

charnues et polypeuses ; ici je touche à une grande question sur laquelle les praticiens auristes sont encore partagés, savoir : si les polypes qu'on remarque dans le conduit auditif externe prennent plus souvent naissance sur les parois de la caisse que sur celles du conduit auditif externe et la surface de la membrane du tympan.

Itard, Kramer, Saunders, Buchanan, Deleau, Menière et Fabrizj (de Modène), ont donné pour siège principal des polypes qu'ils ont observés, les parois du conduit auditif ou la surface du tympan ; tandis que Toynbee, Triquet et Duplay prétendent, comme cela a déjà été dit, que ces excroissances charnues ont toujours pour siège principal la paroi interne de la caisse, dans laquelle ils ont trouvé une foule de transformations pathologiques que je vais analyser.

« De toutes les parties constitutives de l'appareil auditif, dit Toynbée, celle qui est le plus souvent le siège de maladies est la cavité du tympan ; et de toutes les altérations de cette cavité, la plus commune est l'épaississement de la membrane muqueuse qui revêt la cavité tympanique. Dans l'état normal, elle est tellement fine, qu'à peine si l'on distingue sa présence à la surface des os. Dans les cas pathologiques, elle peut acquérir une épaisseur telle, qu'elle remplisse, en quelque sorte, la cavité tympanique, et qu'elle enserme complètement les osselets. Sur 184 personnes atteintes de surdité, 98 présentaient cette augmentation d'épaisseur à un plus ou moins haut degré ; tandis que la présence du mucus dans la cavité tympanique a été notée seulement 19 fois sur 184. Or, cette dernière affection est considérée généralement comme une des causes les plus fréquentes de surdité. »

Je suis loin d'approuver la statistique de Toynbee, car elle est en opposition avec tous les faits que j'ai recueillis et les résultats obtenus ; il est bien évident que si, sur 184 personnes atteintes de surdité, on n'en trouve que 19 qui puissent être attribuées à la présence du mucus dans la cavité du tympan, on ne saurait expliquer les nombreuses guérisons obtenues par les simples douches d'air, dirigées dans cette cavité par les trompes, après les avoir dilatées par l'introduction des bougies filiformes. Évidemment, ce ne seraient pas des moyens

aussi simples qui pourraient procurer la guérison des lésions si graves auxquelles le praticien anglais attribue presque toujours la cause des surdités. Ce ne serait ni l'épaisseur de la membrane, ni l'ankylose des osselets, ni leurs adhérences avec les différentes parties des parois de la caisse, etc., qui céderaient à l'influence d'un pareil traitement.

Comme les opinions émises par Toynbee ont cours dans la science, je crois devoir reproduire les principaux traits de sa statistique et les faire suivre de quelques réflexions, afin que les lecteurs puissent apprécier la valeur des unes et des autres.

« La cavité tympanique, ajoute Toynbee, peut renfermer des substances de toute nature, du mucus, du pus, de la matière tuberculeuse. Ces trois substances correspondent à trois maladies qui entraînent le plus souvent la surdité : le refroidissement, la scarlatine et la scrofule.

« Une des altérations les plus fréquentes de la cavité tympanique est la formation d'adhérences qui soudent les osselets entre eux et avec les parois de la cavité tympanique. Sur 188 dissections d'oreilles affectées de surdité, j'ai trouvé ces adhérences 42 fois ; je les ai encore rencontrées 123 fois sur 334 dissections d'oreilles affectées de surdité commençante, ce qui donne les proportions considérables d'un quart et d'un tiers. Le siège le plus habituel de ces adhérences se trouve entre l'étrier et le promontoire ; cet osselet est souvent caché par elles ; la tension et la résistance de ces adhérences est telle, quelquefois, qu'elle empêche tout mouvement de l'étrier, et, dans d'autre cas, elle l'entraîne vers la cavité du vestibule ; peut-être faut-il attribuer à la pression exercée par ces adhérences sur le labyrinthe membraneux ces chants et ces bruits morbides dont se plaignent si souvent les personnes affectées de surdité.

