

Commencez par administrer une douche d'air d'après le procédé de Politzer, beaucoup plus facile à exécuter et bien moins désagréable pour les malades que le cathétérisme. Certains chirurgiens conseillent d'employer indifféremment le procédé de Valsalva et celui de Politzer : ils ont tort. Le procédé de Politzer exerce une action plus puissante, mais ce n'est pas son principal avantage. Il est préférable surtout parce que durant l'opération le malade est passif, tandis qu'il est actif dans le procédé de Valsalva. Lorsqu'on fait une forte expiration, la bouche et le nez fermés, on refoule vers la tête tout le sang veineux, d'où résulte une forte congestion qui n'est pas sans inconvénient, même pour l'oreille : il suffit de voir combien les vaisseaux du tympan s'injectent pendant cette manœuvre pour s'en convaincre. Commandez quelques expirations dans un but d'exploration, soit, mais baser un traitement sur ce moyen ne me semble pas une bonne pratique. Les malades ont sans doute l'avantage de n'avoir pas besoin de médecin, mais ils peuvent également très bien s'appliquer à eux-mêmes le procédé de Politzer et il faut même le leur apprendre.

Certaines obstructions de la trompe reconnaissent pour cause une simple concrétion de mucus ; la douche d'air fournit dans ces cas un succès immédiat, brillant, et qui peut être durable.

Le plus souvent, l'air poussé fortement dans la trompe écarte les parois adossées et pénètre dans la caisse. Aussitôt le malade accuse une amélioration notable, il trouve le timbre de sa voix changé ; la résonance dans la tête a disparu, et l'ouïe a recouvré son acuité à peu près normale. Le résultat, bien qu'évident, est parfois moins complet : le malade, par exemple, qui n'entendait la montre qu'au contact, l'entend maintenant à 1 ou 2 centimètres de l'oreille. Cet état persiste pendant un temps plus ou moins long, mais la trompe se referme quelquefois très rapidement : il faut recommencer les douches d'air jusqu'à ce que l'amélioration devienne durable.

La douche d'air par le procédé de Politzer est en général très bien supportée et ne cause aucune douleur : cependant elle présente le petit inconvénient d'agir à la fois sur les deux oreilles, aussi bien sur la saine que sur la malade.

Si la douche n'a produit aucun résultat, ou si elle est mal supportée, recourez au cathétérisme avec la sonde d'Itard et répétez-le aussi souvent qu'il sera nécessaire.

La douche d'air avec ou sans cathétérisme ne produit pas de

résultat, ou bien le résultat est si éphémère que la guérison définitive est douteuse par l'emploi de ce seul moyen. Au lieu d'air, introduisez alors dans la trompe une fine bougie en gomme ou en baleine et laissez-la à demeure pendant une heure ou deux. Cette petite opération est en général très bien supportée.

C'est sans doute après avoir constaté l'insuccès de ces divers moyens que des praticiens ont eu recours dans ces derniers temps à l'électrolyse, moyen ingénieux dont je ne saurais apprécier les résultats.

Enfin, si tout a échoué, il reste une dernière ressource, c'est la paracentèse du tympan. En traitant des opacités de cette membrane j'ai indiqué le but que l'on se propose en pratiquant cette opération très rationnelle. Nous poursuivons ici le même but : permettre aux ondes sonores d'arriver directement sur la membrane de la fenêtre ovale sans le secours de la chaîne des osselets. On réussira sous deux conditions : l'intégrité de cette dernière membrane et la persistance de la perforation du tympan.

D. — Maladies de l'oreille moyenne.

L'oreille moyenne se compose de la caisse du tympan, de la chaîne des osselets avec leurs articulations et des muscles qui la mettent en jeu, des cellules mastoïdiennes. Ces diverses parties forment un ensemble simultanément affecté dans la majorité des cas : j'aurai cependant à signaler quelques lésions plus spéciales à chacune d'elles.

