau jusqu'à l'anneau tendineux.

La forme de la rupture est quelquefois arrondie (fig. 81), comme si un

¹ BONNAFONT a vu la membrane tympanique percée de plusieurs trous, à la façon d'un crible, à la suite d'une explosion de gaz.

morceau de la membrane avait été enlevé à l'emporte-pièce; mais le plus souvent elle est allongée, ovale, terminée en pointe (fig. 79 et 80), ou avec des extrémités arrondies, et le grand axe de l'ellipse est situé parallèlement à la direction des fibres radiées. On peut en conclure avec vraisemblance, que, dans les ruptures par compression de l'air, ce sont généralement les fibres de la couche circulaire qui se rompent. Les fibres élastiques se trouvant séparées, se retirent en sens opposé et amènent ainsi l'écartement des bords de la déchirure. D'après des observations de ZAUFAL et WENDT, il y a parfois arrachement réel d'un lambeau de la membrane, qui se rabat en dedans ou en dehors.

Les bords de la rupture sont délimités d'une manière précise et couverts sur tout le pourtour, ou seulement par places, d'un coagulum sanguin, noir-rougeâtre. On trouve parfois des ecchymoses dans le voisinage de la rupture, ou même en des points plus éloignés (fig. 79 et 81), particulièrement vers le bord postérieur du manche; le reste de la membrane du tympan ne présente pas de modifications pathologiques, mais les vaisseaux du manche du marteau sont quelquefois fortement injectés. Plus est grande la perforation, mieux on voit la paroi interne de la caisse; elle apparaît sous la forme d'une surface jaune d'os, à éclat humide, sans injection notable des vaisseaux.

Le degré des altérations de l'ouïe causées par les ruptures traumatiques est très variable. La dureté d'ouïe peut être considérable, si le coup sur l'oreille est suivi d'un ébranlement du labyrinthe. L'action d'un coup sur la région de l'oreille, en comprimant l'air dans le conduit auditif, peut en effet se traduire de deux manières.

Dans une série de cas, la force vive du coup est absorbée par la membrane du tympan, dont les fibres élastiques sont déchirées; ce sont les formes les plus favorables, car le labyrinthe reste alors généralement intact. Dans ces cas, l'audition n'est le plus souvent que légèrement diminuée, la distance de l'ouïe pour la montre ou l'acoumètre, ainsi que pour le langage murmuré, peut comporter souvent plusieurs mètres. Il y a perception du son par la tempe du côté blessé; le son du diapason appliqué au crâne est perçu seulement de l'oreille lésée. Ces deux derniers symptômes sont d'une grande importance pour l'appréciation de la blessure.

Dans d'autres cas, au contraire, la membrane tympanique n'est pas déchirée. Ce sont les formes particulièrement défavorables; la force vive du coup n'est pas amortie par la membrane du tympan, mais elle est employée à repousser rapidement en dedans la chaîne des osselets et produit ainsi un ébranlement des ramifications terminales du nerf auditif dans le labyrinthe.

Le haut degré d'altération de l'ouïe et les forts bruits subjectifs indiquent, en pareil cas, que le violent ébranlement du liquide labyrinthique a dérangé de leur position d'équilibre les terminaisons délicates du nerf auditif, les a en partie paralysées ou placées dans un état anormal d'irritation, d'où résultent les bruits subjectifs¹.

¹ Voir dans les *Friedreich's Blättern für gerichll. med.*, 1876, l'opinion exprimée par le

Les cas où la rupture de la membrane du tympan est combinée avec un ébranlement du labyrinthe sont plus rares. Ici la dureté d'ouïe est grave et généralement accompagnée de bruits subjectifs. Dans ces cas, comme dans ceux d'ébranlement du labyrinthe sans rupture de la membrane, l'examen avec le diapason est d'une grande importance. En effet, dans les ruptures traumatiques de la membrane du tympan sans affection du labyrinthe, le diapason, comme nous l'avons vu plus haut, est perçu plus fortement de l'oreille lésée par l'intermédiaire des os de la tête; dans les affections traumatiques de l'oreille compliquées d'ébranlement du labyrinthe, au contraire, la perception du diapason en contact avec le crâne n'a lieu que dans l'oreille normale et non dans l'oreille affectée.

