

pour que la douche d'air par mon procédé n'aboutisse pas ou n'aboutisse que d'une façon insuffisante, on aura recours au cathéter, également avec le ballon ordinaire, ou en cas de fortes résistances avec la pompe de compression. Avec celle-ci, nous pouvons faire pénétrer le courant d'air, d'une manière continue, sous la pression voulue (ordinairement 0,2 à 0,4 atmosphère), ou mettre en jeu l'action de choc (jusqu'au delà de 0,5 atmosphère) par l'ouverture subite de la soupape<sup>1</sup>. Les fortes résistances, qui exigent pour être surmontées l'emploi du cathéter, peuvent provenir du gonflement excessif de la muqueuse de la trompe, de l'obstruction du canal par de l'exsudat épais, ou d'une forte adhérence de ses parois, enfin, de l'accumulation d'exsudat dans la caisse. Or, l'expérience montre qu'il suffit souvent, en cas de fortes résistances, d'employer une seule fois la douche d'air par le cathéter, pour diminuer la résistance de façon que le traitement puisse être ensuite continué avec succès par mon procédé.

L'introduction du cathéter sera donc limitée aux cas où, par suite de grandes résistances dans l'oreille moyenne, la douche d'air par mon procédé ne réussit pas, ou bien où l'on veut introduire dans l'oreille moyenne des vapeurs et des liquides médicamenteux. Là, au contraire, où, par l'emploi de mon procédé, l'air pénètre fortement dans l'oreille moyenne, la douche d'air par le cathéter est même contre-indiquée, parce que, comme il a été dit déjà, le contact direct fréquent de l'instrument résistant avec la muqueuse malade de la trompe peut augmenter encore le gonflement et la sécrétion dans l'oreille moyenne. L'expérience montre, en effet, que l'action des douches d'air est souvent très différente, suivant qu'elles sont faites par mon procédé ou par le cathéter. Souvent, dans ce dernier cas, au bout de plusieurs jours de traitement, on constate à peine une diminution notable de la sécrétion en inspectant la membrane, tandis que, si l'on emploie ensuite mon procédé, il suffit de deux ou trois jours pour voir se produire une diminution rapide de l'exsudat et une amélioration plus grande, plus stable de l'audition.

Quant à l'effet thérapeutique des douches d'air par mon procédé, nous rappellerons d'abord les actions mécaniques, déjà décrites (p. 97), des courants d'air poussés dans l'oreille moyenne. Nous avons encore à ajouter ici que, dans les cas d'engorgement de la trompe, il se produit, aussitôt après la douche d'air, un soulagement subjectif considérable dans l'oreille, et un accroissement de la distance de l'audition; si le canal de la trompe était imperméable déjà depuis longtemps, les malades, au moment de l'entrée de l'air dans la caisse, ressentent généralement une violente explosion dans l'oreille, et immédiatement après il y a une amélioration si considérable de l'ouïe que des patients, qui auparavant ne pouvaient comprendre le langage à haute voix qu'au voisinage immédiat, perçoivent tout à coup nettement le langage à voix basse à une grande distance. Malgré cette augmentation éclatante de la distance d'audition, les malades indiquent

<sup>1</sup> En cas de résistances très fortes, j'emploie des cathéters coniques, si la capacité des fosses nasales le permet (voir pag. 148).

souvent une sensation de pression et de tension dans l'oreille, causée par la forte tension en dehors de la membrane tympanique, mais qui fait place au bout de peu de temps à une sensation de soulagement.

