

l'antre mastoïdien, de sorte qu'on n'arrive jusqu'à l'antre qu'en poursuivant la perforation à l'aide du ciseau ou de la curette. Parfois aussi la pénétration jusque dans la région de l'antre reste sans résultat, si cette cavité est remplie d'un tissu de granulation ou complètement bouchée par une excroissance osseuse, auquel cas l'établissement de la communication entre l'apophyse mastoïde et la caisse du tympan n'a pas lieu. Parfois la communication s'établit d'elle-même plusieurs jours après l'opération.

Le procédé opératoire diffère de la méthode décrite dans les cas rares, où la suppuration a son siège dans la portion inférieure de l'apophyse mastoïde et où les phénomènes observés (voir pag. 513) font admettre avec vraisemblance une rupture de l'abcès sur la paroi interne de l'apophyse mastoïde ou vers l'incisure mastoïdienne. En pareils cas, d'après la proposition de BEZOLD (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1881), l'entrée du canal de perforation ne se placera pas à l'endroit indiqué précédemment, mais sur le segment inférieur de l'apophyse mastoïde, et celle-ci sera traversée dans toute son épaisseur jusqu'à l'incisure mastoïdienne. Dans un cas que j'ai observé, où les phénomènes présentés correspondaient aux symptômes complexes, décrits par BEZOLD, de la sortie du pus sur la paroi interne de l'apophyse mastoïde, l'infiltration inflammatoire étendue du pourtour de l'apophyse mastoïde disparut complètement après l'emploi de l'appareil réfrigérant de LEITER.

Le traitement consécutif après l'ouverture de l'apophyse mastoïde varie suivant que l'on atteint le foyer purulent et que la communication avec la caisse est obtenue, ou que, en pénétrant aussi profondément que possible, on ne rencontre ni un foyer purulent, ni l'antre mastoïdien<sup>1</sup>. Dans le premier cas, après avoir enlevé les fragments d'os séquestrés ou les masses cholestéatomateuses, on fait des injections antiseptiques par l'ouverture de l'apophyse mastoïde, pour nettoyer l'oreille moyenne, et le liquide s'écoule généralement par le conduit auditif externe. Ce n'est pas là un signe certain de la communication entre l'apophyse mastoïde et la cavité tympanique, car assez souvent il y a communication directe de la lumière du conduit auditif avec l'apophyse mastoïde par un ou plusieurs conduits fistuleux. Après l'opération, on place dans la plaie un tube de drainage correspondant à ses dimensions.

Aussi longtemps que l'exsudat est fétide et contient des grumeaux friables, j'emploie, comme liquide de lavage, des solutions carboliques faibles (1 à 2 %); quand la mauvaise odeur a disparu et que l'exsudat est de meilleure nature, une solution faible d'acide borique est suffisante<sup>2</sup>. Les lavages ne doivent cesser que lorsque la suppuration de la caisse est complètement arrêtée. Jusque-là, il ne convient pas de laisser interrompre la communi-

<sup>1</sup> L. TURNBULL (*Med. and surg. Reporter*, 1878) a obtenu la guérison dans un cas par évacuation d'un liquide rouge-brun, ZAUFAL après l'enlèvement d'une masse muqueuse, colloïde, de l'apophyse mastoïde.

<sup>2</sup> Comme antiseptique, on peut employer aussi la résorcine. DE ROSSI (*A. f. O.*, vol. X) l'a recommandée dans ces derniers temps, contre les suppurations de l'oreille moyenne, en solution à 4 %, sous forme d'instillations dans le conduit auditif.

