

d'avis de ne pas trop attendre pour faire cette perforation.

Aussitôt après l'ouverture du tympan, il faut avoir soin de recommander au malade de rester couché, la tête appuyée du même côté, afin que la suppuration s'épanche au dehors au fur et à mesure qu'elle se produit. On fera deux ou trois fois par jour des injections avec l'eau de pavot, afin de délayer et de favoriser la sortie des matières qui s'y trouvent ; et on les continuera jusqu'à ce que la période inflammatoire soit dissipée ; il deviendra utile alors d'ajouter à l'eau de pavot un peu d'acétate de plomb, ou mieux de sulfate d'alumine, en commençant par la dose de 2 grammes sur 125 de liquide ; si ce moyen reste insuffisant, il faudra provoquer une forte éruption sur les apophyses mastoïdes avec l'huile de croton ou la pommade stibiée, et cautériser les ulcérations de l'oreille avec le nitrate d'argent ou par des insufflations de poudre caustique d'alun calciné, de sulfate de cuivre, etc., dirigées sur les parties malades à l'aide d'un petit chalumeau en argent.

Je ne comprends pas que Trölsch, connaissant ce mode d'insufflation, persiste à employer le moyen primitif suivant.

« Pour empêcher la poudre d'être arrêtée par les poils du conduit et pour la faire parvenir dans la profondeur de l'oreille ; on y introduit préalablement un spéculum aussi loin que possible, en inclinant la tête du côté sain et l'on verse la poudre par petites quantités au moyen d'un *cure-oreilles*. Que le lecteur compare ce procédé avec notre chalumeau à cuvette, qui permet de porter le médicament aussi loin qu'on veut ; et poussée par une forte insufflation, la poudre s'applique bien mieux sur les parties malades.

Tant qu'il n'y aura pas carie de l'os, on peut espérer un résultat satisfaisant de ce mode de traitement ; mais, quand le tissu osseux est altéré, les choses deviennent plus graves, et cela à cause des complications qui peuvent surgir et des difficultés qu'il y a de diriger dans ces parties profondes une médication suffisante. Si des parcelles osseuses se détachent, on devra, par les moyens indiqués précédemment, favoriser leur sortie et examiner de temps en temps l'oreille pour opérer l'extraction de celles trop grandes que les injections seules seraient insuffisantes à faire sortir : heureux, dans ce

cas, si l'altération osseuse est assez superficielle pour guérir après l'exfoliation de la portion d'os cariée.

*Trépanation de l'apophyse mastoïde* — Cette opération a été suscitée par une observation recueillie en 1766 par Jasser sur un soldat de recrue : je vais la rapporter à peu près telle que je l'ai trouvée (1), parce qu'elle a été prise pour base dans des indications que la trépanation de l'apophyse mastoïde peut remplir.

OBSERVATION XXXV. — Un soldat fut atteint d'un écoulement d'oreilles à la suite de la cicatrisation d'un ulcère *putride* qu'il avait à la jambe droite. La matière sortant de l'oreille était très-fétide et provoquait souvent des douleurs insupportables qu'on calmait avec les antiphlogistiques.

Après plusieurs récidives aussi aiguës et aussi douloureuses les unes que les autres, le malade entra de nouveau à l'hôpital, où on mit en usage sans aucun résultat les saignées et les révulsifs sous toutes les formes ; l'oreille continuait à suppurer ; la matière qui en sortait était ichoreuse et fétide. Au bout de trois semaines, il se forma une tumeur sur l'apophyse mastoïde qui résista à tous les topiques et finit par devenir fluctuante. On en fit l'ouverture, et il en sortit quelques gouttes d'une humeur ténue et âcre. Jasser appliqua des cataplasmes afin de soulager le malade et de provoquer la sortie du pus ; mais celle-ci ne se faisant pas, et Jasser ayant remarqué une tache noire qui lui fit soupçonner la carie de l'os, il élargit l'ouverture de la peau, détacha cette dernière, ainsi que le périoste, et put pénétrer ensuite à travers l'ouverture osseuse dans les cellulosités. Jasser fit aussitôt, par l'ouverture mastoïdienne, des injections avec une infusion pectorale ; et, comme la canule de la seringue remplissait exactement l'ouverture de l'os, l'injection sortit en grande partie par la gorge et par la narine correspondante. Depuis ce moment, les injections furent renouvelées de temps en temps, la douleur diminua, ainsi que la fétidité des matières ; et, au bout de huit jours, tout écoulement avait disparu, excepté un peu de sanie qui sortait encore par l'ouverture de l'os, laquelle put être cicatrisée au bout de vingt jours.