La durée de l'amélioration de l'ouïe, obtenue par la douche d'air, varie avec le degré d'engorgement de la trompe, le degré de tension de l'appareil transmetteur du son et la quantité et consistance de l'exsudat accumulé. Plus est forte l'infiltration, plus grande est la quantité d'exsudat, plus celui-ci est consistant et plus vite disparaît l'amélioration de l'ouïe. La disparition, particulièrement chez les enfants, est souvent si rapide que déjà, au bout de quelques minutes, la dureté d'oreille a repris son degré antérieur. Ordinairement pourtant la distance de l'audition ne diminue que peu à peu au début du traitement, de façon que, le jour suivant ou le second jour après la douche d'air, on trouve de nouveau cette distance réduite; mais, par une nouvelle douche d'air par mon procédé, elle augmente à un degré plus élevé qu'à la suite de celles qui ont précédé. Ces oscillations vont toujours en diminuant dans la suite du traitement, à mesure que diminuent l'engorgement et la sécrétion. Ceci est important au point de vue du pronostic, parce que, de l'accroissement constant de la distance d'audition, nous pouvons conclure à une diminution du processus pathologique; tandis que, dans les cas où l'amélioration de l'ouïe disparaît toujours, en grande partie, au bout d'un jour ou deux, on peut admettre que le catarrhe persiste sans diminuer ou que l'exsudat est retenu sans changement dans la caisse. Dans les premiers cas, nous nous bornerons, par conséquent, à l'emploi de mon procédé, tandis que, dans les derniers cas, il sera nécessaire d'avoir recours à d'autres mesures thérapeutiques, pour amener une amélioration constante de l'audition par l'enlèvement mécanique de l'exsudat et la diminution du gonflement de la muqueuse<sup>1</sup>.

L'action des douches d'air par mon procédé ne se borne pas à l'organe auditif; mais, comme LUCAE (*Arch. f. Ohr.*, vol. IV) l'a remarqué le premier, en cas de catarrhes naso-pharyngiens avec empêchement de la respiration par le nez, le passage des fosses nasales est rétabli, le courant d'air chassant les masses muqueuses obstruantes vers la partie inférieure du pharynx. Les mucosités sont ainsi avalées ou expulsées au dehors par la bouche. Ce dernier cas se produit particulièrement dans la modification de mon procédé, proposée par LUCAE, et qu'il appelle la douche nasale sèche (p. 141).

Il a été dit, en décrivant les symptômes qui accompagnent les catarrhes de l'oreille moyenne, qu'en cas de fermeture prolongée de la trompe et d'accumulation d'exsudat dans la caisse, il n'est pas rare que le malade ressent une lourdeur persistante et de la torpeur dans la tête. Ces symptômes sont écartés d'une manière extrêmement rapide après l'emploi répété de mon procédé; il se produit une sensation de soulagement dans la tête, comme si

<sup>1</sup> Chez les individus cachectiques, faibles, en outre dans la convalescence après des maladies graves, l'amélioration de l'ouïe obtenue dans le cours du traitement se maintient rarement, et cela en partie à cause de la persistance de l'exsudation, en partie par suite du relâchement des tissus et de la diminution d'énergie de la musculature pharyngo-tubale.

elle était, suivant une expression fréquente des malades, déchargée d'un grand poids.

L'action est encore plus remarquable sur les enfants, chez qui, non seulement la mauvaise humeur et les caprices disparaissent rapidement pour faire place bientôt à la gaieté antérieure, mais aussi le mauvais aspect, la couleur pâle, malade du visage, qui se font souvent remarquer chez eux dans le cours de catarrhes chroniques de l'oreille moyenne, disparaissent en peu de temps.

Nous avons appris à connaître précédemment (p. 249) les modifications amenées dans l'état de la membrane du tympan par les douches d'air. Il y aurait à remarquer encore ici que la membrane, dans les cas de forts bombements en dedans, ne reprend pas toujours sa position normale en proportion de l'amélioration de l'ouïe; mais que, généralement, malgré l'accroissement important de la distance de l'audition, elle apparaît de nouveau bombée en dedans après quelques heures. Il résulte de là que la position pathognomonique prononcée de la membrane et du manche du marteau, telle qu'elle se présente pour de forts engorgements de la trompe, ne produit pas toujours par elle-même, mais seulement en combinaison avec la tension anormale des liaisons articulaires des osselets, les altérations graves de l'ouïe. La persistance d'opacités et de petits amincissements circonscrits sur la membrane du tympan n'a pas grande importance pour la fonction; au contraire, des atrophies étendues de la membrane sont, par elles-mêmes, propres à mettre obstacle à la propagation du son, et il faut en tenir compte dans le traitement des catarrhes de l'oreille moyenne.