« Les adhérences dont nous venons de parler peuvent reconnaître pour cause un épanchement de lymphé plastique : mais souvent cette circonstance n'a pas lieu : la membrane épaissie se trouvant en contact avec elle-même, des adhérences s'établissent, et, lorsque la membrane est revenue en partie à son état normal, les adhérences persistent, et les parties voisines tirillées constituent des espèces de brides. La structure de ces adhérences est très-solide et presque sembla-

ble à celle de la muqueuse elle-même. Une des altérations les plus intéressantes parmi les causes de la surdité se trouve dans l'ankylose de la base de l'étrier avec le bord de la fenêtre ovale. J'ai trouvé cette ankylose 16 fois complète et 18 fois partielle; quelquefois il y a seulement ossification de la membrane qui unit l'étrier avec le bord de la fenêtre ovale; d'autres fois la base de cet osselet est considérablement augmentée de volume; d'autres fois enfin, on la trouve entourée d'un dépôt de particules osseuses. Mon attention a été attirée, dans ces derniers temps, sur une autre condition de l'étrier, que l'on trouve adhérent à la circonférence de la fenêtre ovale, d'une manière plus solide qu'à l'état normal, et cela par suite de l'ossification de la membrane qui entoure sa base. Cette altération est assez commune (1). »

En parcourant les chiffres qui précèdent, je ne peux m'empêcher de témoigner quelque surprise, non sur leur authenticité, mais bien sur la différence des lésions que Toynbee a constatées, comparées avec celles que j'ai recueillies depuis nombre d'années.

Ainsi, les adhérences des osselets entre eux ou sur les parois de la cavité tympanique seraient d'un quart. L'ankylose de la base de l'étrier avec le bord de la fenêtre ovale serait encore une des causes très-fréquentes de surdité. Or, j'ai disséqué, tant en Afrique que plus tard aux divers hôpitaux militaires d'Arras, du Gros-Caillou, du Roule et aux Invalides, deux cent quarante et quelques oreilles, sur des militaires qui avaient une surdité commençante ou qui étaient devenus complètement sourds à la suite d'affections ayant succédé à des commotions cérébrales, à des fièvres typhoïdes, etc. Il est vrai peut-être que ces altérations n'étaient pas aussi anciennes que celles des sujets de Toynbee. Plusieurs cependant avaient une origine assez éloignée pour que les documents puissent être pris en sérieuse considération. Je citerai 21 invalides qui, depuis plusieurs années, étaient complètement sourds, dont 4 par suite d'otorrhée, 8 de commotions cérébrales, et les autres sans causes connues. Sur ces 21, j'en avais examiné 10 avant leur mort, dont 3 avaient une otorrhée

(1) Toynbee, *loc. cit.*

avec destruction plus ou moins complète du tympan; chez les autres, à l'examen, le conduit ne présentait rien de particulier; la membrane du tympan était épaissie, très-opaque; mais chez tous, j'avais constaté un grand affaiblissement, voisin de la paralysie du nerf acoustique. A l'autopsie, voici les lésions que je trouvai :

Sur les quatre affectés d'otorrhées, deux avaient les tympans du côté gauche entièrement perdus; la chaîne des osselets détruite, excepté l'étrier qui avait conservé sa position normale. La muqueuse de la caisse épaissie, d'une couleur rose-pâle, surtout dans la région voisine de la trompe; mais partout elle était lisse et polie, et ne présentait de traces d'aucune adhérence ni d'aucune bride avec les parties voisines. Les cellules mastoïdiennes étaient saines, malgré leur voisinage de l'écoulement, qui durait depuis plusieurs années. La membrane de la fenêtre ronde, ayant été détruite, avait mis en communication directe l'oreille moyenne avec la rampe du limaçon, et facilité ainsi l'évacuation du liquide de Cotugno, cause principale de la surdité, survenue longtemps après l'origine de l'écoulement.

Ce fait de l'évacuation du liquide de l'oreille interne est très-important, car il est, selon moi, la cause principale de toutes les surdités survenant en dehors de celles produites par une affection du cerveau, qui agit immédiatement sur l'origine du nerf auditif.