Faisons d'abord remarquer la place qu'occupe la caisse au milieu des organes qui constituent l'appareil de transmission des ondes sonores (voir fig. 5). Interposée entre l'oreille externe et la trompe d'Eustache, la caisse est l'aboutissant de ces deux conduits : aussi participe-t-elle le plus ordinairement aux affections qui les atteignent. Les maladies de la trompe en particulier se propagent le plus souvent à la caisse envahie secondairement. Il existe toutefois des affections primitives de cette cavité.

Il est rare que la caisse soit atteinte de traumatismes directs. Elle peut être intéressée dans une fracture du rocher, mais c'est un accident d'ordre secondaire. J'ai déjà parlé des corps étrangers qui séjournent dans son intérieur après avoir traversé le tympan et de l'opération qu'il conviendrait de pratiquer pour les extraire ;

je n'y reviendrai pas ; disons seulement qu'à l'encontre du conduit auditif externe elle les supporte difficilement.

A la suite d'une blessure du tympan ou d'une violente contusion du crâne la caisse peut être remplie de sang. Il en résulte d'abord une surdité complète ; le tympan est repoussé en dehors et ne présente plus à l'otoscope qu'une surface brunâtre. Les suites ne sont pas graves en général ; le sang se résorbe peu à peu, s'écoule même par la trompe d'Eustache, et l'acuité auditive peut redevenir normale.

Quelquefois aussi des troubles de l'ouïe persistent, ainsi que je l'ai observé récemment sur un officier dont la tête avait porté violemment dans une chute de cheval.

Si le tympan bombait trop fortement vers le conduit, au point d'occasionner de vives douleurs ou des vertiges, et si la résorption ne paraissait pas s'effectuer rapidement, je ne verrais aucun inconvénient à faire une paracentèse pour faciliter l'issue du sang. Des douches d'air fréquemment répétées en favoriseraient encore la sortie.

Otites moyennes.

L'otite moyenne se présente sous des aspects cliniques tout à fait dissemblables. Tantôt c'est une inflammation aiguë qui envahit brusquement la caisse ; d'autres fois c'est une inflammation chronique pouvant succéder à la précédente ou prendre immédiatement ce caractère. Cette otite chronique, désignée encore sous le nom commode de catarrhe, est accompagnée de suppuration ou bien ne suppure pas. Enfin la caisse est le siège d'une maladie singulière, considérée pendant longtemps comme étant de nature nerveuse, parce qu'elle ne s'accompagne d'aucune réaction inflammatoire : c'est l'otite scléreuse ou sclérose de la caisse. Nous aurons donc à examiner successivement quatre états pathologiques :

- 1° L'otite moyenne aiguë ;
- 2° Le catarrhe suppuré ;
- 3° Le catarrhe sec ;
- 4° La sclérose de la caisse.

Cette division n'est peut-être pas en rapport avec celle des auteurs, mais je puis affirmer qu'elle repose sur des données cliniques incontestables.

1° *Otite moyenne aiguë.* — L'inflammation aiguë de la caisse

début en général brusquement, de préférence au milieu de la nuit, aux heures les plus froides, car il semble que le froid joue le rôle le plus important dans la production de cette maladie. Elle s'annonce par une douleur d'une violence extrême qui occupe l'oreille et rayonne dans toute la tête. Des phénomènes généraux ne tardent pas à apparaître : une vive agitation, souvent du délire, surtout chez les enfants, ce qui peut en imposer pour un début de méningite, mais il n'y a pas de fièvre. Ce sont des battements insupportables dans toute la tête. Il ne faut pas songer au plus léger sommeil ; les malades vont, viennent, poussent constamment des cris plaintifs, et aucun remède ne paraît les soulager. Les mouvements de déglutition, d'expiration forcée, exaspèrent encore la douleur, si la trompe participe à la maladie, ce qui est commun. L'inflammation peut se propager au nerf facial et donner lieu à une paralysie faciale. L'ouïe est abolie de ce côté.

Le tableau de l'otite moyenne aiguë dont je viens de donner une esquisse est tellement saisissant qu'on ne peut le méconnaître. Il faut toutefois s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une otite externe ou d'une myringite aiguës dont j'ai indiqué plus haut les caractères.