tion entre l'apophyse mastoïde et la cavité du tympan. Aussi faut-il enlever de temps en temps par grattage ou arrachement, les granulations qui se forment rapidement sur les parois de la cavité et à l'ouverture du canal d'opération, et qui obstruent en peu de temps le chemin qui conduit dans la caisse, et s'opposent au rétrécissement de ce canal par l'introduction d'une cheville de plomb de forme convenable, recourbée à son extrémité extérieure (SCHWARTZE), ou mieux par l'introduction d'un tube de plomb avec ouvertures latérales. Des rugosités circonscrites dans la cavité opératoire, qui ne se recouvrent pas rapidement d'un tissu de granulation, ou des fongosités de mauvais aspect doivent être enlevées avec la curette (fig. 211) (SCHEDE). Quand ces modifications se produisent dans la cavité de l'apophyse mastoïde, la poudre d'iodoforme, distribuée en couche mince, donne de très bons résultats; non seulement elle améliore et diminue la sécrétion, mais elle amène aussi la formation de granulations de meilleure nature et susceptibles d'organisation<sup>1</sup>. C'est à J. PATTERSON CASSELS que l'on doit l'introduction de cette méthode excellente de traitement (*Brit. med. Journ.*, 1878). Seulement lorsque la suppuration a cessé dans la cavité tympanique et dans le conduit auditif et qu'il ne se produit plus qu'une très légère sécrétion dans le fond du canal de l'opération, on peut enlever la cheville de plomb, pour ne plus mettre obstacle à la soudure des parois du canal.

Dans les cas où, par suite de sclérose ou de consistance diploïque de l'apophyse mastoïde, on n'atteint ni un foyer purulent, ni l'antre mastoïdien, on saupoudre la plaie avec de l'iodoforme et on fait un pansement que l'on ne change qu'après cinq ou six jours.

*Résultat de l'opération.* — Il est en général favorable, quand le foyer purulent est ouvert et qu'une communication est établie entre l'apophyse mastoïde et la cavité tympanique, si la carie est limitée à l'apophyse mastoïde et si la suppuration n'a pas encore atteint la cavité crânienne. En pareils cas, les symptômes graves disparaissent souvent, déjà quelques heures après l'opération et après l'éloignement de l'exsudat stagnant par le lavage. Il y a non seulement diminution des douleurs violentes et de la torpeur cérébrale, mais non rarement aussi une diminution rapide de la fièvre violente. Comme exemple frappant, je peux citer le cas suivant pris dans ma pratique.

Chez une fillette de sept ans, dans le cours d'une suppuration aiguë de l'oreille moyenne durant depuis trois semaines, survint une inflammation de l'apophyse mastoïde, avec fièvre violente, de forme typique, qui, en vingt heures, fit monter la température au delà de 40°. Après douze jours de cet état, lorsque je la vis, elle était très bas, avait la peau colorée en jaune pâle. La paroi postéro-supérieure du conduit auditif était si fortement bombée en avant et en bas, que la lumière du conduit auditif était complètement bouchée par la tumeur. La peau, sur l'apophyse mastoïde, était d'aspect normal, non enflée, et se déplaçait facilement sur l'os.

<sup>1</sup> Pour masquer l'odeur désagréable de l'iodoforme, le mieux est de mettre dans la poudre la moitié d'une fève de tonka, ou d'ajouter 1 à 2 gr. de teinture de fève de tonka à 4 ou 6 gr. de poudre.

La malade ne se plaignait pas de douleurs spontanées dans l'apophyse mastoïde, mais la plus légère pression sur l'os produisait une douleur très vive.

Après avoir fait une incision dans le revêtement bombé de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif, le pus s'écoula seulement en faible quantité de l'ouverture et la fièvre considérable persista sans interruption; le jour suivant, l'ouverture de l'apophyse mastoïde fut pratiquée pendant le sommeil narcotique. Une incision verticale de la peau jusqu'à l'os fut faite parallèlement à l'attache du pavillon sur une longueur de 3 centim., le périoste fut enlevé sur une étendue suffisante, puis à l'aide d'un ciseau droit à main et de la seule pression de la main, la lame osseuse superficielle fut entamée à l'endroit où la couche corticale de l'apophyse mastoïde se recourbe dans la paroi postéro-supérieure du conduit auditif. Après l'enlèvement de la lame osseuse, par deux coups de ciseau seulement, apparut un pus gris, grumeleux, de mauvaise couleur.

Par l'ouverture opératoire, on pénétrait dans une cavité assez grande, et le liquide de lavage s'écoulait par le conduit auditif externe. Deux heures après l'opération, la température du corps tomba à 36°,6 et les jours suivants elle ne s'éleva que pour peu de temps au-dessus de la normale. L'état général s'améliora rapidement, mais l'ouverture d'opération resta ouverte encore pendant plusieurs années, sans qu'on pût amener la cavité de l'apophyse mastoïde à se boucher.