L'audition s'étant rétablie après cette opération, Jasser augura si favorablement de la trépanation de l'apophyse mas-

(1) Saissy, *Dictionnaire des sciences médicales*, en 60 vol., art. OREILLE.

toïde, qu'il crut rendre l'ouïe de l'autre côté en y pratiquant cette opération ; mais il fut complètement déçu, puisque l'ouïe n'obtint que peu ou point d'amélioration.

Kramer se montre aussi grand partisan de la trépanation de l'apophyse mastoïde ; il ajoute qu'il est très-important de faire le plus tôt possible l'ouverture des abcès de cette région : « Il faut, dit-il, s'y décider dès que la lame osseuse *paraît céder à la pression du doigt*, » tandis que, contrairement à l'opinion d'Itard, il veut que, dans le cas d'abcès de la caisse, on laisse la membrane du tympan se perforer d'elle-même, donnant ainsi au pus le temps de s'infiltrer dans toutes les anfractuosités de cette cavité.

« La membrane du tympan, dit Kramer, est si mince qu'elle se perforer spontanément dès que l'inflammation de la caisse vient à s'emparer d'elle. Or, c'est ce qui ne manque jamais d'arriver, et malheureusement cette ouverture par où le pus s'écoule facilement a, en général, très-peu d'influence sur la terminaison de la maladie principale (1). »

Ces deux passages de Kramer ne sont pas en rapport avec sa longue expérience. D'un côté, il veut qu'on perforer l'apophyse mastoïde aussitôt qu'on sent la lame osseuse superficielle de l'os fléchir sous le doigt ; mais si ce praticien avait observé ce qui se passe dans la carie de l'apophyse mastoïde, il aurait pu s'assurer que toutes les cellules peuvent être entièrement cariées ; que cette destruction peut s'étendre jusque près de la surface externe, sans que pour cela la forme de l'apophyse en soit dérangée ni sa dureté amoindrie. Attendre donc, pour opérer la trépanation de cette apophyse, que l'os lui-même présente une espèce de fluctuation, ce serait donner le temps à la collection purulente, si elle n'avait pas d'autre issue, de produire des désordres le plus souvent incurables.

Quant au second passage où Kramer recommande de ne pas perforer le tympan, il est tellement en opposition avec tout ce que la pratique enseigne et exige, qu'on ne peut le comprendre ; car, comme l'a dit aussi Menière (2), la membrane du

(1) Kramer, p. 293.

(2) Note annexée à la même page.

tympan, loin de s'amincir parfois dans les abcès de la caisse, participe à l'inflammation de ces parois ; elle s'épaissit au contraire et offre ainsi une résistance qui exige impérieusement l'emploi d'un instrument pour y faire une ouverture, afin de provoquer l'évacuation des matières contenues dans la caisse, avant qu'elles n'aient eu le temps de s'infiltrer dans les cellules mastoïdiennes et d'y produire les désordres précités.

D'après ce que je viens de dire, je reste encore convaincu que l'observation de Jasser, qui a eu une si grande influence sur l'esprit des praticiens qui ont patroné la trépanation de l'apophyse mastoïde, ne mérite pas, à beaucoup près, l'importance qu'on lui a accordée ; car il est probable que si le tympan eût présenté une ouverture suffisante pour donner issue aux matières fétides de la caisse, on aurait pu prévenir la carie de l'apophyse mastoïde ainsi que l'abcès mastoïdien ; et si, au lieu des injections poussées dans l'oreille moyenne par l'ouverture de l'os, on les eût dirigées par une ouverture suffisante du tympan, les résultats eussent été absolument les mêmes.