J'ai dit et rapporté depuis longues années que la membrane du tympan, ainsi que la chaîne des osselets, l'étrier excepté, pouvaient être entièrement détruites sans entraîner la surdité, qu'il y avait alors seulement une dysécie plus ou moins prononcée, pourvu toutefois qu'il n'y eût eu, ni par la fenêtre ovale, ni par la fenêtre ronde, une solution de continuité qui permit à la lymphe de Cotugno de s'échapper au dehors. Le premier fait de ce genre que j'observai et que je présentai à l'Académie de médecine en 1844 (1), eut lieu sur le fils d'un officier des Invalides. Je rapporterai cette observation en parlant des divers épanchements des matières solides dans la caisse.

(1) Bonnafont, *Bull. de l'acad. de méd.*, 1844.

Mais tant que la fenêtre ovale demeure fermée par l'étrier, et la fenêtre ronde, par sa membrane, de manière à empêcher l'évacuation du liquide labyrinthique, et que le nerf auditif n'a reçu aucune atteinte du côté de son origine, des lésions les plus graves de l'oreille moyenne et de l'oreille externe peuvent exister sans entraîner la surdité, mais seulement une dysécie qui sera en rapport avec les difficultés que rencontreront les ondes sonores à pénétrer jusqu'à la paroi interne de la caisse.

Sous le rapport du diagnostic de la sensibilité du nerf, la statistique de Toynbee laisse à désirer; car elle ne s'occupe nullement de cette constatation, tandis qu'elle attribue la perte de l'ouïe à des causes qu'il est impossible d'admettre. Ainsi, pour le praticien anglais, l'ankylose des osselets entre eux, celle de l'étrier avec la fenêtre ovale, l'ossification de la membrane qui ferme cette ouverture, etc., sont autant de cas pathologiques capables d'entraîner la surdité. Une pareille opinion est contraire à tout ce que l'expérience nous apprend sur le mode d'après lequel les sons arrivent et sont perçus par l'oreille interne. Supposons la chaîne des osselets intacte, avec leurs articulations soudées; cette immobilité de la chaîne pourra bien nuire à la coordination d'un certain nombre de sons, mais elle n'arrêtera pas ceux, plus simples, qui viendront frapper le tympan. La chaîne des osselets forme alors, qu'il y ait ou non ossification de la membrane de la fenêtre ovale, ou ankylose de l'étrier avec les bords de cette ouverture, un très-bon conducteur solide des ondes sonores. Et, si le nerf a conservé sa sensibilité, ces accidents ne sauraient donc s'opposer à la transmission des sons, les empêcher d'arriver jusqu'à l'oreille interne, ni interdire au nerf d'en recevoir l'impression.

Chez les autres invalides, plus ou moins sourds, qui n'avaient présenté, avant la mort, aucune affection pathologique de l'oreille, et sur quatre desquels j'avais pu constater l'affaiblissement de la sensibilité nerveuse, je ne trouvai à l'autopsie aucune lésion dans l'oreille moyenne qui pût expliquer la cause de l'infirmité.

Un second fait constatera la persistance de l'ouïe avec l'intégrité de l'étrier seul, les autres osselets et la membrane du tympan étant détruits.

OBSERVATION XXXIII. — En 1846, un malade me fut présenté par l'honorable confrère M. Macarthy, c'était un jeune Irlandais, âgé de 48 ans, qui, à la suite d'otorrhée, était devenu complètement sourd du côté droit, tandis qu'il entendait encore un peu de l'oreille gauche, avec des intermittences, où parfois l'audition prenait un développement qui contrastait beaucoup avec d'autres instants, où la surdité était presque complète.

L'examen du nerf témoigna que la sensibilité était perdue, ou à peu près, du côté droit, tandis qu'elle était entièrement conservée du côté gauche : ce qui expliquait la persistance de l'ouïe de ce côté et l'espoir que je pus donner de suite, de la maintenir dans un état satisfaisant d'amélioration.

