

encourager les jeunes praticiens à ne pas considérer les paroles de Boyer comme le dernier mot sur une opération qui doit devenir aussi favorable à la guérison d'un plus grand nombre de cophoses, que celle de la cataracte l'est pour la cécité. C'est ma conviction ; et le seul mérite que j'ose revendiquer en faveur d'une pareille opinion, c'est d'avoir précisé les cas où elle sera négative, ceux où elle peut donner des résultats douteux, et ceux enfin où elle donnera constamment des résultats satisfaisants. Il ne s'agit plus, pour les rendre durables, que de trouver le moyen de maintenir l'ouverture du tympan. C'est là un problème, difficile peut-être, mais qui ne me semble pas au-dessus des ressources que possède le génie chirurgical.

Voici comment Kramer a jugé cette opération :

« On a vu dans la perforation du tympan une opération merveilleuse, véritable panacée contre la surdité, et l'on a eu le grand tort de la pratiquer dans des circonstances où elle était complètement inutile, comme, par exemple, chez les sourds-muets de naissance. Les succès bien mérités ont fait tomber dans l'abus contraire ; on a renoncé d'une manière absolue à ouvrir le tympan, et l'on s'est privé d'une ressource utile en certains cas. »

Menière l'apprécie à son tour de la manière suivante :

« Les conclusions de cet article sont peu favorables à la perforation du tympan. Je ne veux pas précisément m'élever contre le sentiment de M. Kramer, mais je crois pouvoir dire que ce point de thérapeutique chirurgicale n'a pas été complètement élucidé. Je possède un certain nombre de faits qui sont de nature à jeter du jour dans cette discussion. J'ai vu plusieurs personnes à qui Richerand avait perforé le tympan et qui avaient retiré un notable avantage de cette opération. J'ai constaté quelques succès datant d'une vingtaine d'années, et dont l'importance m'a engagé à essayer cette opération dans des cas jugés incurables. Quelques malades, fatigués de traitements inutiles, m'ont supplié de tenter sur eux cette dernière chance de salut, et je n'ai jamais eu à me repentir d'avoir cédé à leurs instances. J'ai renoncé à tout instrument mécanique, même à l'emporte-pièce du docteur Fabrizj, qui est bien supérieur à ceux d'Himly et de Deleau. Je ne me sers

jamais que d'un crayon très-pointu de nitrate d'argent. Le caustique sous cette forme doit être légèrement humecté, il pénètre facilement au travers de la membrane, et fait une ouverture dont les bords ne tendent pas à se refermer. Jamais je n'ai vu d'inflammation très-aiguë succéder à cette manœuvre. J'indiquerai plus tard le résultat précis de ces opérations. Je sais que quelques médecins auristes de Paris se sont livrés dans ces derniers temps à la pratique de cette opération, mais je ne possède aucun renseignement authentique sur leurs procédés opératoires et sur les résultats qu'ils ont obtenus (1). »

On voit que Menière, comme moi, pense que la perforation de la membrane du tympan peut être d'une utilité réelle dans bien des cas ; de même que ses devanciers, il ne précise pas davantage les signes qui peuvent militer en faveur de cette opération. Il dit bien qu'elle est indiquée dans le cas d'épaississement du tympan, mais comme cet épaississement peut exister avec ou sans paralysie du nerf, Menière n'indique aucun moyen d'établir ce diagnostic différentiel.

En résumé, depuis la première perforation faite au tympan, tous les auteurs et les praticiens qui se sont succédé ont donné l'oblitération des trompes pour sa principale indication.

Mais il aurait semblé que, du moment qu'on était parvenu à introduire une sonde dans ces conduits et à lancer des injections d'eau jusqu'à la caisse, ou mieux de l'air, comme l'a fait Deleau, cette indication pouvait perdre beaucoup de sa valeur. Cependant Itard, Kramer et Deleau ont constamment mis en avant l'oblitération de ces conduits. Ainsi Deleau, sur vingt-cinq perforations qu'il a faites, n'assigne pas d'autre cause à la surdité ; seulement, sur cinq malades, il avait rencontré, en plus, l'épaississement du tympan. J'ai déjà dit que le perfectionnement apporté dans le cathétérisme des trompes, la facilité de désobstruer ces conduits à l'aide de bougies filiformes, graduées, m'ont permis, depuis bien des années, de rayer l'obstruction des trompes des causes qui militent en faveur de la perforation du tympan.