Le nombre des cas d'opération publiés jusqu'ici est trop faible, pour permettre d'établir dès maintenant une statistique des résultats obtenus. Toutefois ceux que l'on connaît sont assez favorables, pour que l'opération doive être comptée parmi les plus heureuses en otologie. SCHWARTZE, qui a fait le plus grand nombre d'opérations, a observé la guérison dans 70 % de ses cas, 10 % n'ont pas été guéris, et 20 % se sont terminés par la mort. Cependant, la proportion pour cent des cas guéris diminue, si l'on considère que près de la moitié des opérations publiées par SCHWARTZE concernent des cas, où il y avait déjà des fistules dans l'apophyse mastoïde, et si l'on retranche en outre ceux qui, d'après le compte rendu de la maladie, eussent été probablement guéris aussi sans opération. Par contre, si l'on considère les causes de la mort, on voit que l'opération en elle-même est peu dangereuse, si elle est faite avec toutes les précautions voulues. Dans un seul cas (sur cinquante), où la fosse crânienne fut ouverte, par suite d'une conformation anormale du temporal, et la dure-mère perforée par la projection d'un copeau détaché de l'os, la mort survint par méningite traumatique de la convexité. Dans les autres cas, la tuberculose, la pyémie, la méningite, un carcinôme et l'anémie sont mis en cause. La mise à découvert de la paroi veineuse du sinus ou de la dure-mère, sans blessure de ces organes, n'est pas dangereuse, aussi la présence de rapports anatomiques défavorables ne doit pas détourner de l'opération, lorsque celle-ci est sérieusement indiquée. SCHWARTZE a publié des cas où le sinus veineux et la dure-mère, une fois même avec blessure de l'artère méningée moyenne, ont été mis à découvert sans autres conséquences fâcheuses. Dans un de mes cas (femme de vingt-sept ans), où pendant une suppuration de l'oreille moyenne gauche, qui était dite durer depuis l'enfance, il survint une inflammation aiguë dans l'apophyse mastoïde, avec fièvre violente (40°2) et de fortes douleurs de tête, et où, par suite, il fut procédé à l'ouverture de l'apophyse mastoïde, malgré l'emploi sévère de toutes les précautions indiquées, je rencontrai, à un peu moins de un demi-centimètre de profondeur, une membrane grise, molle, que je crus pouvoir regarder avec vraisemblance comme étant la dure-mère. Saupoudrage de la plaie avec l'iodoforme en poudre et pansement avec du coton antiseptique. Le troisième jour après l'opération, diminution des douleurs de tête et abaissement de la température fébrile à 38°. Les jours suivants, la température descendit au-dessous de 37°, la malade se remit promptement, l'os mis à découvert et la dure-mère se recouvrirent de belles granulations; quatorze jours après l'opération, la suppuration de l'oreille moyenne avait cessé, l'ouverture perforative de la membrane tympanique était fermée et, à la fin de la quatrième semaine, la malade pouvait être renvoyée avec la plaie de l'opération cicatrisée et l'ouïe normale.

Pour ce qui concerne l'influence de l'opération sur la suppuration de l'oreille moyenne, on observe fréquemment, non seulement dans les cas aigus, mais aussi dans les cas chroniques, une diminution rapide de la sécrétion et non rarement une prompt guérison de la suppuration de l'oreille moyenne. Le retour de la fonction auditive est ici plus fréquent dans les formes aiguës que dans les formes chroniques. Parfois pourtant, malgré la réussite de l'opération, la sécrétion de l'oreille moyenne persiste aussi forte, sans que l'exploration permette d'en découvrir la cause.

Que l'opération ait en beaucoup de cas une influence favorable sur l'état de l'organisme général, c'est ce que l'expérience confirme suffisamment. Des individus anémiques, arrivés très bas, se rétablissent avec une rapidité surprenante. Cela se comprend, si l'on considère, que l'existence d'un foyer purulent dans l'os influe sur la qualité du sang et sur la nutrition. Mais l'enlèvement d'exsudat caséeux de l'apophyse mastoïde est d'autant plus important, que l'ostéite caséuse peut être le point de départ des formes les plus mauvaises de la tuberculose pulmonaire.