Un autre symptôme important pour l'appréciation des ruptures de la membrane du tympan, c'est le bruit d'auscultation de l'air qui passe à travers la perforation pendant l'expérience de VALSALVA. En effet, dans les cas de perforations qui proviennent de maladies de l'oreille moyenne, l'air poussé par la trompe dans la caisse, même quand il y a de grandes pertes de substance, s'échappe de l'oreille avec un bruit aigu de bouillonnement; tandis que dans les cas de ruptures traumatiques de la membrane, si la lésion atteint une oreille normale, l'air *sort de l'oreille avec un bruit de souffle très large, profond*. On observe en même temps que, dans les perforations *pathologiques*, il faut un effort plus ou moins grand pour faire pénétrer l'air par la trompe dans l'oreille moyenne à l'aide de l'expérience de VALSALVA; dans les ruptures *traumatiques* une force bien moindre suffit.

Cette observation nous montre que la trompe, perméable dans l'état normal, est presque toujours affectée par les inflammations du revêtement de la caisse; la muqueuse de la trompe est non seulement engorgée en même temps que la muqueuse de la caisse, mais le canal présente généralement encore un certain degré de rétrécissement après que la tuméfaction de l'oreille moyenne a disparu.

L'évolution des ruptures de la membrane du tympan, non combinée avec l'ébranlement du labyrinthe, est en général favorable; la perforation se ferme sans phénomènes graves de réaction. L'observation du processus de cicatrisation fournit une série de données intéressantes sur le mode de nutrition de la membrane. Il y a rarement diminution de la fente de rupture par croissance égale de toutes les couches de la membrane. Contrairement à l'opinion de ZAUFGAL, que la cicatrisation se fait par la couche dermique, j'ai trouvé que c'est le plus souvent par la couche interne de la membrane qu'a lieu la fermeture.

On observe en effet, quelques jours après la rupture, la formation d'une pellicule jaune-gris, qui produit la même impression que si elle était poussée de l'intérieur dans l'ouverture. En même temps l'on voit, longtemps encore

comité médical de Munich, concernant un individu qui devint subitement sourd en heurtant la tête à plusieurs reprises contre une porte; on ne put découvrir ni une rupture de la membrane tympanique, ni une affection cérébrale, et la simulation dut être également exclue. (E. HOFFMANN, *Gerichtl. Med.*, p. 473.)

après la fermeture complète de la déchirure, les bords primitifs de rupture dans la couche dermique, et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que la membrane reprend l'aspect normal sans que l'on puisse ensuite reconnaître la place de la perforation. Le coagulum sanguin adhérent aux bords de la déchirure tombe ou se déplace du centre vers la périphérie et arrive ainsi jusque dans le conduit auditif osseux.

Une suite plus rare des ruptures traumatiques de la membrane du tympan, c'est l'inflammation de la membrane et du revêtement de l'oreille moyenne, avec suppuration dans la caisse (HASSENSTEIN). La cause de cette inflammation se trouve généralement dans le traitement intempestif de la rupture, dans l'instillation d'huiles irritantes ou d'autres solutions médicamenteuses qui provoquent une inflammation de la muqueuse de la caisse et de la membrane du tympan.

La production d'une suppuration de l'oreille moyenne n'exclut pas la guérison complète finale, car au bout de quelques jours, parfois de quelques semaines, la sécrétion s'arrête, l'engorgement de la muqueuse disparaît et l'ouverture perforative se ferme, sans laisser d'altération fonctionnelle.

Dans certains cas pourtant, la suppuration de l'oreille moyenne devient chronique. L'ouverture de la membrane du tympan s'agrandit par fonte purulente du tissu, des granulations apparaissent sur la membrane ainsi que dans la caisse, ou bien l'on trouve après des mois ou des années, quand la suppuration a cessé, une ouverture persistante dans la membrane (ROOSA), ou des adhésions entre la membrane tympanique et le promontoire (BURNETT).

