

Bezold a tenté avec succès, et d'autres depuis, ont tenté de faire la *myringoplastie*. Il obture la perforation, après en avoir avivé ou irrité les bords au moyen d'un emplâtre spécial, avec un fragment de la pellicule de la coquille d'œuf.

Le rôle de cette pellicule adhérente est d'aider au dépôt des cellules nouvelles et de faciliter leur organisation. On ne peut oublier que beaucoup d'anciens otorrhéiques n'entendent un peu que grâce à leur perforation perméable et bien placée.

A. — OUVERTURE DE L'ATTIQUE A TRAVERS LE MUR DE LA LOGETTE

L'otorrhée persiste, cependant on a incisé, décollé le tympan soudé au fond, puis le manche à son tour; puis on a enlevé les vestiges de la cloison, et extrait manche et enclume; le pus coule encore, du haut de la cavité tympanique. On a cureté la paroi sus-tympanique, enlevé les fongosités et les restes des têtes osselettiques: le stylet coudé heurte une surface dénudée, la réparation ne se fait pas malgré les soins topiques; on en conclut qu'il existe dans l'attique, au-dessus du cadre, un point nécrosé: de là, l'idée d'enlever le mur de la logette (paroi supérieure du conduit auditif osseux). Mais cette voie est aussi celle par où s'écoule le pus de l'antre et des cellules mastoïdes; d'où l'association très logique de l'ouverture de l'attique, de l'antre et des cellules (opération de Stacke). Cette grave opération en effet ouvre toutes les cavités de l'oreille moyenne susceptibles de contenir des foyers purulents. Cependant la carie peut siéger sur le tegmen mastoïde ou sur le tegmen tympanique, il ne faut pas l'oublier. Il y a donc toujours des aléas sérieux dans les résultats obtenus, et dans la portée de l'acte opératoire lui-même.

B. — MISE A NU DE L'ÉTRIER A TRAVERS LE MUR DE LA LOGETTE

Pour l'otite sèche, la perforation du mur de la logette peut être exécutée dans le but d'arriver plus facilement sur la fos-

sette ovale et sur l'étrier, soit pour le mobiliser, soit pour l'extraire. Toute la portion épi-tympanique de la caisse se trouve ouverte ainsi, et les parties profondes de l'attique placées sous les yeux. Avec le sécateur de Politzer, l'ostéoclaste de Gellé, c'est une opération absolument sans danger, et très suffisante pour le but qu'on se propose (incision derrière l'insertion du pavillon; décollement du revêtement cutané du conduit qu'un rétracteur attire en avant et en dehors, puis enlèvement par morcellement à l'ostéoclaste du mur de la logette, partant du bord supérieur du cadre jusqu'à cinq millimètres en dehors; nettoyage antiseptique; réapplication du revêtement écourté de façon à laisser l'attique en vue).

Pour extraire l'étrier, quand il n'est pas accessible par le conduit, c'est la voie la plus simple, dans la sclérose otique. Le Stacke, suivi de l'ouverture de l'attique, menace le facial et le canal horizontal, mais rend l'extraction plus facile (Garnault.)

V

Périostite mastoïdienne. — Abscess extra-mastoïdien, sous-périostique. — Incision de Wilde; sa critique.

L'ostéo-myélite otique s'étend au périoste mastoïde et aux autres membranes d'enveloppe du rocher (dure-mère).

Chez l'enfant, on assiste à l'invasion de la région temporale et rétro-auriculaire en trois ou quatre jours dans certains cas aigus. Chez l'adulte, cette marche rapide appartient aux infections spécifiques et la grippe nous en a fourni de nombreux exemples; mais parfois, il faut croire que l'extension est plus rapide en surface qu'en profondeur; le décollement du périoste superficiel par le pus est prompt et forme derrière le pavillon chez l'adulte, et au-dessus de lui, chez l'enfant, une tuméfaction chaude, douloureuse, rarement bien fluctuante si elle est récente, qui refoule en dehors le pavillon et efface le sillon rétro-auriculaire (Duplay). En même temps, à l'inspection

du conduit, on trouve la paroi postéro-supérieure abaissée, rouge et saillante, rétrécissant le conduit (Duplay). L'otite est en pleine suppuration aiguë, ou c'est une infection récente sur une vieille otorrhée.