L'examen des conduits, fait avec soin, me permit de constater les lésions suivantes :

Côté droit : conduit auditifs intacts; membrane du tympan, ainsi que tous les osselets, entièrement détruits; paroi interne de la caisse dénudée de sa muqueuse et résonnant au contact d'un stylet comme un morceau d'ivoire; fenêtre ovale libre, ouverte et permettant à la pointe d'un stylet de pénétrer dans le vestibule; aucun suintement ni suppuration dans l'oreille moyenne depuis deux ou trois ans.

Côté gauche : membrane du tympan presque entièrement détruite; il ne restait qu'un segment à la partie postéro-inférieure; toute la caisse, encombrée par des matières légèrement solides et visqueuses, se laissant traverser avec un stylet sans aucune douleur; l'insufflation, par la trompe d'Eustache, ne leur imprimait aucun déplacement sensible; mais l'air en les traversant y provoquait un bruit particulier. Souvent, après ces insufflations, il se produisait un mieux sensible dans l'audition; il sortait de temps en temps par l'oreille externe une humeur jaunâtre, limpide et très-fétide; l'on apercevait à la partie inférieure de la caisse, derrière la portion du tympan intacte, un point blanchâtre que le stylet faisait mouvoir qui ressemble à un des osselets de la chaîne détruite. Afin de mettre toutes les parties mieux à découvert, je poussai une injection d'eau tiède, assez forte pour ébranler cette masse, et je parvins ainsi à provoquer son expulsion.

Après cette opération, l'examen de l'oreille me fit constater que le point dur et mobile placé derrière le tympan était le marteau; la paroi interne de la caisse était rouge et tuméfiée dans toute son étendue, mais assez dure et peu douloureuse au contact du stylet; au niveau de la fenêtre ovale on remarquait un petit point isolé, plus blanc; c'était l'extrémité de l'étrier, presque perdu au milieu d'une masse charnue. Aussitôt que l'oreille moyenne

fut débarrassée des matières qui l'encombraient, la montre, qui n'était pas entendue appliquée, le fut, immédiatement après, à 10 centimètres. Quand je touchais le sommet de l'étrier avec le stylet, le malade éprouvait une légère douleur et de légers vertiges.

Après avoir fait constater, par mon confrère, cet état pathologique, je lui annonçai la possibilité d'améliorer l'ouïe ; qu'il suffisait pour cela de dégager la fenêtre ovale, ainsi que l'étrier, afin de les rendre plus accessibles à l'impression des ondes sonores. Ce fut la seule médication que je proposai et qui fut acceptée par M. Macarthy et par le malade. Dix ou douze cautérisations légères, faites à trois ou quatre jours d'intervalle, avec un petit crayon de nitrate d'argent, sur toutes les parois de la caisse, principalement aux environs de la fenêtre ovale, suffirent pour amener le résultat que nous espérions. Les branches de l'étrier, complètement dégagées, purent être aperçues et transmirent plus facilement les sons. Aussi la montre fut-elle entendue, pendant tout le temps du traitement, de 20 à 25 centimètres de distance.

Lorsque le malade me quitta pour retourner en Angleterre, je l'engageai à se faire tous les deux ou trois jours des injections avec une infusion de rose de Provins, additionnée de 4 grammes de sulfate d'alumine par 150 grammes de liquide.

L'ouïe s'est maintenue depuis au même degré.

J'ai eu occasion d'observer trois faits pareils : deux avec un résultat aussi satisfaisant, le troisième resta complètement sourd ; mais la paralysie des nerfs ayant été constatée avant toute médication, ce résultat avait été prévu.

J'ai dit et je répète encore ici que les désordres qu'on trouve dans l'oreille, chez les individus qui ont succombé à la suite de fièvres graves, débutent rarement par la membrane qui tapisse l'oreille moyenne ; que presque toujours, au contraire, la suppuration commence sous les méninges, dans les régions correspondantes au rocher ou au rocher lui-même ; que le pus fuse à travers les fissures de cet os, qu'il altère, et vient enfin tomber dans l'oreille moyenne, où il détermine tous les accidents d'une otite purulente, profonde et aiguë. Cette opinion me paraît reposer sur ce fait que, dans les fièvres typhoïdes, la variole, la scarlatine, la roséole, la fièvre puerpérale, l'érysipèle, etc., complication de la surdité, avec otorrhée, n'apparaissent qu'à une époque déjà très-avancée de la maladie et lorsque les accidents cérébraux sont dans la période d'acuité.