Les altérations de l'ouïe qui se produisent à la suite des ruptures, disparaissent complètement dans la plupart des cas, de sorte que l'audition redevient normale. Là seulement où, à la suite de suppuration consécutive, des modifications permanentes se sont produites dans l'oreille moyenne, ou quand la rupture de la membrane du tympan est combinée avec un ébranlement du labyrinthe, il reste des altérations de l'ouïe de degrés divers. Également dans les cas d'ébranlement du labyrinthe par un coup sur la région de l'oreille, sans blessure de la membrane, avec bourdonnement et dureté d'oreille, la fonction auditive peut redevenir complètement normale au bout de quelques jours ou seulement de quelques semaines; mais fréquemment l'altération de l'audition persiste toute la vie.

Pour ce qui regarde le *traitement* des ruptures de la membrane du tympan, le mieux, selon moi, est d'éviter tout traitement local, parce que les instillations ou injections médicamenteuses ne hâtent pas la guérison, mais l'entravent. Seulement il ne faut pas négliger, surtout par un temps humide et froid, de fermer le conduit auditif avec du coton, quand on sort à l'air libre, pour protéger la muqueuse découverte de la caisse contre les influences atmosphériques. Dans quelques cas d'ébranlement du labyrinthe, j'ai observé une augmentation de la distance de l'audition et une diminution des bruits subjectifs après l'emploi du courant électrique constant.

Nous arrivons maintenant à l'*appréciation médico-légale* des ruptures traumatiques de la membrane du tympan. Pour que le médecin puisse décider, dans un cas donné, si une rupture de la membrane est de nature

traumatique, il faut avant tout que le malade soit examiné dans les premiers jours qui suivent la blessure; car si l'examen n'a lieu que longtemps après l'action traumatique, comme dans l'intervalle la rupture a pu se cicatriser, le médecin n'est pas à même de déterminer s'il y a eu perforation et si l'altération constatée de l'ouïe est réellement due à une lésion traumatique.

Le médecin légiste ne peut pas non plus constater une blessure traumatique, quand, à l'époque de la première visite, il s'est produit déjà une inflammation purulente de la membrane du tympan et de la caisse, puisque l'aspect de la membrane ne diffère pas, en pareil cas, de celui produit par une suppuration primitive de l'oreille moyenne.

Le médecin expert ne sera donc autorisé à indiquer comme traumatique une rupture de la membrane du tympan que si, après avoir constaté l'aspect de la membrane décrit précédemment, aspect presque caractéristique, la cicatrisation de la rupture se fait *sous son observation*, dans un intervalle de quelques semaines. Ce dernier point est important, car il est possible qu'il y ait une ouverture persistante, provenant d'une suppuration antérieure et qu'elle soit prise pour une rupture traumatique à cause de la netteté de ses bords et des autres apparences de la membrane. Une pareille erreur ne peut être commise, si le médecin fait attention que l'ouverture due à une suppuration antérieure ne se referme plus dès que les bords de la plaie se sont recouverts d'une peau (et c'est généralement le cas des perforations qui ne se cicatrisent pas bientôt après l'arrêt de la suppuration). Au contraire, pour les ruptures traumatiques, il n'y a de possible, d'après mes observations, que deux issues: la *cicatrisation dans les premières semaines*, ou plus rarement une *inflammation purulente*.

Après avoir constaté la nature traumatique de la lésion de la membrane, le médecin-expert doit en outre répondre à cette question: la blessure constatée doit-elle être désignée comme *légère* ou *grave*?

Une blessure de la membrane du tympan est à désigner comme légère, si elle n'est pas compliquée d'un ébranlement du labyrinthe (si par conséquent la montre est perçue par la tempe du côté atteint, et si le son du diapason est entendu par les os de la tête surtout de l'oreille affectée), et si, après la cicatrisation de la rupture, — indépendamment de la durée de la cicatrisation, — la fonction auditive redevient normale.