La durée du traitement du catarrhe de l'oreille moyenne par mon procédé dépend des résultats obtenus pendant ce traitement. Il convient au début de pratiquer la douche d'air tous les jours, aussi longtemps que, d'un jour à l'autre, l'amélioration de l'ouïe disparaît en grande partie. Si, au bout de quelques jours, il ne se produit pas une grande diminution de la distance de l'audition, on appliquera le procédé tous les deux jours, puis tous les trois jours, et toujours plus rarement à mesure que progresse l'amélioration; enfin seulement une fois par semaine, jusqu'à ce qu'il ne se produise plus d'oscillation dans la distance de l'audition.

Par l'emploi méthodique des douches d'air d'après mon procédé, on obtient la guérison complète, sans autre traitement local, des formes sécrétriques du catarrhe de l'oreille moyenne, non seulement dans des cas récents, mais assez souvent aussi dans des cas chroniques. Les avantages de cette méthode de traitement, vis-à-vis de celle avec le cathéter, ressortent suffisamment de la comparaison des résultats curatifs obtenus depuis que mon procédé a pris une extension générale; car personne ne peut nier que la proportion centésimale des guéris et améliorés ne soit aujourd'hui bien plus grande qu'à l'époque où l'on se bornait au cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Nous arrivons maintenant au traitement de ces cas où l'exsudat de la caisse, en partie par suite de sa trop grande quantité, en partie à cause de sa consistance épaisse, ne peut être amené à se résorber par de simples douches d'ai

et où, par suite, l'amélioration de l'ouïe obtenue par la douche d'air disparaît de nouveau au bout de peu de temps. En pareil cas, l'enlèvement mécanique de l'exsudat est indiqué, et il se fait, soit d'après une méthode indiquée par moi, soit au moyen de la paracentèse de la membrane du tympan.

Pour les cas d'exsudation surtout séreuse dans la caisse, j'ai, il y a déjà quelques années, indiqué un procédé qui permet d'éloigner l'exsudat sans pratiquer la paracentèse de la membrane du tympan. Ce procédé consiste à faire prendre un peu d'eau dans la bouche du malade et à lui faire pencher la tête fortement en avant et un peu du côté opposé à l'oreille, ce qui place l'ouverture pharyngienne de la trompe exactement en-dessous de son ouverture tympanique. Cette position de la tête est maintenue par le malade pendant une à deux minutes, de façon que l'exsudat qui se trouve dans les recoins de la caisse coule vers l'ouverture tympanique de la trompe. Puis, pendant l'acte de déglutition, on pratique une douche d'air d'après ma méthode, pour ouvrir le canal de la trompe et faire couler l'exsudat situé au-dessus de l'ouverture tympanique dans la cavité pharyngienne. Que cela ait lieu effectivement, c'est ce que démontrent, non seulement les expériences confirmatives de ZAUFAL<sup>1</sup> sur les organes auditifs humains, mais aussi les observations que j'ai faites dans un certain nombre de cas, où, après l'emploi de mon procédé dans cette position de la tête, il sortit par le nez un exsudat fluide, séreux, plus rarement épais, sirupeux. Si, peu de temps après l'application de ce procédé, on examine la membrane du tympan revenue à sa position antérieure, on trouve, à la place du reflet jaunâtre produit par l'exsudat, la membrane colorée en gris clair, et, dans les cas où avant la douche d'air la ligne du niveau de l'exsudat était visible, celle-ci a disparu complètement ou se trouve notablement plus basse qu'auparavant.

Il n'est pas rare d'arriver de cette manière à chasser la sécrétion accumulée dans l'oreille moyenne et à obtenir la guérison en continuant les douches d'air aux intervalles de temps indiqués. Si, au contraire, l'exsudat rassemblé forme une masse muqueuse épaisse, gélatineuse, consistante, on ne peut obtenir son écoulement par la trompe par ce procédé et, en pareil cas, on l'éloigne le plus sûrement de l'oreille moyenne par la paracentèse de la membrane du tympan.