L'examen direct de l'oreille en fournira d'ailleurs tout de suite la démonstration : l'introduction du spéculum se fera facilement, sans provoquer de résistance de la part du malade ; vous constaterez que le conduit est libre et que le tympan ne présente pas la vascularisation propre à la myringite. Au lieu d'être gris blanchâtre, le tympan est sombre, ce qui témoigne de la disparition de la translucidité et d'un épanchement dans la caisse. Le marteau se voit encore, mais difficilement. Le reflet lumineux a disparu, car la membrane bombe dans le conduit auditif.

Après deux ou trois jours, les phénomènes peuvent rétrocéder, diminuer ensuite peu à peu et finir par disparaître sans laisser de traces appréciables, mais il est probable que dans ces cas favorables le malade a plutôt été atteint d'une salpyngite aiguë dont les symptômes ressemblent en définitive à l'otite moyenne, moins l'intensité. Le plus ordinairement, la sérosité qui s'est d'abord épanchée dans la caisse se trouble et passe à la suppuration. Le pus fait effort contre les parois de la caisse qui partout sont osseuses, sauf au niveau du tympan ; celui-ci se distend de plus en plus et finit heureusement par se perforer. Alors survient un soulagement immédiat, instantané, et la maladie entre dans une nouvelle phase.

Quelquefois cependant, mais rarement, la membrane résiste et des accidents cérébraux peuvent apparaître qui emportent le malade.

Si vous êtes appelé tout à fait au début de l'affection, conseillez des sangsues, des ventouses, des bains d'oreille calmants : mais c'est en général après vingt-quatre ou quarante-huit heures qu'on est consulté : eh bien, à ce moment, j'insiste beaucoup sur ce point, il n'y a qu'un seul traitement utile à faire, c'est la paracentèse du tympan. Attendez, dit-on, que la suppuration se produise, vous ouvrirez le tympan comme on ouvre un abcès ordinaire. Mais que gagnez-vous à attendre ? rien, car l'opération que vous pratiquez n'est pas grave en elle-même et ne saurait que modifier favorablement la marche de la maladie. Qu'avez-vous à perdre au contraire ? tout, même le malade. En attendant l'ouverture spontanée du tympan (et c'est malheureusement ce que font la plupart des praticiens), ou bien en n'ouvrant que lorsqu'il y a imminence de perforation, vous donnez le temps au pus qui, je le répète, est soumis à une forte pression, vous lui donnez le temps de désorganiser la caisse, de séparer les osselets les uns des autres, d'altérer la membrane de la fenêtre ovale, de sphacéler le tympan, sans compter la possibilité de pénétrer dans le crâne par les fissures de la voûte de la caisse ou par le labyrinthe ; et si la chaîne s'échappe avec le pus, si le malade est voué à une surdité complète et irrémédiable, c'est l'abstention ou la temporisation qui en sont la cause. Je ne parle pas du soulagement immédiat que vous apportez aux douleurs atroces du malheureux patient en débridant son tympan même avant la formation du pus, et cependant ce point a bien aussi son importance.

Il faut avoir assisté à une paracentèse du tympan pratiquée dans ces conditions pour en comprendre l'immense bienfait. Ce n'est pas même au bout d'une minute que les malades sont soulagés, c'est instantanément. Je ne saurais mieux comparer ce résultat qu'à celui qu'on obtient en débarrassant un malade d'un corps étranger de la conjonctive. N'est-ce pas, d'ailleurs, ce qui se passe dans le panaris, dans le glaucome aigu et bien d'autres circonstances où la douleur tient à un étranglement des produits exsudés et à la compression de filets nerveux ? et quelle région est mieux disposée que la caisse du tympan pour réaliser les conditions d'un étranglement douloureux, puisque les parois du foyer sont osseuses et que contre l'une d'elles est palissé un rameau

sensitif, le rameau de Jacobson ? Plusieurs fois j'ai été assez heureux pour intervenir de bonne heure chez des malades atteints d'otite moyenne aiguë, et le résultat a été constant : suppression instantanée de la douleur et guérison rapide de la maladie.

Seconde phase de l'otite moyenne aiguë. Abandonnée à elle-même, la suppuration s'est établie à travers une perforation du tympan et les douleurs ont en grande partie disparu. Il existe un calme et un repos relatifs, quoiqu'il survienne encore de temps en temps des crises douloureuses, lorsque la perforation s'oblitére et que le pus reste emprisonné dans la caisse.