Il est évident que cette allure de fusée purulente accuse une ostéo-périostite *ab aure læsa*; infection diffuse, mais plus active sur la région mastoïde que dans la profondeur parfois. Si l'otite est récente, on ne peut penser à une perforation de l'os et à un abcès sous-cutané consécutif à l'abcès intra-mastoïdien : cela demande plus de temps. Cependant, dans l'état épidémique, dans l'otite des maladies infectieuses, on doit reconnaître qu'il existe simultanément du pus dans les cellules mastoïdes (Politzer, Duplay, etc.).

Dans la première hypothèse, il suffit souvent d'inciser verticalement la région mastoïde saillante, jusqu'à l'os, pour voir l'engorgement fondre et l'inflammation se limiter. De même que le périoste de la région mastoïde n'est pas forcément atteint quand il y a suppuration des cellules, de même l'inverse est admissible; et les faits cliniques montrent que certains cas rentrent dans cette catégorie, puisqu'on a vu la défervescence succéder à l'incision qui ouvre l'abcès sous-périostique; cette incision a été préconisée par Wilde.

Évidemment, pendant l'épidémie de grippe actuelle, nous avons tous pu constater l'insuffisance de cette « incision de Wilde ». On trouvera en effet du pus dans les cellules, quand il s'en écoule à l'incision du périoste mastoïdien, d'autant plus sûrement qu'on s'éloigne davantage de la date du début de l'otite.

Par suite, on a raison de négliger cette incision insuffisante et d'établir comme règle qu'il faut alors ouvrir les cellules sans tarder pour découvrir l'antra mastoïde.

Si, l'incision faite jusqu'à l'os, on se trouve en présence d'une fistule osseuse, il y a lieu d'agrandir la perforation osseuse et de drainer et d'aseptiser la cavité osseuse qui sera ouverte jusqu'à l'antra : l'otorrhée interminable pourra encore être ainsi évitée, si l'accident est aigu.

Si l'accident infectieux se montre sur une oreille atteinte d'otorrhée ancienne, la certitude de l'existence d'une poche intra-mastoïde existe, il faut immédiatement aller jusqu'à elle par une large ouverture des cellules et de l'antra mastoïdien.

## VI

**Parotidites suppurées *ab aure læsa*.**  
**Abcès rétro-pharyngiens *ab aure læsa*.**

Dans la convalescence ou à la fin d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde), une parotidite suppurée apparaît; cette grave complication guérie, le patient s'aperçoit qu'il est sourd de l'oreille du même côté; et à l'inspection, les signes d'une suppuration de la caisse méconnue, parfois actuelle encore, sans écoulement, ou terminée par sclérose, sont découverts.

J'ai rencontré dans la pratique tantôt la parotidite en évolution, l'otite suppurée étant manifeste, tantôt sans que rien attirât l'attention vers l'oreille; enfin j'ai eu à donner des soins à des personnes portant les traces cicatricielles de leur suppuration parotidienne, venue au cours de fièvres typhoïdes, après lesquelles l'oreille de ce côté était devenue sourde. L'observation clinique est précise; l'affection parotidienne saute aux yeux, tandis que celle du fond de l'organe auditif peut, en l'absence d'écoulement au dehors, passer inaperçue. La pathogénie est simple de ces coïncidences; la glande parotide n'est prise que secondairement; c'est en réalité une infection secondaire des vaisseaux et des ganglions lymphatiques de la région, à la suite d'une suppuration otique méconnue.

Je crois utile d'appeler l'attention de mes confrères sur la concomitance des lésions otiques et parotidiennes dans le cours des fièvres graves et dans les infections (oreillons), et sur la pathogénie de ces complications redoutables. C'est un rapport étiologique qui n'a pas, je pense, été reconnu jusqu'ici.

Je ne puis non plus oublier de signaler les *abcès pharyngiens et rétro-pharyngiens*, soit chez le jeune enfant, soit chez