Pour éloigner l'exsudat accumulé de l'oreille moyenne, WEBER-LIEL a recommandé la sonde élastique de la caisse. Après l'introduction de la sonde par la trompe dans la caisse, la sécrétion serait retirée de l'oreille moyenne par aspiration. Mais si l'on considère les rapports topographiques de l'ouverture tympanique de la trompe, on s'aperçoit aussitôt que l'exsudat ne peut être enlevé ainsi que de la partie supérieure de la caisse, mais pas du tout de sa portion inférieure. On ne peut pas nier que l'aspiration de quelques gouttes de la sécrétion ne puisse parfois produire une amélioration importante de l'ouïe (POORTEN), mais l'augmentation de la distance de l'audition, qui en général ne dure que peu de temps, doit être attribuée

<sup>1</sup> Arch. f. Ohr. Vol. V.

plutôt au rétablissement de la perméabilité de la trompe qu'à la très faible quantité d'exsudat enlevée. Si l'exsudat présente une consistance épaisse, gluante, il sera d'autant moins aspiré par la sonde qu'une petite quantité de la masse suffira pour boucher l'orifice du petit cathéter et fermer le chemin à l'entrée ultérieure de l'exsudat. Même si, en pareil cas, on parvient à enlever partiellement l'exsudat, le résultat ne sera d'ailleurs que temporaire, car on ne peut obtenir une amélioration persistante de l'audition que par l'éloignement complet de la sécrétion. C'est à quoi l'on arrive le plus sûrement par la paracentèse de la membrane du tympan, opération qui non seulement est simple et facile à faire, mais qui, d'après le dire des malades, est à peine plus désagréable que la manipulation avec la sonde.

La paracentèse de la membrane du tympan, en vue de l'éloignement de masses muqueuses de la caisse, a été déjà pratiquée par ITARD, BUSSON, FRANK, BONNAFONT et PHILIPPEAUX, mais en somme sans indications précises, parce que le diagnostic des accumulations d'exsudat dans la caisse était incertain. C'est seulement depuis le mode d'éclairage introduit par v. TRÖLTSCHE, que l'on est arrivé à reconnaître les modifications de la membrane que nous avons décrites et qui permettent, comme le montrent les recherches de SCHWARTZ<sup>1</sup> et les miennes<sup>2</sup>, de conclure sûrement ou avec vraisemblance à l'accumulation d'exsudat dans la caisse. C'est SCHWARTZ qui a introduit dans la pratique et généralisé la paracentèse de la membrane du tympan, et, d'après mes nombreuses expériences, je dois signaler cette opération comme une des interventions thérapeutiques les plus importantes au point de vue pratique et les plus riches en résultats.

Je procède à la paracentèse de la membrane du tympan dans les cas où l'emploi pendant plusieurs jours des méthodes de traitement décrites n'amène pas la diminution de la sécrétion et où, même sans exsudation visible, l'amélioration de l'ouïe qui suit chaque douche d'air disparaît toujours en grande partie le jour suivant ou le deuxième jour. Mais je pratique aussi fréquemment l'opération quand je constate dès le premier examen un rassemblement copieux d'exsudat. Bien qu'ici la guérison soit obtenue aussi par les seules douches d'air, la durée du traitement s'étend souvent au delà de plusieurs semaines, tandis qu'on peut fréquemment obtenir par la paracentèse une guérison complète en quelques jours. Le grand avantage de cette opération consiste ainsi à abréger beaucoup la durée du traitement.

La paracentèse de la membrane du tympan est une opération si simple, si facile à faire, qu'elle peut être pratiquée sans difficulté par quiconque est un peu familier avec l'examen de la membrane. Dans mes cours, l'opération est faite par mes auditeurs, s'ils sont suffisamment exercés à l'inspection de la membrane, et je tiens pour superflue la préparation par des exercices préliminaires sur un modèle ou sur le cadavre.