L'otite moyenne peut se propager au conduit auditif externe, jusque sous le périoste de l'apophyse mastoïde, et on voit alors apparaître un abcès extra-mastoïdien identique à celui que j'ai décrit comme conséquence de l'otite externe sous-périostique. Plus souvent l'inflammation gagne les cellules mastoïdiennes et donne naissance à un abcès intra-mastoïdien que j'étudierai dans un chapitre spécial.

A cette période le tympan est représenté par une lame blanchâtre sur laquelle n'existe plus aucun détail physiologique. On aperçoit la perforation dont le siège et les dimensions sont très variables et à son niveau des battements énergiques.

Comme traitement, faites des lavages très fréquents de l'oreille, en rapport d'ailleurs avec la quantité de l'écoulement ; employez diverses solutions : solutions calmantes au pavot, au chloral, si les douleurs persistent ; solutions astringentes, avec le sulfate de zinc, le tannin, le bismuth, l'acide phénique, le sublimé, etc., s'il n'existe plus de douleurs. Il est bon cependant de n'introduire qu'avec ménagement les substances toxiques, qui pourraient pénétrer dans le pharynx par la trompe d'Eustache et provoquer des accidents. Pour faciliter la sortie du pus de l'intérieur de la caisse, pratiquez des douches d'air, à condition que la trompe soit perméable. Si la trompe était obstruée, et que la perforation du tympan fût étroite et située très haut, de telle sorte que la caisse se vidât difficilement, il y aurait indication à agrandir l'orifice et à le porter dans un point plus déclive. On éviterait plus sûrement ainsi la propagation aux cellules mastoïdiennes.

Dans les cas les plus favorables, la suppuration diminue peu à peu ; la perforation s'oblitére, si elle est étroite, et persiste dans le

cas contraire. Suivant les désordres produits dans la caisse pendant la première phase, l'audition revient en partie ou bien reste perdue pour toujours.

La suppuration au contraire peut persister et la maladie, passant à l'état chronique, prend le nom de catarrhe suppuré de la caisse.

2° *Catarrhe suppuré de la caisse.* — Au point de vue clinique, le catarrhe de la caisse ne diffère du catarrhe de l'oreille externe que par le siège de l'écoulement et l'existence de la perforation du tympan. Pour le diagnostic et le traitement, je renvoie donc le lecteur à ce que j'ai dit à propos de l'otorrhée, dont cette affection constitue l'une des formes les plus habituelles.

Je dois cependant appeler l'attention sur une variété particulière de catarrhe suppuré de la caisse que l'on ne rencontre que chez les sujets tuberculeux. Quelques auteurs l'appellent otite tuberculeuse, mais à tort, car, ainsi que l'a fait remarquer mon élève et ami le Dr de la Bellière dans sa thèse inaugurale, cette affection ne résulte pas de la présence dans la caisse ou dans la membrane du tympan de masses tuberculeuses ramollies, mais d'un processus spécial que suit l'inflammation chez les tuberculeux.

Ce catarrhe est chronique d'emblée; il ne succède pas à un état plus ou moins aigu: c'est par hasard, et sans éprouver aucune douleur, que les malades constatent un écoulement d'oreille et une diminution notable de l'ouïe de ce côté. En examinant le tympan, on le trouve perforé.

L'affection part du pharynx, se propage insidieusement à la muqueuse de la trompe, à celle de la caisse, et gagne le tympan; les diverses couches de cette membrane s'ulcèrent lentement de dedans en dehors, et comme dernier terme survient la perforation.

Cette maladie peut rester stationnaire et n'occasionner qu'une gêne plus ou moins grande, mais aussi déterminer les accidents propres aux suppurations prolongées. Quelques injections astringentes constituent le meilleur traitement.

La gravité spéciale des suppurations chroniques de la caisse résulte des complications qui en sont assez fréquemment la conséquence: je veux parler de la carie du rocher, des lésions vasculaires et des accidents cérébro-méningés. C'est pour éviter autant

que possible ces complications qu'il faut tarir au plus tôt les écoulements d'oreille et combattre vivement le préjugé funeste qui les fait considérer comme salutaires à la santé.