La blessure de la membrane doit, au contraire, être désignée comme grave, si le coup produit en même temps un ébranlement du labyrinthe (si, par conséquent, la perception de la montre et du diapason par les os de la tête manque pour l'oreille affectée), et si, même après la cicatrisation, l'exploration faite à plusieurs reprises dans le cours de plusieurs mois, laisse reconnaître une altération de l'ouïe.

La blessure sera grave également, si une suppuration s'ajoute à la lésion traumatique constatée, et si elle produit dans l'oreille moyenne les modifications (adhésions, granulations) qui ont pour conséquence une altération permanente de l'audition.

Il résulte de là que le médecin-expert n'est pas toujours en état, dès le premier examen, de porter un jugement sur la qualité de la blessure, mais

que, dans un certain nombre de cas, il faut une observation prolongée, et cela au moins pendant trois mois; car, à la suite d'une action traumatique sur l'oreille, il peut y avoir une commotion du labyrinthe, dont les suites ne soient pas permanentes, la fonction auditive redevenant normale parfois après des semaines, même après deux ou trois mois et au delà. De même, une suppuration consécutive à la rupture peut disparaître sans laisser de modification dans l'oreille moyenne et avec le retour complet de la faculté auditive.

Quant aux altérations fonctionnelles produites par un coup sur la région de l'oreille et dues à un ébranlement du labyrinthe sans blessure de la membrane tympanique, le médecin chargé de l'expertise légale ne peut pas décider dans un cas donné si la cause de l'altération de l'ouïe est une action traumatique ou non, car il n'a pour baser son jugement aucun signe objectif sur la membrane du tympan, ni aucune autre indication caractéristique. En pareils cas, le médecin-expert devra toujours avoir présente devant les yeux la possibilité d'une affection de l'oreille moyenne ou du labyrinthe existant depuis longtemps, utilisée par le prétendu blessé pour accuser son adversaire de voies de fait. Mais si le médecin trouve, peu de temps après qu'aurait eu lieu la prétendue blessure de l'oreille, des calcifications ou cicatrices sur la membrane tympanique, il pourra conclure avec assurance à une affection chronique de l'oreille moyenne, parce que les modifications de ce genre ne se développent pas en quelques jours, mais demandent un temps considérable.

Parmi les circonstances aggravantes du paragraphe 136 du Code pénal autrichien, spécifiant les suites permanentes d'une blessure, dont la présence entraîne la peine la plus grave (cinq à dix ans de travaux forcés), on trouve la *perte ou diminution permanente de l'ouïe*. E. HOFFMANN¹ s'exprime à ce sujet de la manière suivante: « Bien qu'il soit hors de doute que la perte ou la diminution grave de l'ouïe d'un seul côté produise un affaiblissement de l'audition, on ne peut pourtant attacher à cette perte une signification aussi grave qu'à celle de la vision d'un œil. Evidemment le législateur a eu en vue le sens total, et dans le nouveau Code projeté (autrichien), ainsi que dans le Code pénal allemand, il n'est question que de l'ouïe en général et non de l'ouïe d'un seul ou des deux côtés, comme pour le sens de la vue. On ne peut désigner comme affaiblissement de l'ouïe, au sens de la loi, qu'un préjudice considérable porté à l'audition et il convient, comme pour l'affaiblissement de la vue, de se borner dans les cas douteux à exposer la nature et le degré de l'altération fonctionnelle de l'organe et de laisser aux juges ou aux jurés de décider, d'après l'exposition du cas, s'il doit être compris ou non dans l'alinéa a du paragraphe 136. » A cette explication, je joindrai encore la remarque que, quoique la perte de l'ouïe d'un côté ne porte pas un grave préjudice à l'audition dans les relations ordinaires, il faut tenir compte de cette circonstance que, d'après l'expérience, en cas de surdité unilatérale, l'oreille normale est très fréquemment affectée sympathiquement, et qu'en général une pareille affection amène une dureté d'oreilles rapidement croissante.

