

B.— *Contre-indications.* — L'ablation de l'étrier ne semble pas être, jusqu'à nouvel ordre, la panacée attendue de la surdité et des autres troubles auditifs; c'est la conclusion des travaux très bien documentés et appuyés sur les faits de Ch. Black, de Schwartze, de Politzer, etc., j'ajouterai des miens; ils sont peu encourageants.

Il y a donc un chapitre des contre-indications de cette opération que je ne trouve dans aucun ouvrage d'otologie; nous avons énoncé la difficulté d'accès de la fossette, la fracture des branches, l'enlèvement de l'osselet, l'inclusion de la fenêtre ronde, l'incertitude sur l'état du labyrinthe, la labyrinthite secondaire; mais il en est d'autres encore d'une fréquence indéniable.

La surdité et les lésions scléreuses d'aspect ordinaire peuvent être liées à l'hérédo-syphilis, à la syphilis acquise, sans qu'aucun signe permette de le soupçonner tout d'abord. En pareille circonstance, on a sous les yeux une panotite chronique diathésique, dans laquelle toutes les cavités otiques et tous les tissus ont été atteints; on observe cela tout autant avec les lésions de la suppuration chronique. Enfin, certaines surdités succèdent aux lésions secondaires, à la méningite épidémique, ou bacillaire, ou microbienne, qui a frappé le sujet dans l'enfance; or, la moindre lésion achève en peu de temps ces atrophies partielles.

Donc, une sélection difficile et sérieuse s'impose avant d'opérer; on opérera moins; on guérira sans doute davantage et plus sûrement.

Ne nous y trompons point, les insuccès, entre les mains d'opérateurs tels que Cl. Black et Politzer, ne tiennent pas au choix du procédé opératoire; c'est à l'une des causes exposées tout à l'heure qu'ils doivent être rapportés.

Les résultats, de toutes façons, ont été plus heureux dans le cas d'otorrhée; il semble que dans la sclérose primaire, héréditaire, diathésique, le labyrinthe subisse une altération trophique analogue à celle de l'oreille moyenne; mais, si l'on en juge par l'ostéo-sclérose que l'on a signalée dans les vieilles

otorrhées, l'état des cavités labyrinthiques doit bien souvent aussi laisser à désirer dans ces affections; contenu et contenant sont altérés simultanément: en somme, sujet à l'étude.

III

Traitement des lésions de la fenêtre ronde.

L'importance de l'étrier et de la fenêtre ovale dans la transmission des vibrations au labyrinthe a fait, sinon oublier, tout au moins placer au second plan la membrane de la fenêtre ronde; cependant les deux fenêtres se commandent, et chacune d'elles est tributaire de l'autre.

Si l'étrier est repoussé en dedans et fixé, il en résulte une tension anormale de la fenêtre ronde; et ce n'est point une seule voie de pénétration vers l'oreille interne qui se trouve fermée, c'est à coup sûr une fermeture complète; or, on peut penser qu'il doit en être de même quand c'est sur la fenêtre ronde que se fait la pression, et si sa membrane se trouve immobilisée et surtendue.

Inclusion de la fenêtre ronde. — Par sa situation au fond d'une fossette profonde, inégale, anfractueuse, sinueuse souvent, dont l'orifice extérieur est parfois d'une étroitesse remarquable, la membrane de la fenêtre ronde est plus facilement et plus souvent atteinte par les proliférations de la muqueuse tympanique enflammée, cachée par les exsudats, par les œdèmes, par les hypertrophies, par les brides, les cicatrices, couverte par les fongosités, etc. L'infundibulum qui y mène, placé auprès du plancher de la caisse, est situé dans un diverticulum de grandeur très variable; il répond heureusement à un endroit large de la cavité tympanique; les variétés de structure expliquent celles des complications. Des lésions qu'on trouve en ce point de la cavité tympanique, entretenues par le contact du pus dans les affections aiguës et par les dépôts caséux, dans les otorrhées, sont fréquentes et graves en ce qu'elles bouchent tout à fait ces dépressions et la fossette

de la fenêtre ronde. Celle-ci peut être ainsi isolée plus ou moins complètement, à supposer que son tissu ne participe pas encore à la lésion du voisinage.

Tout d'abord, il n'y a qu'une oblitération sans compression ni tension exagérée; le rôle de soupape est encore possible, et le jeu de l'étrier facile.

Dans la période hypertrophique, cet état peut rester longtemps le même; mais arrive la sclérose terminale, et tout se rétracte et tout se solidifie; alors le fonctionnement de la soupape cesse. Dès lors, si l'étrier est libre, l'ère des vertiges commence; la moindre excitation sonore, le plus léger vide de la caisse par obstruction tubaire, le moindre effort agissant par les muscles tympaniques, la paralysie faciale aussi, déterminent la commotion du labyrinthe et le vertige par accès ou permanent.

L'étrier étant mobile, les pressions centripètes, le Politzer, la raréfaction, le Siegle suffisent à provoquer aussitôt le vertige: c'est là le signe diagnostique de l'obstruction de la fenêtre ronde et de la fixité de sa membrane.

C'est donc du côté de la fossette qui précède cette membrane utile que l'on doit porter son attention et ses soins dans toutes les affections proliférantes, fongueuses, hypertrophiques de la caisse; car au moment des dépôts calcaires, de la sclérose terminale, la thérapeutique est désarmée.

Que faire pour empêcher l'obturation du *recessus* de la fenêtre ronde?

Il faut diriger ses soins davantage de ce côté. C'est là que les irrigations seront plutôt dirigées; c'est là que les attouchements au pinceau seront directement faits; c'est là qu'il faut habilement porter de fines curettes tranchantes, et, ce qui est plus facile, de fins pinceaux chargés de solutions caustiques ou astringentes.

Quand l'aspect plan de la région située en arrière et au-dessous du sourcil du promontoire montre que les dépressions osseuses normales sont comblées, on devra essayer de les vider au moyen du grattage, du curettage, aidés d'incisions multiples du tissu induré, du revêtement épaissi.

Une pointe de *cautère électrique* posée en ce lieu peut, après la chute de l'eschare, délivrer la membrane profondément cachée.

Tout cela n'est possible que dans le cas d'otorrhée ancienne avec perforation suffisamment large, ou après une incision avec lambeau, si le tympan est sclérosé, dans l'otite sèche.

Dans le cas de vertige et de bourdonnements graves, cette oblitération de la fenêtre ronde reconnue, s'il est impossible de dégager celle-ci et de maintenir ouvert le chemin, je pense qu'on serait logiquement conduit à pratiquer « *une fenêtre artificielle* » à travers le promontoire, c'est-à-dire à ouvrir la rampe tympanique du limaçon qui s'offre très accessible. Je n'ai exécuté cette opération que sur le cadavre.