Saissy, qui a pratiqué cette opération avec succès, la propose seulement dans les cas d'épaississement ou d'endurcissement

(1) Kramer, note de M. Menière, p. 168.

de la membrane, tandis qu'Himly ne la juge utile que dans l'oblitération de la trompe. Il ne trouve pas d'indication dans l'épaississement du tympan, tandis que Saissy ne paraît pas en voir une suffisante dans l'obstruction des trompes; au milieu de cette dissidence d'opinions, on voit combien Menière a raison de dire que ce point de thérapeutique chirurgicale n'a pas été suffisamment élucidé. Voici d'après mon expérience, les seules indications qu'on puisse invoquer en faveur de cette opération :

1° Les épaisissements de toute nature qui s'opposent à la vibration de la membrane;

2° Les altérations de la caisse, telles que l'épanchement sanguin, puriforme ou autre, quand on sera appelé avant qu'il ne se soit procuré une issue à l'extérieur, par une perforation spontanée de cette cloison.

3° Enfin il est un autre cas de cophose qui n'a été indiqué par personne et qui réclame d'une manière absolue la perforation du tympan; à l'inspection, cette membrane ne présente rien de particulier; elle est transparente, fléchit à l'attouchement d'un stylet et produit même un petit claquement sous l'influence de la colonne d'air, que le malade envoie dans la caisse par les trompes. Mais il est bien entendu que la perforation ne pourra et ne devra même être pratiquée, qu'autant qu'on aura porté un diagnostic exact, par les moyens que j'ai indiqués, sur le degré de sensibilité des nerfs acoustiques, coïncidant avec ces divers états pathologiques.

3. Procédés opératoires de la perforation de la membrane du tympan.

La perforation du tympan, proposée pour la première fois par Cheselden, en 1720, encouragée par Portal, fut appliquée avec succès, par le célèbre A. Cooper, en 1801. Après Cooper, plusieurs praticiens l'ont tour à tour pratiquée avec des résultats variés. Nous citerons Arnemann, Buchanan, Michaëlis, Saissy, Ilard, Richerand, Zang, Ansiaux, Rust, Saunders, Himly, Cellier, Maunoir, Hunhold, Deleau, Fabrizj, Menière, etc. On voit que cette opération a été l'objet des préoccupations sérieuses des praticiens; mais malheureusement tous manquaient de données suffisantes pour discerner les cas

où elle était réellement indiquée. Aussi le nombre des succès, dépassant de beaucoup celui des opérations qui avaient donné un résultat satisfaisant, le découragement est venu et l'opération est tombée peu à peu dans un grand discrédit.

Je vais passer en revue les différents procédés opératoires mis en usage pour pratiquer cette opération.

Himly assure avoir pratiqué la perforation de la membrane du tympan, dès l'année 1797; mais il fait remarquer qu'avec un trois-quarts, l'ouverture se referme aussitôt.

A. *Procédé de A. Cooper.* — Cooper, dans sa pratique, eut soin de renfermer son trois-quarts dans une courbe, de telle sorte que la pointe de l'instrument faisait à peine une saillie de 5 millimètres. Le lieu le plus convenable pour l'opération est, selon Cooper, la partie antérieure et inférieure de la membrane, au-dessus du manche du marteau, qu'il importe de ne pas toucher. « Quoique la membrane du tympan soit vasculaire, ajoute l'auteur, les vaisseaux en sont si petits qu'ils ne donnent que bien peu de sang. Si l'on voit qu'il en sort une certaine quantité, on peut conclure que l'opération est mal faite (1). »

Parmi les cas de succès obtenus par Cooper, il y en a un dont le sujet était un jeune homme de dix-sept ans, sourd-muet de naissance. Cooper reconnut, dit-il, qu'il y avait chez ce jeune homme une défectuosité de la gorge qui le rendait incapable de se moucher et de pousser l'air vers les oreilles, les trompes d'Eustache n'ayant point d'orifice au dedans de la bouche.

Cette théorie me paraît très-hasardée, attendu que Cooper ne possédait pas les moyens nécessaires pour s'assurer de l'état des trompes; ensuite une défectuosité de la gorge, qu'il ne décrit pas, n'est pas une cause suffisante pour expliquer la surdi-mutité; il y avait donc chez ce sourd-muet très-probablement un épaisissement du tympan, coïncidant très-heureusement avec l'intégrité de la sensibilité du nerf acoustique.

B. *Procédé de Saissy.* — Saissy (de Lyon), après avoir rapporté le fait de Cooper, lui adresse les trois objections suivantes :

(1) Cooper, *Bibliothèque germanique*, t. VIII, p. 400 et 401.