Schwartz (1) a trouvé chez quelques individus morts à la suite de fièvre typhoïde, le labyrinthe fortement congestionné et ecchymosé.

En résumé, j'ai vu rarement dans les fièvres graves, compliquées d'otorrhée, cette dernière affection précéder les accidents cérébraux.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'un individu meurt de cette fièvre ou par l'effet des altérations locales qu'elle a déterminées, on trouve dans tout l'appareil de l'ouïe des désordres souvent très-considérables : ainsi, le conduit auditif, la caisse et les cellules mastoïdiennes sont remplis de pus très-fétide, parfois sanguinolent ; tous les organes de l'oreille moyenne, ainsi que le tympan, détruits ; les os dénudés dans une plus ou moins grande étendue, très-souvent cariés dans la région des cellules mastoïdiennes ; quelquefois même tout le rocher est en partie détruit et ne forme plus qu'une masse noirâtre baignée par un liquide de même couleur, lequel, ayant filtré par toutes les ouvertures, n'a épargné aucun des organes contenus. Du côté du cerveau, même désordre : du pus à la fosse temporale, décollement et souvent destruction de la dure-mère avec altération plus ou moins considérable des méninges et du cerveau.

Voici une observation intéressante qui vient à l'appui de cette opinion.

OBSERVATION XXXIV. — Marasse, sous-officier vétéran, âgé de 49 ans, d'une constitution délabrée, malade depuis quinze jours, entra dans le service de Broussais, le 10 février 1841, pour se faire traiter d'une pneumonie chronique tuberculeuse, de laquelle nous ne parlerons point, ne devant nous occuper que de la paralysie faciale et de l'otite qui l'a fait naître. Cette dernière affection remonte au mois de septembre dernier. Se trouvant exposé à un courant d'air froid, cet homme ressentit une vive douleur dans l'oreille gauche et un bourdonnement continu. Il s'écoula de l'oreille un liquide purulent et l'audition fut complètement perdue de ce côté. Vers la même époque, il contracta un rhume qui le fatigua beaucoup. Cet état fut un peu calmé par une diète lactée, des injections dans l'oreille et un vésicatoire au bras gauche. Ajoutons, que, dans les premiers jours de février, notre malade s'aper-

(1) Schwartz, *Archiv. für Ohrenheilkunde*, t. I, p. 206.

cut de la paralysie qui se manifesta dans la face correspondante au côté malade.

Toutefois, ce ne fut que le 20 février, dix jours après son entrée à l'hôpital, que Broussais vit ce malade; il était dans l'état suivant: l'œil gauche ne se ferme point, le globe oculaire remue comme d'habitude et le malade dit qu'il distingue aussi bien de cet œil que de l'œil droit; la vue cependant lui paraît un peu trouble; si l'on touche les cils, on s'aperçoit que les paupières ne se contractent pas complètement.

Les paupières sont mobiles; la conjonctive n'offre point encore d'injection. La narine du côté malade est un peu gênée, et si l'on ordonne au malade de souffler, elle reste immobile. Du reste, point de modifications dans le mucus nasal. La commissure des lèvres est déviée; pendant le rire elle se porte fortement à droite. La langue est droite dans la bouche, et elle suit ses mouvements avec facilité. La luette n'est point déviée; le goût, ainsi que la sensibilité, sont parfaitement conservés. Au moindre mouvement de la tête, ce malade éprouve une douleur vive dans l'oreille affectée.

Ce militaire ne survécut que peu de jours après cet examen; il succomba à son affection de poitrine. Avant de mourir, on vit la conjonctive s'injecter et la cornée se ternir.