Mais la science sur la pathologie auriculaire étant encore peu avancée, plusieurs praticiens, séduits par le succès de Jasser, voulurent imiter ce praticien.

Hagstroëm, à l'imitation de son compatriote, pratiqua cette opération et n'en obtint aucun succès ; ce qui ne l'empêcha pas d'écrire un long mémoire qu'il adressa en 1789 à l'Académie royale de Stockholm.

Arnemann de Göttingue publia un ouvrage sur les avantages de la trépanation de l'apophyse mastoïde. Comme il n'avait aucun fait nouveau à produire, il donna pour base, à ses idées pratiques, celles qui avaient été émises par Hagstroëm.

Cette opération était d'ailleurs connue bien avant Jasser.

Galien parle déjà de cette opération quand il dit que « si les ulcères du conduit auditif ont altéré les parties, il faut faire une incision derrière l'oreille, ruginer les os ou en enlever les esquilles. »

Riolan recommande la trépanation de cette apophyse.

Hévermann ayant remarqué qu'un abcès de l'oreille se fit

jour par cette apophyse en y laissant une fistule, en conclut comme Duverney, que ce qu'il y aurait de mieux à faire ce serait d'appliquer une couronne de trépan derrière la conque sans donner au pus le temps d'altérer trop profondément le tissu spongieux de l'apophyse.

Bien avant, Valsalva avait fait remarquer que des injections poussées par les cellules mastoïdiennes peuvent revenir par la bouche ; et J. L. Petit, appelé près d'un malade, conseilla cette opération ; mais le malade mourut avant qu'on eût le temps de la pratiquer.

Morand, Leschevin, J. Frank, Martin, etc., avaient publié des observations de ce genre, qui ne furent pas sans exercer quelque influence sur l'esprit du médecin suédois.

Friedlitz, selon Richter et Velpeau, aurait pratiqué trois fois cette opération avec succès.

Lœfler, qui en est grand partisan, indique un nouveau procédé opératoire qui diffère peu de celui de Hagstroëm dont il adopte les idées.

«Acrel, dit Velpeau (1), croit la trépanation de l'oreille inutile quand les os sont sains, et Murray a très-bien fait observer, qu'après la puberté, les cellules mastoïdiennes étant à peine développées, elle n'aurait réellement aucun but. (Nous citerons plus loin les recherches importantes de Murray.) L'exemple du docteur Berger qui mourut après avoir été opéré par Kœlpin, et chez lequel on ne trouva point de cellules, prouve qu'elles peuvent aussi manquer chez quelques adultes. Des faits semblables, rapportés par Morgagni, n'arrêtèrent néanmoins ni Proët, ni Arnemann, qui assurent y avoir eu recours avec succès. L'hydropisie de la caisse, les abcès simples, ne la réclament pas absolument ; on les vide tout aussi bien en perforant le tympan, ce qui est infiniment moins douloureux et moins grave. Ce n'est, après tout, que dans les foyers accompagnés de nécrose et de carie, et qui tendent à se faire jour derrière l'oreille, qu'on est en quelque sorte forcé d'y avoir recours. Dans un cas de ce genre, Weber, qui trouva l'apophyse mastoïde saine après l'avoir trépanée, n'en guérit pas moins son malade.»

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, t. III, p. 633.

La plupart des auteurs citent en faveur de cette opération des expériences très-intéressantes de Murray, par lesquelles il a prouvé, contrairement aux observations de Morgagni, que les cellules mastoïdiennes communiquaient directement avec l'oreille interne ; et, partant de cette donnée, Murray en tire les conclusions suivantes :

1° En quelque endroit que l'on perfore l'apophyse, les injections pénétreront dans la caisse, à moins que les communications, entre les cellules et cette cavité, ne se trouvent interceptées par quelque obstacle accidentel ;

2° Néanmoins, l'endroit le plus favorable à la perforation est le centre même de l'apophyse ;

3° Chez les sujets très-jeunes, le développement incomplet de l'éminence est peu favorable au succès de cette opération ;

4° Lorsque la paroi de l'apophyse est épaisse et pourvue de diploë, il faut perforer avant d'arriver aux cellules :

5° Il ne faut pas se décider trop légèrement à entreprendre cette opération sur des personnes qui ont l'apophyse petite et peu saillante, de crainte qu'elle ne soit dépourvue de cavités ;

6° Qu'enfin l'opération, si simple qu'elle paraisse, ne doit pas être tentée sans des motifs très-déterminants.