1° L'opération pratiquée par Cooper est-elle toujours praticable ?

2° Est-on sûr d'atteindre le lieu désigné par l'auteur ?

3° Dans le cas admis par Cooper, l'opération sera-t-elle toujours suivie de succès, en supposant qu'elle soit faite de la manière prescrite ?

Pour Saissy, hors le cas d'un polype ou d'un fungus du conduit auditif, il y a peu de circonstances qui puissent empêcher de pratiquer la perforation du tympan.

Quant au lieu d'élection indiqué par Cooper, Saissy le croyait très-difficile à atteindre, à cause de l'étroitesse du conduit, des mouvements du malade, et du peu d'espace qu'il y a entre le point qu'on doit ouvrir et celui qu'on doit respecter; et enfin, pour la troisième objection, Saissy ajoute que l'opération ne pourra jamais convenir dans les épanchements tant soit peu solides de la caisse, ni dans les engouements des trompes, puisque l'ouverture faite au tympan est trop petite pour leur donner issue.

Ces matières, ne pouvant être évacuées, présenteront un obstacle insurmontable à l'accès de l'air, qui doit, après avoir franchi l'ouverture du tympan, mettre en mouvement l'appareil de l'oreille moyenne.

Malgré les connaissances les plus exactes des rapports du marteau avec la membrane du tympan, Saissy ajoute que sur trois ponctions, une au moins atteindra cet osselet, ou même le détachera (1).

Ces objections, qui pouvaient être alors très-sérieuses, ont beaucoup perdu de leur valeur, depuis qu'on a perfectionné les instruments qui servent à éclairer le conduit auditif et à pratiquer la perforation du tympan.

L'objection principale qui a été adressée pour la première fois, par Himly, à l'ouverture faite au moyen d'un trois-quarts, c'est que la plaie se referme trop vite, et que les bons effets obtenus par l'opération sont bientôt annihilés par la cicatrisation de la plaie.

Après le trois-quarts, on a employé d'autres instruments, tels que le petit couteau carré de Herz avec lequel Buchanan

(1) Saissy, *Dict. des sciences médicales*, t. XXXVIII, p. 56.

croyait diviser en travers les fibres de la membrane, et favoriser la rétraction des lèvres de la plaie.

La même objection pouvait être adressée à la sonde triangulaire de Paroisse, au kystotome caché de Fusch, ainsi qu'au petit poinçon armé d'un épaulement circulaire près de sa pointe, inventé par Rust. L'aiguille à tricoter de Michaëlis, le stylet d'Itard, l'aiguille de Saissy et le kystotome de Lafaye, bien qu'ils soient plus commodes, présentent tous le même inconvénient. Richerand, pénétré de l'utilité de la perforation du tympan, et cherchant à éviter la cicatrisation de la plaie faite par les instruments que je viens d'énumérer, imagina de faire l'ouverture en cautérisant la membrane avec un crayon de pierre infernale; l'illustre praticien ne dit pas les succès qu'il en a obtenus, et si surtout l'ouverture tympanique s'est maintenue après ce mode opératoire; il est probable qu'il en fut autrement, puisque Zang, en suivant le procédé de Richerand, proposa de laisser une corde à boyau dans la plaie et il est probable que cette idée ne vint à ce praticien, que pour empêcher les progrès de la cicatrisation des bords de la plaie faite au moyen du caustique.

C. *Procédé de Deleau*. — Deleau, voyant les insuccès qui accompagnaient les opérations faites par un simple trois-quarts, imagina de substituer à cet instrument un emporte-pièce, lequel, en enlevant un disque de la membrane, devait donner l'espoir que la plaie resterait ouverte.

Voici le procédé de Deleau, décrit par Vidal (de Cassis).

Une canule à extrémité tranchante enferme une tige évidée en tire-bouchon, et terminée par un petit disque mince, dont les bords sont tranchants et regardent ceux de la canule. Après avoir éclairé à un beau soleil le conduit auditif, et l'avoir suffisamment redressé pour montrer le tympan, l'instrument est porté sur la partie antérieure et inférieure de cette membrane. On fait marcher la tige par un mouvement de rotation; elle traverse la membrane comme un tire-bouchon; alors un ressort, qui se détend, ramène avec force le disque tranchant contre la canule, et découpe ainsi un disque de la membrane (1).

(1) Vidal (de Cassis), *Traité de Pathologie externe*. 5^e Edition. Paris, 1861, t. II, p. 703.