L'instrument qui sert à l'opération consiste en une aiguille, en forme de lance à deux tranchants, de 6° de long, formant un angle avec le manche ;

<sup>1</sup> Paracentese des Trommelfells. Halle 1868.

<sup>2</sup> Diagnose und Therapie der Ansammlung seröser Flüssigkeit in der Trommelhöhle (Wien. med. Wochenschrift, 1867) et : Ueber bewegliche Exsudate in der Trommelhöhle. (Med. Presse, 1869.)

elle est fixée sur celui-ci (fig. 99) ou mobile et reliée avec lui à l'aide d'une petite vis (fig. 100). Ce dernier système a l'avantage de permettre de donner à l'aiguille diverses directions, de façon à pouvoir pratiquer la section de la

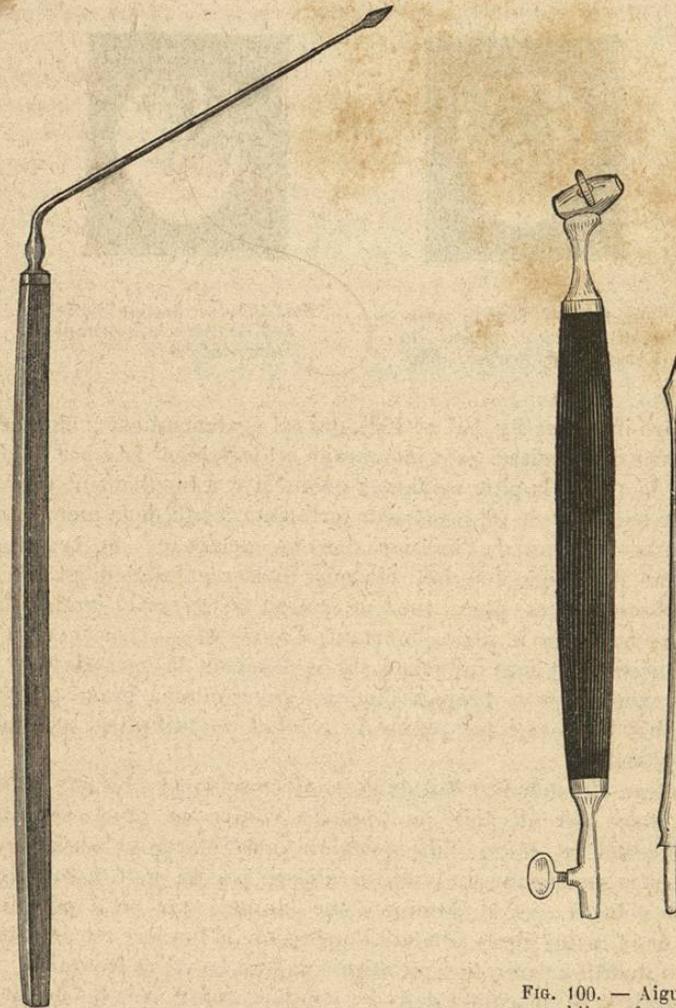


FIG. 99. — Aiguille en forme de lance.

FIG. 100. — Aiguille mobile en forme de lance avec le manche.

membrane aussi bien dans la direction verticale que dans la direction horizontale. Avant chaque opération, il faut s'assurer avec la loupe que la pointe de l'aiguille est intacte, car le moindre émoussement augmente la douleur de l'opération.

La place la plus propre à l'incision de la membrane est son quadrant pos-

téroinférieur, parce qu'il est facile à atteindre et se trouve plus éloigné de la paroi interne de la caisse que la partie située immédiatement derrière l'ombilic, où la piqure peut facilement blesser le promontoire. Quand la paroi antérieure du conduit auditif est proéminente, on peut choisir aussi le qua-

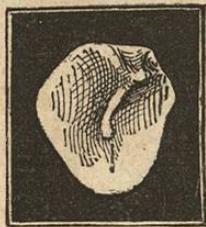


FIG. 101. — Section verticale devant et sous le manche du marteau.