*Autopsie.* — Nous laisserons de côté les altérations pulmonaires, pour ne parler que de celles que nous rencontrâmes du côté de l'oreille gauche.

L'oreille externe était salie par le pus, la membrane du tympan détruite. Dès que le cerveau fut enlevé, on vit la face supérieure du rocher criblée d'une multitude de trous que baignait un pus de bonne nature. La dure-mère était elle-même perforée et épaissie; elle se déchirait avec facilité. La circonvolution cérébrale qui correspond à la face supérieure du rocher ramollie et imbibée de pus; en pénétrant jusque dans l'oreille interne, il était facile de voir que toutes les parties qu'elle renferme étaient désorganisées. Le nerf facial, disséqué avec soin, ne put être suivi dans le canal de Fallope que jusqu'à l'endroit où il donne naissance au nerf iridien; mais, à partir de ce point jusqu'à l'endroit où il sort du trou stylo-maxillaire, il était impossible d'en trouver aucune trace.

D'après cette autopsie, on voit que le nerf facial a été détruit dans plusieurs lignes de son trajet, et ce fait pathologique est aussi concluant qu'une expérience directe pratiquée sur un animal (1).

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 14<sup>e</sup> année, p. 192.

Bien que les exemples de paralysie faciale ne soient pas rares, j'ai pensé qu'en raison de pareils désordres cette observation était digne d'être publiée.

Lorsque l'inflammation de la muqueuse qui tapisse l'oreille moyenne passe à l'état chronique, elle peut, comme toutes les muqueuses, devenir scléromateuse, saignante, se couvrir de fongosités. Toutefois, je réfuterai encore ici Toynbee, Triquet, et quelques auteurs plus modernes, qui prétendent que les végétations polypeuses sont beaucoup plus fréquentes dans cette cavité que sur les parois du conduit et sur la surface externe du tympan. Cette opinion est d'ailleurs contraire aux faits très-nombreux que j'ai eu occasion d'observer, ainsi qu'à celle émise à cet égard par la plupart des médecins auristes.

IV. *Pronostic.* — Le pronostic de cette affection est en rapport avec la nature et la gravité des lésions. Comme pour toutes les altérations de l'oreille, il faut distinguer le pronostic qui s'applique à la fonction de l'organe seulement ou bien à l'influence que la maladie peut exercer sur toute l'économie.

Dans le premier cas, il est rare qu'il soit fâcheux, à moins que l'affection de l'oreille ne soit la conséquence d'une autre maladie plus profonde.

Quant au pronostic qui s'applique à la fonction, il peut être très-grave avec une altération organique très-légère, ou bien celle-ci peut être très-sérieuse sans avoir trop compromis l'audition.

Des praticiens anglais ayant remarqué que les individus affectés d'otorrhée succombaient souvent à une pleurite ou à une pneumonie tuberculeuse, semblent attribuer ces accidents à une phlébite des sinus de la dure mère et de la veine jugulaire qui se serait produite à la suite de l'otite. En Allemagne, cette théorie paraît être généralement adoptée si on en juge par ce passage de Libert où il dit que les otites et les otorrhées amènent souvent cette conséquence fâcheuse. Sans nier ce fait, on peut faire remarquer que ces affections surviennent le plus souvent chez les personnes à tempérament lymphatique et strumeux, qu'il n'est pas rare de voir marcher ensemble; et bien que la mort puisse provenir des lésions avoisinant l'otite, ou de l'otite elle-même, il peut être permis de penser que celles des poumons en sont plus souvent la cause.

Toynbee a recueilli une observation intéressante d'une otite interne suivie de fréquentes hémorrhagies très-abondantes par le conduit auditif et de mort.

A l'autopsie on trouva, ajoute Toynbee, *des cavernes dans les deux poumons*; l'encéphale était à l'état normal; sur le côté gauche du cou, existait un abcès volumineux qui communiquait avec une perforation du conduit auditif; les parois du tympan et les cellules mastoïdiennes présentaient les lésions ordinaires d'une carie avancée, ainsi que la lame osseuse qui sépare la cavité du tympan du canal carotidien. Cette lame était en partie détruite, de sorte que le canal carotidien et le tambour communiquaient directement par plusieurs perforations très-étendues. A ce niveau la carotide interne présentait une solution de continuité à bords ramollis et tuméfiés, mesurant deux lignes de diamètre. La pièce constatant ces lésions graves fait partie du musée si intéressant de Toynbee (1).