Les résultats de l'opération présentent un grand intérêt dans les cas où la consistance diploïque ou scléreuse de l'apophyse mastoïde empêche d'atteindre le foyer purulent et l'antra mastoïdien. SCHWARTZE cite plusieurs cas, où, à la suite de pareilles opérations ayant échoué, il a vu se produire une diminution rapide des phénomènes menaçants. ORNE GREEN (I. *Otolog. Congress*, 1876) a vu une prompt diminution de douleurs violentes suivre l'enlèvement d'un morceau d'os de l'apophyse mastoïde scléreuse. Moi-même j'ai observé un résultat favorable surprenant dans six cas jusqu'ici, où il y avait indication pressante pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde et où l'opération montra l'apophyse en partie diploïque, en partie scléreuse, à la suite de l'enlèvement par le ciseau d'une partie de l'os, quoiqu'aucun foyer purulent n'ait été rencontré dans l'os. Dans tous les cas, non seulement les douleurs d'oreille et la torpeur cérébrale, durant souvent depuis des semaines, cessèrent bientôt, mais il y eut aussi une diminution rapide de la suppuration de l'oreille moyenne, jusqu'à l'arrêt complet et la fermeture de l'ouverture perforative (dans quatre cas). Jusqu'à présent, on ne peut pas encore donner une explication de ce fait et nous devons nous borner à constater que, par l'opération, la congestion du temporal et des veines du crâne est en partie écartée. C'est ce qu'indique l'observation de ZAUFAL, qui a vu disparaître dans un cas, après l'ouverture de l'apophyse, l'hyperhémie et les ecchymoses observées sur la rétine du même côté avant l'opération<sup>1</sup>. Nous avons vu aussi récemment une action favorable analogue de l'enlèvement partiel de l'os à l'aide du ciseau dans ces inflammations osseuses étendues, où l'excision d'une partie circonscrite de l'os amenait rapidement le départ de l'ostéite.

<sup>1</sup> Je ne puis confirmer par ma propre expérience cette opinion, que la névrite optique ainsi que l'engorgement de la rétine survenant pendant les suppurations de l'oreille moyenne doivent être regardés comme un signe certain d'une affection cérébrale consécutive déjà existante, parce que, dans ces derniers temps, j'ai constaté aussi ces phénomènes dans des cas où il n'y avait pas la moindre indication d'une affection cérébrale.

La constatation de ce fait, qu'à la suite de la rupture spontanée d'un abcès de l'apophyse mastoïde ou de l'ouverture chirurgicale, des suppurations chroniques de l'oreille moyenne guérissent aussi assez souvent complètement, conduisait naturellement à l'idée de proposer l'opération également pour guérir des suppurations opiniâtres de l'oreille moyenne. SCHWARTZE se prononce contre cette indication. Cependant, si l'on considère que des suppurations de longue durée s'arrêtent non rarement, aussi dans des cas où l'on n'a enlevé avec le ciseau qu'un morceau d'os diploïque ou scléreux de l'apophyse mastoïde, je crois que l'opération est indiquée, comme dernière ressource, chez les malades où tous les moyens thérapeutiques décrits plus haut (page 432) n'ont pu arrêter la suppuration. L'essai me paraît d'autant plus justifié, qu'à mon avis on doit se borner en pareil cas à enlever un petit tronçon d'os de 1/2 à 3/4 de cent. de profondeur, opération sans danger, dans laquelle la mise à nu de la dure-mère ou du sinus transverse est généralement complètement exclue. Mais je suis d'accord avec SCHWARTZE pour proscrire une pénétration plus profonde, jusqu'à l'antre mastoïdien, dans les cas ici en question.