Enfin nous appellerons encore l'attention sur les ruptures de la membrane du tympan observées sur les pendus. Comme je n'ai pas d'expérience personnelle à ce sujet, je dois renvoyer aux cas publiés par WILDE, OGSTON et LITTRÉ. D'après les indications de ZAUFAL, ces ruptures paraissent plus fréquentes sur les suppliciés que sur

¹ *Lehrbuch der gerichtlichen Medicin*. Wien, 1878.

les suicidés, car, sur un certain nombre de suicidés par pendaison qu'il a eu occasion d'examiner, il n'a pu trouver une seule rupture de la membrane tympanique. Comment la rupture a-t-elle lieu? ce n'est pas très clair et j'ai même des doutes sur le fait lui-même. — La circonstance que, dans le cas décrit par OGSTON, le lambeau détaché de la membrane tympanique fut trouvé projeté en dehors, semble indiquer que la force mécanique (compression excessive de l'air) a eu son point de départ dans la caisse du tympan.

M. le médecin-major D^r CHIMANI, chef de la section des maladies d'oreilles à l'hôpital militaire n° 1 de Vienne, a eu la bonté de me communiquer un court résumé de ses observations de rupture de la membrane du tympan dans cette section, de 1867 à 1877. Sur cinq mille quarante-un malades traités pour les oreilles, il a observé cinquante-quatre cas de rupture de la membrane du tympan. Dans trente-huit cas, elle était due à des soufflets; dans six cas, à la chute sur la tête; dans trois cas, à un coup de pied de cheval sur la tête; dans deux cas, à des coups sur la tête avec des gourdins; dans deux cas, au jeu d'instruments de cuivre (trompette et hélicon); dans deux cas, à la détonation d'un fusil chargé à balle dans le voisinage immédiat de l'oreille; et dans un cas, à une chute dans l'eau d'une grande hauteur.

Parmi les ruptures produites par des soufflets, trente-six concernaient l'oreille gauche et deux seulement l'oreille droite; dans vingt-sept cas, la rupture se trouvait dans le quadrant postéro-inférieur de la membrane; dans neuf cas, devant et un peu en-dessous de l'extrémité du manche du marteau; dans deux cas, sur le segment supéro-postérieur de la membrane, presque à la hauteur de la courte apophyse. La rupture n'eut jamais la forme d'une plaie linéaire, elle était le plus souvent déchiquetée, ronde ou ovale. L'hémorragie ne fut, dans aucun cas, assez considérable pour être remarquée par les blessés; les premiers jours, il y eut généralement vertige, bourdonnement et altération importante de la fonction. Dans trente-quatre cas, il y eut guérison complète, sans trouble fonctionnel. Dans quatre cas, il n'y eut pas guérison complète, et, sur les quatre, deux malades avaient reçu de nouveau des soufflets sur l'oreille après une première rupture et ne vinrent se faire traiter que le huitième et le quatorzième jour; il se produisit une otite moyenne purulente avec perforation de la membrane et nécrose superficielle de l'apophyse mastoïde. L'ouverture perforative occupa les parties postérieure, inférieure et moyenne, et ne put être amenée à se fermer par le traitement. L'acuité de l'ouïe fut fortement diminuée.

Les ruptures produites par chute sur la tête concernaient quatre fois le quadrant antéro-inférieur, une fois le milieu du segment postérieur de la membrane du tympan, et une fois la région de la courte apophyse du marteau. L'hémorragie fut dans trois cas si considérable, que l'attention des patients ne fut appelée sur la blessure de l'oreille que par le sang qui s'en échappait. Dans deux cas, bien que la perforation fut guérie, il restait une forte dureté d'oreille, et dans un cas, une affection du labyrinthe.

Les ruptures résultant d'un coup de pied de cheval sur la tête étaient toutes à droite et occupaient le quadrant postéro-inférieur (plaie déchiquetée); une fois avec extravasement sanguin sur la membrane tympanique et le revêtement du conduit auditif. Dans tous les cas, après l'arrêt de la suppuration, il y eut guérison sans altération fonctionnelle.

Il y eut de même guérison, après suppuration, des ruptures produites par des coups sur la tête et par détonation d'un fusil chargé à balle dans le voisinage immédiat de l'oreille. Dans le seul cas où la rupture eut lieu par chute dans l'eau d'une grande hauteur (tentative de suicide), la membrane du tympan était déchirée sur une grande étendue. La blessure guérit après une longue suppuration, et laissa une altération importante de la fonction.