La *carie du rocher* (et l'on comprend aussi sous ce nom l'ostéite et la nécrose) ne se révèle pas tout d'abord par des signes évidents: nombre de fois j'ai vu des malades considérés comme atteints de carie du rocher et qui heureusement n'en avaient pas. On la soupçonnera aux caractères suivants: abondance et persistance de la suppuration malgré un traitement convenable; fétidité extrême du pus; douleurs continuelles et parfois un mouvement fébrile. On en affirmera l'existence, s'il est sorti des fragments d'os et s'il existe des trajets fistuleux péri-auriculaires à travers lesquels on puisse pénétrer jusqu'à l'os avec un stylet. Si vous explorez la caisse par le conduit auditif, gardez-vous de prendre le promontoire pour un séquestre.

Comme traitement: lavages fréquents avec la liqueur de Van Swieten, avec l'acide phénique, borique, etc. Enlevez les séquestres, s'ils sont mobiles, et nettoyez le foyer de la carie à l'aide de la curette tranchante. J'ai pu guérir de cette façon et complètement, l'année dernière (1884), un garçon atteint d'une carie très profonde des deux rochers, si profonde que d'un côté je touchais la dure-mère. Il existe des caries du rocher d'origine syphilitique contre lesquelles, avec le traitement local, il faudra employer le traitement spécifique. Lorsqu'il s'agit de sujets tuberculeux, la guérison est beaucoup plus douteuse.

Les progrès de la carie peuvent déterminer l'ulcération des gros vaisseaux du voisinage: de la veine jugulaire interne, du sinus latéral, des sinus pétreux et de l'artère carotide interne. Il se produit des hémorrhagies successives par le conduit auditif, quelquefois par la bouche et le nez, si la trompe est libre, et la mort ne tarde pas à en être la conséquence. Nous sommes sans ressource contre cet accident. La couleur du sang peut faire soupçonner s'il vient d'une veine ou d'une artère, mais la ligature de la carotide primitive elle-même est inefficace, puisque les carotides internes communiquent à plein canal d'un côté à l'autre.

Il n'est pas rare d'observer aussi la phlébite des sinus voisins et la production d'une thrombose qui détermine un foyer de ramollissement cérébral et la mort.

Les accidents les plus fréquents à la suite des suppurations prolongées de l'oreille avec ou sans carie du rocher sont la méningite et la production d'abcès intra-crâniens. Ces accidents peuvent être foudroyants, et j'en ai vu un exemple dramatique avec mon collègue et ami le D^r Tapret. Ordinairement ils marchent avec une certaine lenteur, mais n'entraînent pas moins fatalement la mort. Le pus peut passer de la caisse par les fissures de la face supérieure du rocher, par le vestibule, après avoir détruit la fenêtre ovale, ou par l'aqueduc de Fallope dans le canal du nerf facial, et venir former foyer en dehors des méninges. Mais, fait dont la pathogénie est jusqu'alors inexplicable, un abcès se forme parfois dans le cerveau à une certaine distance de l'oreille, sans que la substance intermédiaire soit altérée, absolument comme les foyers angioleucitiques loin du point primitivement malade.

La thérapeutique étant impuissante contre ces divers accidents, je n'y insiste pas davantage.

Il n'en est pas de même des suppurations localisées à l'apophyse mastoïde, dont c'est ici le lieu de nous occuper.

De l'abcès intra-mastoïdien. — L'apophyse mastoïde est creusée de cellules qui communiquent avec la cavité de la caisse par un large orifice et sont recouvertes à leur intérieur d'une membrane muqueuse commune : aussi conçoit-on difficilement que l'un des deux organes s'enflamme indépendamment de l'autre, et presque constamment le point de départ est dans la caisse.