A l'ouverture chirurgicale de l'apophyse mastoïde se rattachent les opérations qui sont indiquées dans le cas d'ouvertures fistuleuses existant depuis longtemps dans l'apophyse mastoïde. Ces fistules persistent assez souvent chez les individus jeunes, plus rarement chez les adultes, après la rupture spontanée de l'abcès de l'apophyse mastoïde, et résistent généralement à tout traitement local ordinaire. Les ouvertures fistuleuses de la peau ne correspondent que rarement à l'orifice de perforation de l'os. Leur pourtour est souvent infiltré, les bords couverts de granulations ou de callosités.

Le procédé le plus sûr pour guérir de pareilles fistules consiste à élargir suffisamment l'ouverture de l'os et à enlever avec la curette les parties malades de l'intérieur de l'apophyse mastoïde. Pour cela, on fait une incision verticale, de 3 à 4 cent. de long, passant par l'ouverture fistuleuse de la peau et allant jusqu'au périoste; on enlève ensuite le périoste de l'os avec la rugine, en avant et en arrière, de manière à découvrir une assez grande partie de la couche corticale. Puis, après avoir découvert l'ouverture de l'os, on élargit celle-ci, soit avec le ciseau, soit avec un ostéotome court, soit encore avec une pince ostéotome de courbure convenable et on examine avec soin l'intérieur de l'apophyse mastoïde.

On rencontre ici les modifications les plus diverses. Tantôt on trouve une ou plusieurs grandes cavités avec des dépressions irrégulières, qui renferment des masses caséuses fétides; après avoir enlevé ces masses par le lavage, les parois de l'os se montrent rugueuses au contact ou couvertes de granulations. Dans d'autres cas, toute la cavité est remplie d'un tissu de granulation spongieux. Enfin on trouve le tissu osseux scléreux et un canal fistuleux étroit, généralement sinueux, qui conduit vers le fond ou vers la paroi postérieure du conduit auditif.

Après avoir enlevé les masses de rétention, il faut avant toutes choses écarter les granulations spongieuses fortement développées. On y arrive le mieux à l'aide d'une pince à pansement ordinaire ou avec la curette. Puis on

sonde avec soin la cavité et partout où l'on trouve une place rugueuse, on la gratte avec la curette. Il faut procéder ici avec des précautions particulières, — à cause du voisinage du sinus et de la dure-mère, — quand on nettoie des parties de la paroi interne ou supérieure de la cavité. Puis on lave la cavité avec de l'eau carbolique, on saupoudre avec de l'iodoforme et on couvre la plaie avec un bandage. Au bout de quelques jours seulement on renouvelle le pansement et, si l'on trouve encore des rugosités en une ou plusieurs places de la cavité, on peut répéter le grattage avec prudence. A l'aide de ce procédé, j'ai obtenu fréquemment la guérison par cicatrisation de fistules datant de plusieurs années.

L'opération est plus difficile dans les os atteints de sclérose et traversés par un canal fistuleux étroit. Ici, pour éviter des complications, on devra se borner à pénétrer tout au plus jusqu'à une profondeur de 1 cent., surtout si le canal fistuleux va droit dans le fond. Dans le cas seulement où il se dirigera vers l'antre mastoïdien ou la paroi postérieure du conduit auditif, on pourra sans danger découper l'os dans le prolongement de cette direction.

D'après l'ordre suivi dans les autres traités, il faudrait passer maintenant à la description des polypes de l'oreille et autres néoplasies de l'oreille moyenne, puis aux affections traumatiques et névroses de cette partie de l'organe auditif. Mais en tenant compte de ce fait, que les polypes de l'oreille prennent naissance aussi bien dans l'oreille moyenne que dans le conduit auditif externe, et que les néoplasies du conduit auditif externe s'étendent souvent à l'oreille moyenne, et inversement de l'oreille moyenne au conduit auditif, que les lésions traumatiques atteignent fréquemment en même temps le conduit auditif et l'oreille moyenne, et que les névroses de ces deux parties peuvent se présenter aussi simultanément, je crois qu'il convient, pour plus de clarté, de traiter à part ces formes de maladies de l'appareil de transmission du son, après les affections de l'oreille externe.