Chez les artilleurs, il ne fut observé aucune rupture de la membrane du tympan à la suite de coups de canon; et, d'une manière générale, la proportion des malades n'a pas été plus grande que dans les autres armes. Le fait qu'autrefois, chez les artilleurs de la garnison de Vienne, il y avait souvent des ruptures de la membrane

tympanique, tandis qu'on ne les observe presque plus aujourd'hui, peut s'expliquer par l'introduction des canons rayés, en 1860-61, qui a modifié le service des bouches à feu. Auparavant, un homme devait se tenir pendant la détonation à côté de la gueule du canon à un pas de distance, presque au foyer du son, et l'individu était atteint de la « piqûre » redoutée. Ce nom était donné à un son aigu (piquant), particulier, produit par le frottement direct du boulet sur le métal du canon et qui s'entend le plus fortement au moment où le boulet quitte la gueule. Depuis l'introduction des canons se chargeant par la culasse, le personnel de service de la pièce, sauf un seul individu qui fait partir le coup d'une assez grande distance, se retire à environ douze pas en arrière, et évite ainsi l'action du son le plus intense.

Outre les traités et manuels déjà cités de WILDE, RAU, BONNAFONT, TOYNBEE, v. TRÖLTSCH, MOOS, DE ROSSI et ROOSA, il y aurait encore à ajouter ici : A. POLITZER: *Die Beleuchtungsbilder des Trommelfells*. Wien, 1865. — KESSEL: « Zur Myringitis villosa. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. V.) — URBANTSCHITSCH: « Ueber eine eigenthümliche Form von Epithelialauflagerung am Trommelfelle und im äusseren Gehörgange. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. X.) — WENDT: « Ueber ein endotheliales Cholesteatom des Trommelfells. » (*Arch. f. Heilk.*, vol. XV.) — HINTON: « Sebaceous tumour, etc. » (*Guy's Hospital reports*, 1863.) — LUCAS: « Aragonitkrystalle in der verdickten Epidermis eines menschlichen Trommelfells. » (*Virchow's Arch.*, vol. XXXVI.) — BUCK: « Cavernöses Angiom des Trommelfells. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, vol. II.) — HASSENSTEIN: « Gerichtsarztliche Würdigung der Läsionen des Gehörorgans durch Schlag. » (*Berl. Kl. Wochenschrift*, 1871, n° 9.) — HERZ: *Ueber traumatische Rupturen des Trommelfells*, Inaugural-Dissert., 1873. — ZAUFAL: « Casuistische Beiträge zu den traumatischen Verletzungen des Trommelfells. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. VII et VIII.) — PARREIDT: « Fall von traumatischer Ruptur des Trommelfells mit Symptomen der Labyrinthreizung. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. IX.) — A. POLITZER: « Ueber traumatische Trommelfellrupturen. » (*Wien. med. Wochenschrift*, 1872), et « Ueber Blasenbildungen und Exsudatsäcke im Trommelfelle. » (*Ibid.*, 1872.)

II

MALADIES DE LA CAISSE DU TYMPAN, DE LA TROMPE D'EUSTACHE ET DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

REMARQUES GÉNÉRALES PRÉLIMINAIRES

Dans la partie générale, en passant en revue les modifications anatomopathologiques de l'oreille moyenne, j'ai déjà montré qu'on trouve, dans son revêtement, les caractères de l'inflammation de la muqueuse à ses divers degrés, depuis l'hyperhémie simple, l'engorgement catarrhal et la sécrétion, jusqu'à l'inflammation grave avec suppuration; que ces modifications peuvent rétrograder complètement, ou amener, par prolifération cellulaire et néoplasie connective, la formation d'obstacles persistants à la transmission du son. J'ai dit, en outre, que les otites moyennes présentent une grande variété au point de vue anatomique comme au point de vue clinique; j'ai indiqué les difficultés qui s'opposent