M. Boinet, alors interne à l'Hôtel-Dieu, a rapporté un cas analogue à celui de Toynbee (2).

Agnew a recueilli une observation intéressante d'une carie de l'oreille qui se termina heureusement (3) par une énorme séquestre qu'il fallut extraire par le conduit auditif. En examinant ce séquestre, Agnew constata qu'il comprenait presque tout le labyrinthe (4).

V. *Traitement.* — De même que dans l'otite superficielle, le traitement dépendra de la nature des accidents: pour peu qu'ils affectent un caractère inflammatoire, il ne faudra pas hésiter à employer les antiphlogistiques avec d'autant plus d'énergie que le mal est situé plus profondément et qu'il peut, dans un temps très-court, provoquer des accidents très-graves, capables de compromettre rapidement la fonction. Ainsi, les saignées générales et locales, sous toutes les formes, ne seront pas ménagées. Kramer a une si grande confiance dans cette médication, qu'il recommande la saignée de la jugulaire et même de l'artère temporale; mais, de toutes les saignées,

(1) Toynbee, *Archives générales de médecine*. Vol. 2<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> série, t. XVIII.

(2) Boinet, *Menu recueil*, t. II, 3<sup>e</sup> série, 1837.

(3) Heureusement pour la vie seulement, je suppose, et non pour la fonction qui a dû être détruite; ce dont l'auteur ne dit rien.

(4) Agnew, *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXVII, et *Gazette médicale de Paris*.

celles qui méritent le plus de confiance sont les applications de sangsues sur la région mastoïdienne, faites d'après la méthode de Gama, laquelle consiste à n'appliquer que trois sangsues à la fois, et à en placer trois autres successivement une heure après que les précédentes sont tombées, de manière à entretenir une hémorrhagie continue. Les purgatifs salins et mercuriels seront donnés avec énergie; des révulsifs appliqués aux environs de l'oreille malade qu'on couvrira de larges cataplasmes émollients et laudanisés; on prescrira des boissons délayantes et une diète absolue.

Quelquefois l'inflammation profonde de l'oreille fait cesser l'otorrhée; dans ce cas, il faut se hâter de rappeler par tous les moyens possibles l'écoulement à l'extérieur. Des frictions avec la pommade stibiée derrière les oreilles et dans le conduit auditif externe sont un puissant moyen de remplir cette indication. On peut employer des instillations huileuses, quoique ce moyen soit bien moins efficace qu'on ne le suppose généralement.

Kramer rejette avec raison l'emploi des teintures opiacées dans l'oreille. Il y a bien des années que j'ai reconnu moi-même l'inutilité et souvent le danger de ce topique qui, par son action irritante, ne peut qu'aggraver les accidents. J'emploie ordinairement une forte décoction de pavot, deux têtes par demi-litre d'eau, réduite d'un tiers. Il est rare que ce liquide ne procure pas un soulagement assez prompt. Je prescris rarement les décoctions de guimauve et de graines de lin, à cause du mucilage qu'elles contiennent, lequel, mêlé avec la suppuration de l'oreille, la rend plus épaisse, et n'agit pas aussi bien ni aussi directement sur la muqueuse que la décoction de pavot.

Quand la caisse est remplie de pus, le tympan, comme je l'ai déjà dit, se rompt de lui-même; ou bien, si cette ouverture ne se fait pas en temps opportun, il faut provoquer la sortie du pus par une ponction. Il est même prudent de pratiquer cette dernière, dès que l'épanchement se forme dans l'oreille moyenne, afin de prévenir les désordres que la stagnation du pus dans cette cavité peut y produire. Schwartz (1) est

(1) Schwartz, *Paracentèse de la membrane du tympan*, traduction de M. Delstanche. Bruxelles, 1871.