Outre les manuels et traités des maladies d'oreille cités pag. 336, il convient de noter encore les travaux des auteurs suivants : FRANC. WENC. HEGBARTH. « De otorrhea. » (Dissert. Vindob., 1833.) — LEOPOLDUS A STUR : « De otitide, » Vindob. 1834. — WREDEN : « Die Otit. med. neonat. vom anatomischpathologischen Standpunkte. » (Monatsschr. f. Ohr., 1868.) — KNAPP : « Ueber prim. acute eitrige Mittelohrentzündung, » (Zeitschr. f. Ohr., I.) — BING : « Zur Perforation des Trommelfells. » (Allg. Wien. med. Ztg., 1873.) — J.-P. CASSELS : *Treatment of chronic exanthemal Catarrh of the tympanum*, Glasgow, 1873 et 1874. — O. WOLF : « Zur operativen Behandlung der Ohreiterungen. » (Arch. f. Aug. u. Ohr., IV.) — A. POLITZER : « Ueber die Anwendung des Paukenröhrchens. » (Wien. med. Wochenschr., 1875.) — A. POLITZER : « Zur Behandlung der chron. Mittelohreiterung. » (Wien. med. Wochenschrift, 1876.) — A.-H. BUCK : *The importance of treatment of aural diseases in their early stages, especially, when arising from the Exanthemata*, Philadelphia, 1876. — LUCAS : « Zur Behandlung der Otit. purulenta chron. » (Berl. klin. Wochenschr., 1878.) — ERHARD : *Ueber Schwerhörigkeit, heilbar durch Druck*, Leipzig, 1856. — TOYNBEE : *On the use of an artificial membrana tympani in cases of deafness, dependant upon perforation or destruction of the natural organ*, London, 1857. — SPENCER : *The function and utility of the artificial Drum-Membrane*, Philadelphia, 1876. — TURNBULL : « A new artificial membrana tympani. » (The medic. and surg. Reporter, 1876.) — BOETERS : *Ueber Necrose des Gehörllabyrinths*, Halle, 1875. — TILLMANN : *Ueber Facialislähmung bei Ohrenkrankheiten*, Halle, 1869. — MOOS : « Ueber den Zusammenhang zwischen epileptiformen Erscheinungen und Ohrenkrankheiten. » (Arch. f. Aug. u. Ohr., IV.) — EYSELL : *Ueber tödliche Ohrenkrankheiten*, Halle, 1872. — HOTZ : *Two*