Itard a reproduit et réfuté d'une manière si pratique et si rationnelle l'opinion des praticiens dont il connaissait parfaitement les travaux, que je ne puis m'empêcher de citer le passage suivant qui donne une idée de la valeur et du mérite de cette opération.

« Je sais, dit Itard, qu'on pourrait s'appuyer d'observations moins rares de surdités guéries ou reproduites par une suppuration à travers l'éminence mastoïdienne spontanément établie ou supprimée. Himly en rapporte des exemples. Acrel assure pareillement avoir vu deux guérisons de surdité s'effectuer par l'exfoliation d'une portion des cellules mastoïdiennes ; mais ces ouvertures, qui s'établissent à la suite d'un travail morbide, ressemblent peu à celles que l'on pratique à l'aide d'un instrument, et il n'est pas inutile d'insister un moment sur cette différence. Lorsque l'apophyse mastoïdienne s'ouvre spontanément, c'est par suite d'une carie qui l'a minée

sourdement et dont les produits, versés dans l'intérieur de l'oreille, en ont causé l'engouement et paralysé les fonctions. La même chose a à peu près lieu quand, à la suite d'un abcès sous-cutané, cette éminence est creusée de l'extérieur à l'intérieur; le pus fuse dans les cellules et dans la caisse, y forme une congestion purulente. Dans l'un et l'autre cas, quand l'ouverture de la peau met à jour celle de l'os et les cellules mastoïdiennes, le pus s'évacue, et l'on facilite l'issue par des injections; alors l'oreille, plus ou moins débarrassée de la matière qui l'obstruait, reprend plus ou moins complètement l'exercice de ses fonctions. Quelle différence entre ce procédé de la nature et celui de l'art. Elle se débarrasse de la cause matérielle de la surdité par les voies que cette même cause s'est frayée, tandis que nos instruments s'en vont, au travers des parties saines, à la recherche d'une maladie qui n'est qu'à peine soupçonnée, et à laquelle l'opération ne peut porter qu'un remède superflu et momentané; superflu si c'est une matière purulente qui, tôt ou tard, se ferait jour au dehors; momentané, si c'est une congestion muqueuse qui ne manque pas de se produire quand l'ouverture s'est fermée.

« J'ai dit aussi que l'opération était dangereuse, et je puis le prouver par ce qui arrive souvent dans les perforations spontanées de l'os. La carie, après avoir détruit les cellules mastoïdiennes, gagne la face interne de l'os; la dure-mère s'affecte, et une suppuration du cerveau termine d'une manière funeste cette maladie de l'oreille.

« On peut en voir des exemples dans mes observations d'otorrhée; mais si l'on m'objectait que cette fâcheuse terminaison est moins le résultat de l'ouverture de l'apophyse qu'une complication ou une suite de l'intensité de la maladie qui a attaqué l'organe auditif, je pourrais citer, contre cette opération, l'épreuve malheureuse qu'en fit sur lui-même le médecin du roi de Danemark, le docteur J. J. Berger, mort en 1791, victime de cette opération.

« Ainsi, il faut la rejeter comme inutile autant que dangereuse; et, en admettant que l'ouverture spontanée soit favorable à la guérison de la surdité, et qu'elle doive être aidée et entretenue par les procédés de l'art, c'est faire à ce

cas particulier l'application d'un des principes les plus généraux de la chirurgie (1). »

Malgré ce jugement que porte Itard sur la valeur de la térebriation de l'apophyse mastoïde, bien des praticiens persistent à lui accorder encore des avantages basés sur les faits rapportés par Jasser, Murray, J. L. Petit et Fiedlitz.