FIG. 102. — Section horizontale dans le quadrant antéro-inférieur.

drant antéro-inférieur (fig. 101 et 102), qui est également assez éloigné de la paroi interne de la caisse. Si la membrane est fortement bombée en dehors, on incise la partie la plus saillante; quand il y a un bombement excessif en dedans, on sectionne le pli postérieur fortement tendu de la membrane.

Quant à la direction de l'incision dans la membrane du tympan, on a posé comme règle que l'on doit toujours inciser parallèlement à la direction des fibres radiées, parce que leur section transversale rend difficile la réunion des bords de la plaie. Pourtant, d'après mon expérience, la direction de l'incision est sans influence sur la durée de la cicatrisation. Pour les moins exercés, BING propose l'incision horizontale, parce qu'ainsi l'on risque moins de blesser les parois du conduit auditif qu'en pratiquant la section verticale.

L'opération elle-même se fait de la manière suivante : La tête du malade assis est fixée par un aide ou appuyée contre un objet résistant. Le conduit auditif est muni d'un spéculum aussi large et aussi court que possible, et la membrane du tympan éclairée par un jour favorable ou, à défaut de celui-ci, par la flamme d'une lampe à gaz ou à pétrole. Pour avoir les deux mains libres pendant l'opération, la lumière est projetée dans le conduit auditif au moyen d'un miroir fixé au bandeau frontal.

On maintient le spéculum dans le conduit auditif avec les doigts de la main gauche et l'on fixe l'œil sur la place de la membrane où doit se faire l'incision; en même temps l'aiguille fixée au manche est introduite dans le méat avec le pouce, l'index et le médus de la main droite. On la pousse jusqu'à la membrane du tympan, on traverse rapidement les couches de celle-ci avec la pointe de la lance et on retire l'aiguille en élargissant l'ouverture jusqu'à 2 ou 3<sup>m</sup>. L'opération, particulièrement chez les enfants et les malades craintifs, doit être faite assez rapidement, mais toujours sans hâte excessive, parce que, si l'œil ne peut pas suivre la pointe de la lance,

l'introduction rapide de l'instrument amène fréquemment une piqure du conduit auditif au lieu de celle de la membrane. La blessure de la muqueuse du promontoire par la pointe de l'aiguille n'a pas de suites fâcheuses. D'autre part, une trop grande timidité de l'opérateur peut faire échouer l'opération, soit que toutes les couches de la membrane ne soient pas traversées, soit que l'incision soit trop petite pour le passage des masses muqueuses épaisses.

La douleur produite par l'incision n'est pas considérable et dure peu, quand on se sert d'une aiguille pointue et tranchante. Immédiatement après la paracentèse, on voit dans l'ouverture un peu béante, dont les bords ne saignent pas ou ne saignent que fort peu, une faible pulsation ou un mouvement notable du liquide pendant le parler et pendant la déglutition. Rarement une gouttelette de liquide arrive par l'ouverture à la surface extérieure de la membrane du tympan; au contraire, on voit souvent immédiatement après l'opération, particulièrement en cas d'exsudat séreux, pendant l'acte de déglutition, des bulles monter derrière la membrane du tympan par suite de l'entrée de l'air par la perforation. Parfois on entend pendant la déglutition un fort bruit de craquement dans l'oreille, en même temps que les bords de la plaie s'écartent l'un de l'autre.