D. *Procédé de Fabrizj.* — L'habile chirurgien de Modène décrit lui-même son procédé opératoire, ainsi que l'instrument qu'il a imaginé.

« Voici l'instrument dont je me sers pour pratiquer cette trépanation. Il est composé de deux pièces. L'une consiste en une canule cylindrique en acier longue de trois pouces et demi, qui, dans l'espace d'un pouce, a environ deux lignes de diamètre, et dans le reste de sa longueur une ligne. Dans la partie où le diamètre est le plus grand, il existe à l'intérieur un pas de vis, et l'autre portion de la canule, qui a un plus petit diamètre, se termine par un bord tranchant.

« L'autre pièce est une tige d'acier montée sur un manche d'ivoire, long de trois pouces et d'une figure à peu près fusiforme. La tige métallique est plus longue d'une ligne que la canule. A partir du point qui s'implante dans le manche, elle a, dans un espace d'un pouce, un diamètre égal à celui de la cavité de la canule dans sa portion plus large, et présente un pas de vis en relief, destiné à correspondre à l'écrou de la canule, et à mettre les deux pièces en contact immédiat. L'autre portion de la tige a dans toute son étendue un diamètre d'une ligne, correspondant à celui de la portion plus étroite de la canule, dans laquelle elle s'introduit en la remplissant exactement, jusqu'à une ligne de distance de son extrémité; cette tige a une forme cylindrique et lisse; mais, arrivée à ce point, elle se change en spirale de même diamètre formée par un fil métallique, de la grosseur d'un tiers de ligne, tournant autour d'un axe. Cette spirale fait un tour et demi, dans un espace de deux tiers de ligne, et se termine par une pointe très-aiguë, placée dans la direction de l'axe de la tige qui a un tiers de ligne de longueur.

« La canule se monte sur la tige, de manière que son extrémité la plus évasée vient toucher le manche. La tige alors se trouve complètement ouverte, excepté la spirale qui dépasse la canule de toute sa longueur.

« La construction de cet instrument exige plusieurs précautions. Le manche doit porter, où la tige s'implante, un signe correspondant à la direction de l'instrument, pour faire connaître au chirurgien, lorsqu'il opère, le nombre de tours circulaires qu'il a déjà exécutés.

« Il faut que l'espace qui sépare les tours de la spirale soit un peu plus large que l'épaisseur ordinaire de la membrane. La révolution de la spirale doit avoir une petite inclinaison, de manière que, se trouvant plus directement opposée à l'action de la canule, elle y trouve une résistance. Il faut, en outre, qu'elle ait une direction de droite à gauche, si c'est dans ce sens qu'on trouve la canule pour la monter, en sorte que, lorsque dans l'opération on fait descendre cette dernière, le mouvement de rotation qu'on lui imprime soit en opposition avec la direction de la spirale.

« L'instrument ainsi décrit et monté suffit pour pratiquer l'opération. Pour les soins consécutifs, il faut une semblable tige à la première, sous le rapport des dimensions, mais qui, restant cylindrique dans toute son étendue, diffère de l'autre, en ce qu'elle ne présente dans la dernière ligne de sa partie libre qu'une cavité disposée en spirale accomplissant deux tours circulaires. Pour s'en servir, on la monte dans la canule comme la précédente.

« Je choisis pour l'opération la partie antérieure et inférieure de la membrane, et je m'éloigne d'une demi-ligne à peu près de sa circonférence, parce que je tâche d'éviter le petit cercle osseux, où la membrane se trouve fixée, qui antérieurement est assez prononcé, et je ne veux perforer tout à fait en bas, que parce que, attendu l'obliquité de la membrane, la caisse du tympan est plus profonde supérieurement qu'inférieurement.

« J'habitue d'avance l'oreille que je dois opérer, au contact des corps étrangers, en les touchant avec un stylet porté sur la membrane plusieurs fois par jour. Je choisis pour l'opération une heure où les rayons du soleil soient légèrement obliques; après avoir observé s'il y a quelque anomalie dans le conduit de l'oreille qui doit être opérée, je place le malade sur un siège élevé, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, qui, d'une main, soutient le menton, de l'autre tire le pavillon de l'oreille d'avant en arrière, et de bas en haut. La tête doit être inclinée en arrière, la face tournée vers l'épaule opposée à l'oreille sur laquelle on opère, et en se conformant du reste aux principes que j'ai exposés lorsque j'ai traité de l'exploration du conduit auditif.