Il résulte de la situation déclive des cellules par rapport à l'orifice de communication avec la caisse que l'écoulement des liquides qui y sont accumulés doit se faire difficilement, et il n'est pas surprenant que le pus prenne une direction différente de celle de la caisse : tantôt en effet il se dirige vers l'extérieur, détruit peu à peu les couches superficielles et aboutit aux téguments ; d'autres fois, il se fraye une voie à travers les couches osseuses qui le séparent du conduit auditif externe, au niveau de sa paroi postérieure, et s'ouvre dans ce conduit, ou bien il gagne les couches profondes et pénètre jusque sous la dure-mère.

La suppuration diffuse de l'apophyse mastoïde constitue une variété de carie du rocher, et coïncide avec le catarrhe suppuré de la caisse. Il existe par l'oreille un écoulement abondant de pus fétide dont les lavages et les douches d'air ne parviennent pas toujours à débarrasser les cellules, et c'est alors qu'il est rationnel de don-

ner une issue au pus en trépanant l'apophyse. M. Læwenberg croit pouvoir se dispenser de cette opération en agrandissant l'ouverture du tympan, mais il est des cas où ce n'est certainement pas suffisant.

Il est en général facile de reconnaître les suppurations *diffuses* de l'apophyse mastoïde : elles se révèlent par des douleurs derrière l'oreille, par de l'empatement des parties molles et finalement par la formation d'un abcès sous-périostique qui s'ouvre à l'extérieur et donne naissance à une fistule. La principale difficulté consiste à savoir si l'abcès est primitivement sous-périostique (voyez otite externe sous-périostique), ou bien s'il vient des cellules mastoïdiennes. L'examen des signes locaux ne permet pas d'arriver au diagnostic, car ils sont à peu près identiques dans les deux affections. C'est sur la marche de la maladie qu'il faudra se baser. Si l'abcès mastoïdien provient des cellules, il a été longtemps précédé de vives douleurs dans la région, sans traces extérieures d'inflammation ; s'il s'est développé d'emblée entre le périoste et l'os, les douleurs et le gonflement auront apparu simultanément. Le doute serait possible surtout lorsque l'affection date de plusieurs mois, lorsqu'il s'est établi des fistules et que les souvenirs du patient sont confus, mais il n'offre pas alors de grave inconvénient, car le traitement doit être dirigé dans le même sens pour les deux cas : fendez largement les fistules, mettez à découvert l'apophyse mastoïde dans toute son étendue en décollant le périoste et, vous laissant diriger par la lésion osseuse, poursuivez celle-ci avec le ciseau et le maillet jusqu'à la rencontre de parties saines.

La suppuration de l'apophyse mastoïde ne revêt pas toujours la forme diffuse ; elle peut donner naissance à un *abcès circonscrit* qui présente le plus grand intérêt et mérite à tous égards d'attirer notre attention, d'autant plus qu'il n'a peut-être pas été signalé jusqu'à ce jour, du moins avec les caractères qui lui sont propres. Voici le mode d'évolution des phénomènes dans un cas type : un malade a été atteint d'une otite moyenne aiguë le plus souvent abandonnée à elle-même, c'est-à-dire qu'il n'a pas été pratiqué de paracentèse du tympan. Elle a suivi les phases habituelles : la membrane s'est perforée, la suppuration a duré un certain temps, puis a diminué, a fini par disparaître, et le tympan s'est cicatrisé. L'otite est donc guérie, du moins en apparence. Cependant des douleurs intenses persistent de ce côté et rayonnent dans toute la

tête, vers le front, vers l'œil, vers l'occiput, jusqu'au sommet du crâne. Elles sont continues, paroxystiques, arrachent souvent des cris au malade, ne lui laissent goûter aucun repos ni prendre de nourriture suffisante. La santé générale s'altère profondément, et nul doute que la prolongation de cet état amène la mort à bref délai. Pendant ce temps, rien de local : le tympan et la caisse sont revenus presque à l'état normal, la région mastoïdienne ne diffère en rien de celle du côté opposé, si ce n'est qu'elle est un peu sensible au toucher ; le malade signale cependant un point qui paraît être plus douloureux et d'où lui semblent partir les élancements, mais il n'y a rien de bien précis.