Pour éloigner l'exsudat de la caisse après la paracentèse, il faut faire une forte insufflation d'air; c'est par là seulement que l'opération atteint sa pleine efficacité. Par l'expérience de VALSALVA, l'exsudat est bien poussé quelquefois dans le conduit auditif, à travers l'ouverture de la membrane, mais généralement il n'en sort ainsi qu'une petite quantité. Il faut donc employer un fort courant d'air, et l'on réussit dans la plupart des cas, à l'aide de mon procédé, à chasser les masses d'exsudat par l'ouverture de l'incision dans le conduit auditif externe, et cela mieux qu'avec le cathéter. Dans quelques cas seulement où la résistance dans l'oreille moyenne est très grande (v. TRÖLTSCH, MOOS), ou en cas de parésie de la musculature pharyngo-tubale à la suite de la diphthérie, son action pendant l'acte de déglutition est insuffisante, et l'on est obligé d'avoir recours au cathéter pour comprimer l'air dans la caisse. Il arrive pourtant que l'exsudat ne peut être chassé ni par le cathéter, ni par mon procédé, tandis qu'au contraire le résultat est obtenu au moyen de l'expérience de VALSALVA, plus souvent encore en faisant se moucher fortement le malade. Par l'emploi de l'expérience de VALSALVA, j'ai vu aussi la sortie partielle de l'exsudat, même sans que l'air ait pénétré dans la caisse; cela s'explique par ce fait, que l'hypérhémie et l'infiltration du revêtement de la caisse, provoquées par l'expérience de VALSALVA, suffisent pour pousser partiellement l'exsudat à travers l'ouverture de la membrane par diminution de la lumière de la caisse.

Le résultat de l'opération dépend surtout de l'expulsion complète de l'exsudat de la caisse. Il convient donc de pratiquer trois à quatre fois de suite mon procédé. L'air et la sécrétion pénètrent dans le conduit auditif avec un bouillonnement sibilant en cas d'exsudat fluide, sans bruit au contraire ou avec un son rauque en cas de masses muqueuses épaisses. Si l'on examine alors la membrane, on la trouve couverte d'un liquide écumeux

ou bien on voit dans le fond du conduit une masse muqueuse jaune ou brun bilieux. Quand il y a une quantité très faible d'exsudat épais, l'air sort souvent par l'ouverture de la paracentèse sans l'entraîner au dehors. Lorsque, au contraire, il y a de grandes masses d'exsudat, particulièrement si l'ouverture pratiquée dans la membrane est trop petite, la mucoité s'engage dans l'ouverture de la paracentèse et sa portion antérieure reste suspendue sur la membrane en la forme d'une perle vert-jaune.

Si, en pareil cas, des douches d'air répétées ne réussissent pas à pousser l'exsudat de la caisse dans le méat, j'emploie la raréfaction de l'air dans le conduit auditif, dont je me sers aussi avec succès pour enlever l'exsudat de la caisse quand le cathéter ne peut être introduit dans la trompe par suite de difformités dans l'espace naso-pharyngien. Le procédé employé ici est le suivant :

Après avoir effectué la paracentèse, le bout en forme d'olive du tube d'auscultation est introduit hermétiquement dans le conduit auditif externe par le malade lui-même. A l'autre extrémité du tube dont le bout est enlevé, on adapte une petite seringue d'oreille et on raréfie l'air dans le conduit auditif externe en retirant *peu à peu* le piston. Parfois il suffit d'aspirer avec la bouche, ou avec un petit ballon, comme LUGAE l'a proposé en d'autres cas, pour effectuer la raréfaction de l'air. Par ce procédé, la pression devient plus faible dans le conduit auditif que dans la caisse, et l'exsudat arrive, en totalité ou en grande partie, dans le méat. L'effet obtenu par cette méthode peut être augmenté par l'expérience de VALSALVA pratiquée en même temps que la raréfaction de l'air<sup>1</sup>.

L'exsudat repoussé dans le méat s'écoule en partie si l'on fait pencher la tête du côté correspondant; pourtant il est souvent nécessaire de l'enlever au moyen d'une petite boule de coton introduite avec une pince coudée. Comme l'exsudat séreux, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois, après sa sortie dans le conduit auditif, revient partiellement dans la caisse, avant la deuxième ou troisième douche d'air je pousse jusqu'à l'ouverture de la paracentèse une boulette de coton qui emboîte l'exsudat expulsé et l'empêche ainsi de retourner en arrière. Des mucosités épaisses peuvent être saisies avec la pince coudée et amenées au dehors. Les injections dans le méat avec de l'eau tiède, recommandées pour chasser les mucosités, peuvent facilement produire une irritation inflammatoire et ne doivent s'employer que si les masses ne peuvent être enlevées d'une autre manière.