Si on réfléchit cependant aux circonstances qui ont nécessité cette opération et aux résultats, généralement peu satisfaisants, qu'on en a retirés, on a peine à comprendre l'intérêt qu'elle a inspiré à quelques chirurgiens, appliquée surtout au traitement de la surdité.

Les raisons invoquées par les partisans de cette opération ne sont ni sérieuses ni difficiles à combattre. Ainsi, on cherche à expliquer l'insuccès de Hagstroëm parce que la surdité était très-complète et que la trompe d'Eustache ne permettait que difficilement le passage du liquide; celui-ci avait aggravé le mal en séjournant dans l'oreille moyenne. A ce fait, Dezeimeris répond que l'injection d'un liquide, poussée par les trompes, peut avoir les mêmes inconvénients. Cela est vrai, mais il y a un moyen de les éviter: c'est en suivant les conseils d'Itard, qui consistent tout simplement à pratiquer l'ouverture de la membrane du tympan, afin de favoriser la sortie de tous les liquides dont la présence peut nuire dans l'oreille moyenne.

L'histoire du médecin Berger est plus sérieuse, et les partisans de l'opération accusent ses détracteurs de rappeler trop souvent ce fait malheureux pour la dénigrer. Dans la relation que Dezeimeris donne de ce fait, on pourrait croire que le cerveau fut blessé par l'instrument; mais ce qui paraît plus positif, c'est que l'injection, poussée par l'ouverture de l'apophyse, ne put sortir par la trompe. La fièvre et le frisson survinrent dès le lendemain, et en douze jours le malade mourut avec les accidents d'une affection encéphaloïde. A l'autopsie, on trouva à toute la périphérie du cerveau et du cervelet, sous l'arachnoïde, une matière gélatineuse et transparente: « Une traînée de pus existait à la base du crâne, au niveau du lobe moyen du cerveau, et s'étendait jusqu'à la scis-

(1) Itard, t. II, p. 126 et suiv.

sure de Sylvius. » Il est bien évident, dans ce fait, que l'injection a été nuisible, et cela par une raison qui n'a pas encore été donnée.

Si la trompe d'Eustache était oblitérée et la membrane du tympan intacte, le liquide, injecté avec une certaine force, après avoir saturé la cavité du tympan, ne trouvant aucune issue par la trompe ni par le conduit auditif, il dut s'infiltrer dans toutes les fissures de l'os. Or, il est très-probable, d'après la quantité de pus trouvée entre l'os et l'arachnoïde, que le tissu osseux avait subi des altérations capables de laisser pénétrer les matières purulentes dans l'oreille, de même que l'injection, de remonter dans l'intérieur du crâne. Les accidents si graves et si prompts qui suivirent cette injection ne peuvent s'expliquer autrement. Jamais, dans d'autres circonstances, le séjour d'un liquide quelconque dans la caisse, ne saurait y occasionner que la perforation du tympan ou l'aggravation des accidents produits par l'affection locale, tels que la douleur, la suppuration, etc.

Cette observation vient encore à l'appui de l'opinion que j'ai avancée en disant, que lorsque l'otite profonde de la caisse se complique de carie, l'altération osseuse est bien plus souvent le résultat du contact de la suppuration qui vient de l'intérieur du crâne, que de celle qui se produit dans la caisse.

En résumé, si on lit avec quelque attention les observations qui ont été publiées sur la trépanation de l'apophyse mastoïde, on s'aperçoit que, à l'instar de la perforation du tympan, l'empirisme seul a dirigé la main des chirurgiens; et, de même qu'ils n'avaient aucune donnée avant l'opération, de même ils ont été très-étonnés des quelques succès qu'ils en ont retirés; car nulle part il n'est fait mention des cas où l'opération a été faite avec chance de réussite.

Comme à cette époque on pensait que la plupart des surdités étaient due à l'oblitération de la trompe d'Eustache et à l'impossibilité du renouvellement de l'air dans la cavité tympanique, presque tous les auteurs furent très-étonnés du succès obtenu par Weber, surtout lorsqu'ils virent la guérison se maintenir après que la caisse fut débarrassée des matières purulentes qu'elle contenait, bien que les liquides injectés par l'ouverture de l'apophyse ne pussent pénétrer dans la trompe.