« Si je dois employer la lumière du soleil réfléchie par un miroir, ce qui arrive souvent, je tâche de la diriger très-peu obliquement, parce qu'il est toujours utile de tenir la tête du malade, le plus possible, dans sa position naturelle, ce qui fait que le chirurgien peut toujours avoir présent à son esprit la disposition et le rapport des parties.

« Cela fait, et le point d'élection bien déterminé, l'opérateur prend avec la main droite l'instrument comme une plume à écrire, de telle sorte que l'index, le pouce et le médius, correspondent à la portion supérieure de la canule, et que la pointe de la spirale soit dirigée en haut. Il porte ainsi l'instrument, en parcourant la paroi inférieure de la portion du conduit que j'ai appelée horizontale, et qu'il reconnaît par les signes indiqués. Lorsqu'il sent le relief presque anguleux formé par la réunion des deux portions différemment dirigées du conduit, il porte la pointe de l'instrument parallèlement à la paroi antérieure de l'autre portion du canal, que j'ai appelée descendante ou oblique. Dans cette direction, il parvient contre la membrane du tympan sur le point indiqué. Aussitôt qu'il s'aperçoit qu'il est arrivé sur la membrane, il pousse légèrement l'instrument jusqu'à ce que la résistance opposée aux anneaux de la spirale par la membrane elle-même, l'ait averti que cette dernière a été traversée par la pointe. Alors, portant l'index et le médius en haut, et le pouce en bas, en supposant que la spirale se dirige de droite à gauche, il imprime à l'instrument un mouvement de rotation sur son axe, au moyen duquel les tours de la spirale passent de l'autre côté de la membrane; lorsque le chirurgien est averti par le signe qui est placé sur le manche, qu'il a exécuté un tour et demi, il porte la main gauche sur le manche pour tenir la tige immobile, tandis qu'avec les doigts de la main droite il imprime à la canule un mouvement de rotation en sens inverse des tours faits par la spirale, et le mécanisme de la vis la fait avancer.

« La spirale qui fixe la membrane offre le point d'appui nécessaire, et la canule qui est bien tranchante surmonte avec facilité la résistance que lui oppose cette même membrane; de manière qu'il en reste dans l'instrument un disque parfaitement circulaire et d'une ligne de diamètre.

« Le chirurgien jugera, par le degré d'éloignement de la canule du manche, si son côté tranchant est arrivé au niveau de la pointe de la spirale.

« On place ensuite une petite pelote de coton dans le méat auditif, pour empêcher l'introduction des corps étrangers; et si des symptômes inflammatoires venaient à se développer, ce qu'il ne m'est pas encore arrivé d'observer, il faudrait les combattre par des moyens antiphlogistiques.

« On distend de temps en temps l'oreille opérée, et si on voit que le trou tend à se rétrécir, on se servira de l'autre tige en l'introduisant comme la première dans l'ouverture, et en excisant avec la canule tout ce qui se trouverait dans la cavité de la tige, de manière à conserver toujours à l'ouverture son même diamètre. Le trépan que j'ai décrit me paraît satisfaire à toutes les conditions voulues. En effet, aussitôt qu'il est appliqué, on est sûr de ne pas perdre le lieu d'élection, quand même le malade ferait quelques mouvements avec sa tête. En réunissant en lui-même la puissance qui doit opérer l'ouverture et le point d'appui nécessaire, il évite les tiraillements de la membrane qui pourraient avoir lieu en opérant autrement. Le seul point qui agisse en comprimant est la pointe de la spirale, et le passage d'une simple pointe ne peut amener de tiraillements notables. Les dimensions indiquées n'exposent à blesser aucune des parties de la caisse du tympan qui doivent être respectées. La forme d'un tire-bouchon m'a paru la seule propre à porter un corps d'un certain volume au delà de la membrane, par une ouverture très-étroite. J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération avec la méthode que je viens d'indiquer, et j'en ai obtenu des ouvertures qui ne se fermaient pas.

« Si une seule ouverture est insuffisante pour le but qu'on se propose, on peut en faire plusieurs réunies de manière à constituer un seul trou.

« J'ai aussi pratiqué cette trépanation avec un instrument composé de deux canules d'une ligne de diamètre, qui se terminent en forme de double tire-bouchon tranchant sur le côté vers lequel les dents sont recourbées. L'une des deux canules est placée dans l'autre; la canule interne a des dents dirigées de gauche à droite, et l'externe de droite à gauche.