Je dois me prononcer encore davantage contre les injections abondantes de solutions de sel marin ou de carbonate de soude par le cathéter (v. TRÖLTSCHE) recommandées pour délayer des masses muqueuses épaisses, car elles provoquent souvent l'irritation de la muqueuse de l'oreille moyenne et des bords de la plaie, et il en résulte une violente inflammation réactive, et parfois une

<sup>1</sup> Dans quelques cas où, par suite d'adhésion cicatricielle du voile du palais avec la paroi postérieure et latérale du pharynx et de stricture de la trompe, l'introduction du cathéter était impossible, j'ai enlevé l'exsudat de la caisse en introduisant dans celle-ci par le conduit auditif, à travers l'ouverture de la paracentèse, la pointe de la sonde du tympan et en insufflant de l'air avec la bouche, ce qui chassait l'exsudat dans le méat.

suppuration prolongée. Il en est de même des injections poussées avec force dans la caisse par le conduit auditif, au moyen d'une seringue dont le bout en forme d'olive est introduit hermétiquement dans l'ouverture externe de l'oreille. Le procédé le plus anodin pour l'introduction d'un liquide destiné à diluer les mucosités, procédé qui ne provoque pas facilement une inflammation réactive dans l'oreille moyenne, consiste à injecter avec précaution quelques gouttes d'eau tiède ou d'une faible solution de carbonate de soude, au moyen de la sonde dont la pointe a été poussée par l'ouverture de paracentèse dans la cavité tympanique. Quand cela est impraticable à cause de l'agitation du malade, on fait couler quelques gouttes de la solution dans le conduit auditif et on les pousse dans la caisse en appuyant le tragus sur l'orifice externe du méat<sup>1</sup>.

Immédiatement après la paracentèse, et fréquemment déjà avant l'éloignement de la sécrétion, le malade éprouve un soulagement dans l'oreille par suite du relâchement de la membrane tympanique, et l'on peut constater aussitôt une amélioration frappante de l'audition. Cette amélioration est encore plus considérable après que l'exsudat a été éloigné de la caisse du tympan.

La réunion et adhérence des bords de l'incision a lieu parfois déjà après quelques heures, mais en général seulement après vingt quatre heures (SCHWARTZE), rarement au bout seulement de trois à quatre jours. Une inflammation consécutive de la membrane du tympan et de la muqueuse de l'oreille moyenne, si souvent signalée par d'autres, ne s'est produite qu'exceptionnellement dans le grand nombre des cas opérés par moi (quatre fois sur plus de quinze cents cas; et il y avait une fois épaississement de la membrane, et une autre fois tuberculose pulmonaire), bien que l'opération ait été faite fréquemment en hiver sur des personnes nomades,

Pour éloigner toute influence fâcheuse pouvant amener après l'opération une inflammation de la membrane du tympan, le conduit auditif doit être tenu bouché avec du coton le jour de l'opération et le malade doit s'abstenir de tout travail pénible, échauffant, ainsi que de l'usage des boissons spiritueuses excitantes; il doit éviter aussi les changements brusques de température et le séjour dans les localités brumeuses, fumeuses.

Si on examine la membrane du tympan le jour qui suit l'opération, on la trouve moins tirée en dedans; la couleur gris-sombre jaunâtre a fait place à une teinte gris-tendineux clair; la place de la paracentèse est indiquée par une bande sanguinolente noirâtre; après quelque temps, toute trace de l'opération disparaît, rarement il reste un petit creux cicatriciel à la place de la paracentèse.

Quant au résultat curatif après la paracentèse, j'ai observé dans plus du tiers des cas opérés, en particulier dans les formes les plus récentes, la

<sup>1</sup> Des injections au moyen d'une seringue de PRAVAZ avec ajutage rigide ne sont pas à recommander, à cause de l'irritation mécanique de la membrane du tympan et de la muqueuse de la caisse. L'extraction des mucosités de la caisse avec de petites seringues, telle qu'elle a été recommandée par TOYNEBE, HINTON et autres, est pratiquement sans valeur, parce qu'on ne retire toujours qu'une petite partie de l'exsudat, même par des tentatives répétées.