En présence d'une semblable situation, malgré l'absence des signes fournis par l'otoscopie, il est rationnel de penser que peut-être du pus est retenu dans la caisse, surtout si le tympan est cicatrisé, et la paracentèse s'impose, mais il ne sort aucun liquide, et le malade n'éprouve pas de soulagement. Il en est de même de la douche d'air, et l'auscultation de l'oreille ne fournit pas de renseignements.

Le diagnostic est certes des plus difficiles. Nul doute que le point de départ des accidents actuels soit l'otite moyenne : mais s'agit-il d'une méningite chronique, d'un abcès situé dans les méninges ou dans le cerveau ? s'agit-il d'un abcès enkysté, circonscrit, de l'apophyse mastoïde ?

Les auteurs disent unanimement qu'une collection purulente développée dans l'apophyse mastoïde détermine toujours à l'extérieur un certain degré de rougeur, d'œdème de la peau, une augmentation de la température de ce côté : cela est vrai pour la suppuration diffuse, mais il importe de savoir qu'un abcès enkysté peut occuper le centre de l'apophyse mastoïde, sans que sa présence soit révélée par aucun signe local dans la caisse ou derrière l'oreille. La douleur spontanée et provoquée par la pression *dans un point toujours le même* constitue le seul signe réel sur lequel on puisse baser le diagnostic. D'autre part, il est également certain qu'un abcès enkysté de l'apophyse mastoïde peut provoquer un ensemble d'accidents tel que les praticiens les plus exercés songent à une méningite ou à un abcès du cerveau.

Lorsque après mûr examen vous croirez à l'existence d'un abcès enkysté, ouvrez-le par la trépanation de l'os. Voici les règles que je conseille de suivre :

La région étant préalablement rasée et aseptisée, et le malade

endormi, pratiquez dans toute la hauteur de l'apophyse mastoïde une incision verticale, à 1 centimètre environ de l'attache de l'oreille, afin d'éviter l'auriculaire ; décollez le périoste avec une rugine de façon à bien mettre à découvert toute la surface de l'os. Ayez à votre disposition des ciseaux à froid de plusieurs dimensions, et attaquez l'os avec l'un de ces ciseaux et un maillet de plomb. Faites porter la section sur le point précis où vous avez constaté la douleur à la pression. Enlevez à petits coups la couche compacte et pénétrez dans la substance spongieuse, ce dont vous serez averti par la sortie de sang noir et la coloration brunâtre de l'os. L'ouverture devra mesurer 1 centimètre carré pour le moins. Si le foyer n'est pas encore mis à nu, abandonnez le ciseau et le maillet pour vous servir d'une forte sonde cannelée ou d'un poinçon avec lesquels vous briserez les cloisons qui séparent les cellules, ou d'une cuillère tranchante de Volkmann. Le seul accident à redouter dans cette opération est la blessure du sinus latéral (voir fig. 6). Pour l'éviter aussi sûrement que possible, après avoir pénétré dans les cellules, ne portez pas vos instruments perpendiculairement à la surface de l'apophyse, mais obliquement en haut ou en bas, parallèlement à la surface du crâne.

Le foyer étant évacué, soigneusement lavé, réunissez la peau par première intention ; mettez un drain dans l'excavation de l'os et faites-le sortir par l'angle inférieur de la plaie.

Je crois devoir, en finissant, rapprocher de l'otite moyenne suppurée les cas singuliers d'arthrite de la chaîne des osselets, que dans ces derniers temps M. Hermet a attribués à la blennorrhagie au même titre que les arthrites des autres articulations du corps.

3° *Catarrhe sec de la caisse.* — Les sujets atteints de catarrhe sec de la caisse, c'est-à-dire d'inflammation chronique non suppurée, se présentent à l'observation dans les conditions suivantes : ils n'ont jamais été atteints de douleur ni d'écoulement d'oreille ; la surdité s'est développée peu à peu, sans secousses ; les deux oreilles sont généralement prises à la fois, mais la lésion est plus avancée d'un côté que de l'autre. Les malades sont incommodés par des bourdonnements incessants, et n'entendent plus du tout, pour peu qu'il y ait autour d'eux un certain bruit. Ils sont constamment enchâssés, et la muqueuse naso-pharyngée est affectée