L'opérateur porte l'instrument sur la membrane du tympan, et aussitôt qu'il sent être arrivé, il n'a qu'à presser sur un levier qui se trouve fixé au manche; à l'instant, par le mouvement rapide d'un ressort qui est caché dans le mécanisme interne, la canule interne s'avance de deux tiers de ligne, faisant rapidement un demi-tour circulaire sur son propre axe longitudinal et dans la direction de ses dents. De cette manière, les dents dont elle est munie saisissent la membrane, et, passant dans sa partie postérieure, y font deux incisions, une supérieure et l'autre inférieure, qui ont à peu près l'étendue de la base des dents. Et à peine la canule interne a exécuté ce mouvement, que l'externe, mue par un autre ressort, s'avance avec une égale rapidité, exécute un tour circulaire sur son axe, en suivant la direction de ses dents et en sens contraire de l'autre dont elle parvient à dépasser les pointes; de cette manière, la canule externe coupe le morceau de la membrane qui était saisi par les dents de la canule externe, et les deux réunies détachent une partie circulaire de membrane, dont le diamètre est égal à celui des canules.

« Cet instrument n'est pas d'une construction simple, comme on pourrait désirer, et, étant mû par des ressorts, il exige plus d'adresse de la part de l'opérateur; cependant on peut arriver, avec un peu d'expérience, à l'appliquer en toute sûreté. L'opération faite à l'aide de cet instrument est presque instantanée (1). »

Ce mode opératoire est, de tous ceux employés en pareil cas, celui qui a fixé d'une manière plus spéciale l'attention des praticiens.

Certes, ce procédé dénonce une grande habileté chirurgicale, de même que l'instrument imaginé par Fabrizj paraît des plus ingénieux; j'examinerai plus tard s'il est à la hauteur des éloges qu'on lui a donnés jusqu'à ce jour.

Mais auparavant je dois dire un mot sur les indications que, d'après l'habile chirurgien de Modène, un instrument doit remplir pour qu'il puisse opérer sans inconvénient la trépanation du tympan.

« La membrane du tympan, dit Fabrizj, étant douée d'une

(1) Fabrizj, *Annali universali di medicina*. Milano, 1830

grande sensibilité, il en résulte qu'aussitôt qu'un instrument vient à la toucher, l'individu sur lequel on opère, remue instantanément la tête, et l'instrument se trouve facilement déplacé. Il faut donc que l'instrument soit construit de manière à pouvoir saisir instantanément le point de la membrane qu'il doit emporter. Une autre chose qu'il importe de noter, c'est que la membrane étant plus grande que l'encadrement osseux où elle s'attache, elle est susceptible de faire saillie en dehors ou en dedans, suivant les différentes maladies de l'oreille; il faut donc que l'instrument qui doit la trépaner puisse s'adapter à la direction différente qu'elle peut présenter. Il faut, en outre, qu'il puisse faire une coupe régulière; car, s'il agissait en déchirant, il pourrait atteindre le point où s'attache le manche du marteau, malgré toutes les précautions qu'on aurait prises pour l'éviter. Enfin, cet instrument doit suppléer, par sa construction, au point d'appui qui manque au delà de la membrane; donner un trou régulier, agir sans tiraillement, sans pénétrer trop avant et en ménageant les parties contenues dans la caisse du tympan. »

J'accepte toutes ces indications comme très-justes, excepté celle où il est dit que la membrane du tympan est plus grande que l'encadrement osseux et qu'elle est ainsi susceptible de faire saillie en dehors ou en dedans, suivant les différentes maladies de l'oreille. Lorsque le tympan présente ces dispositions pathologiques, c'est qu'il y a eu destruction, comme l'a très-bien décrit Toynbee, de la partie fibreuse, et que les saillies de cette membrane ne peuvent se faire que par l'extensibilité de la muqueuse dont elle est tapissée en dedans et en dehors, et dès lors cette cloison est tellement flasque, que, pour peu qu'on appuie sur elle, elle se déchire très-facilement, et ne saurait, par conséquent, exiger un instrument particulier pour subir une perforation convenable. Ces états, d'ailleurs fort rares, ne peuvent se rencontrer que lorsque la membrane du tympan est restée dans un contact prolongé avec un épanchement puriforme ou autre de la caisse, lequel finit toujours par la perforer, à moins que la limpidité du liquide épanché ne lui permette de s'écouler par les trompes d'Eustache: dans ce cas seulement la membrane peut conserver sa flaccidité sans rupture.