case of death resulting from aural diseases, Illinois, 1876. — BURCKHARDT-MERIAN : « Beitr. zur Pathologie und patholog. Anatomie des Ohres. » (*Arch. f. Ohr.*, XIII.) — KRETSCHY : « Ueber Sinusthrombose, Meningitis, Kleinhirnsabscess nach Otit. med. » (*Wien. med. Wochenschr.*, 1874.) — J.-A. ANDREWS : « On the Metastases of Inflammations from the Ear to the Brain. » (*New-York med. Journ.*, 1881.) — SCHWARTZE : « Beiträge zur Pathologie und patholog. Anat. des Ohres. » (*Arch. f. Ohr.*, I.) — LEBBERT : « Ueber Hirnabscesse. » (*Virch. Arch.*, vol. LXXVIII.) — THOMPSON : « Case of otitis, cerebral abscess and malformation of the heart. » (*Med. Times and Gaz.*, 1873.) — MOOS : « Sectionsergebnisse von Ohrenkranken. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, III.) — DALBY : « Ueber Krankheiten des Ohres und ihre Beziehung zu Pyämie und Hirnabscess. » (*Brit. med. Journ.*, 1874.) — FRÄNKEL : « Beitr. zur Pathol. und pathol. Anat. d. Gehörorg. » (*Zeitschr. f. Ohr.*, VIII.) — TH. BAAR : « Case of aural disease terminating in cerebral abscess. » (*Glasgow med. Journ.*, 1878.) — POLITZER : « Zur path. Anat. der consecut. Sinusaffectionen. » (*Arch. f. Ohr.*, VII.) — POOLEY : « A contribution to the Pathology of the organ of hearing. » (*Arch. of Otol.*, 1880.) — MOOS : « Sinusthrombose und Phlebitis. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, VIII.) — ARNEMANN : *Bemerkungen über die Durchbohrung des Proc. mast.*, etc., Göttingen, 1792. — BUCK : *Diseases of the Mastoid. Process, their diagnosis, etc.*, New-York, 1873. — SCHWARTZE et EYSELL : « Ueber die künstl. Eröffnung des Warzenfortsatzes. » (*Arch. f. Ohr.*, VII.) — SCHWARTZE : « Casuistik zur chirurg. Eröffnung des Warzenfortsatzes. » (*Arch. f. Ohr.*, XI, XII, XIII, XIV.) — DE ROSSI : *Contribuzione allo studio della medicina operatoria dell' orecchio, etc.*, Roma, 1878. — KNAPP : « Case of trephining the mastoid. » (*Transact. of the Amer. Ot. Soc.*, 1879.) — HOTZE : « Die frühzeitige Perforation des Warzenforts. etc. » (*Zeit. f. Ohr.*, IX.) — LUCAS : « Caries necrot. des Warzenforts. » (*Arch. f. Ohr.*, XIV.) — TURNBULL : « Beobachtungen über die Perforation des Warzenforts. » (*Med. and surg. Reporter*, Philadelphia, 1878.) — GERS-TER : « Ein operativ geheilter Fall von käsiger Ostitis des Warzenforts. » (*Zeitschr. f. Ohr.*, VIII.) — MOOS : « Vier Fälle von schweren Erkrankungen des Warzenforts. » (*Zeitschr. f. Ohr.*, VIII.) — HARTMANN : « Ueber Sclerose des Warzenforts. » (*Zeitschr. f. Ohr.*, VIII.) — LE MÊME : « Ueber Sequesterbildung im Warzenheile des Kindes. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, VII.) — NEULING : *Ueber Trepanation des Warzenforts*. Kiel, 1877. — BIRCHER : *Beitr. zur oper. Behandl. der Ohreiterungen*, Berne, 1878.

## MALADIES DE L'APPAREIL DE TRANSMISSION DU SON

### II

## MALADIES DE L'OREILLE EXTERNE

(PAVILLON ET CONDUIT AUDITIF EXTERNE)

### I. — ANOMALIES DE SÉCRÉTION DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

#### HYPERSÉCRÉTION DES GLANDES CÉRUMINEUSES, FORMATION DE BOUCHONS DE CÉRUMEN

La sécrétion du cérumen, produit des glandes cérumineuses et sébacées, se forme surtout, pour les raisons anatomiques données déjà (pag. 13), dans la partie cartilagineuse et, pour une faible part seulement dans le commencement de la partie osseuse du conduit auditif externe. Dans les circonstances normales, l'exsudat est chassé en partie par les mouvements de la mâchoire, en partie par diverses manipulations. Assez souvent cependant le produit de la sécrétion reste dans le conduit auditif, et il se forme des bouchons qui obstruent le méat et empêchent mécaniquement l'audition.

*Étiologie.* — Les causes de l'accumulation du cérumen dans le conduit auditif externe sont : 1° *Des hyperhémies habituelles ou se reproduisant fréquemment* du revêtement du conduit auditif, accompagnées d'*hypersécrétion* de ses éléments glandulaires. 2° *Un rétrécissement congénital ou acquis du conduit auditif externe*, qui gêne la sortie du cérumen. Il faut y comprendre les *exostoses* de la partie externe du méat et le *rétrécissement en forme de fente* de l'ouverture externe de l'oreille, causé dans l'*âge avancé* par l'atrophie et le resserrement du cartilage du conduit auditif. 3° *La consistance anormale de l'exsudat cérumineux*; la rétention d'un exsudat épais, se feutrifiant avec les petits poils de la peau, favorise le dépôt et l'accumulation des masses sécrétées en dessous. 4° *Le nettoyage intempestif du conduit auditif*, en particulier chez les personnes qui ont l'habitude, chaque fois qu'elles se lavent, de faire couler dans le méat une certaine quantité d'eau pure ou d'eau de savon, puis d'y pousser un morceau de linge roulé en pointe. Par là l'exsudat cérumineux dilué est poussé de la portion cartilagineuse dans la par-