Ce fait n'a pourtant rien d'étonnant, puisqu'il ressemble entièrement au résultat que j'ai obtenu par la perforation du tympan; et, dès lors, je ne comprends pas pourquoi on a été chercher un procédé long, difficile, douloureux et même dangereux, pour renouveler l'air de la caisse et pour mettre en communication le nerf avec les ondes sonores, alors qu'on peut remplir les mêmes indications par une autre opération très-simple, très-facile, peu douloureuse, et ne pouvant, en aucun cas, avoir le moindre danger.

La membrane du tympan a encore le grand avantage d'être placée en face de l'oreille interne, et de permettre ainsi aux ondes sonores d'aller frapper directement les parois du labyrinthe et du vestibule; tandis que l'ouverture de l'apophyse mastoïde, située loin de l'oreille moyenne, ne permet aux sons d'arriver à cette cavité qu'après avoir été plus ou moins brisés par les cellules et les anfractuosités de l'apophyse; puis leur direction, par rapport à l'oreille interne, formant presque un angle droit, fait qu'ils vont frapper directement la partie antérieure et supérieure des parois de la caisse, et ne peuvent ainsi arriver à l'oreille interne qu'après avoir été réfléchis. Il est donc facile de comprendre que, lors même que la trépanation de l'apophyse mastoïde pourrait être mise en parallèle avec la perforation du tympan, elle devrait être repoussée par la raison que je viens d'exposer.

Il reste maintenant à résoudre la question de savoir dans quel cas la perforation de cette apophyse peut être utile.

Hors les cas d'abcès et d'une altération de l'os, je n'en reconnais pas d'autres qui puissent militer en faveur de cette opération. Toutefois, si, dans des circonstances fortuites, telles que l'imperforation congéniale et osseuse du conduit auditif externe ou tout autre obstacle existant dans l'intérieur de ce conduit, on voulait mettre la caisse du tympan en rapport avec l'air extérieur, et que la trépanation de l'apophyse mastoïde présentât moins de difficultés que celle du conduit auditif, il faudrait suivre les mêmes principes que j'ai exposés en traitant des indications de la perforation du tympan. On se rappelle combien j'ai insisté sur l'importance de s'assurer de la sensibilité du nerf avant d'entreprendre l'opération; c'est pour avoir négligé ce moyen si simple et si important de diag-

nostic que les praticiens n'ont été guidés que par l'empirisme, et qu'il ne leur a pas été plus facile de prévoir le résultat qu'ils en retireraient, que d'expliquer, après, le succès inespéré qu'ils en avaient obtenu.

OBSERVATION XXXVI. — La fille de madame P..., âgée de 10 ans, est atteinte depuis sept ans d'une otorrhée qui a résisté à tous les traitements mis en usage, soit par le médecin de la famille, soit par deux autres confrères.

Depuis quelque temps l'humeur qui sortait de l'oreille était rougeâtre, fétide et d'une abondance extrême. Les injections de toute nature ayant échoué, et tout faisant craindre une carie des os de la caisse, le médecin de la famille désira prendre l'avis d'un chirurgien sur une affection qui faisait la désolation des parents. Il s'adressa à un de nos jeunes savants chirurgiens (M. Follin), et voici la consultation qu'il donna après avoir examiné la jeune malade.

« Carie des cellules mastoïdiennes, avec écoulement du pus dans la cavité du tympan. Cette cavité est remplie de bourgeons charnus qui suppurent.

« L'indication principale du traitement est de pratiquer une ouverture à l'apophyse mastoïde dont le volume est assez développé chez cette petite fille.

« L'ouverture faite, on y maintiendra une petite sonde par laquelle on pourra, une ou deux fois par jour, faire des injections émoullientes d'abord, détersives plus tard.

« Cette ouverture sera maintenue jusqu'à la cicatrisation des parties altérées par la carie.

« Ce résultat obtenu, on laissera l'ouverture s'oblitérer.

« La longue durée du mal, sa nature envahissante et les douleurs cérébrales diffuses, me paraissent devoir commander cette opération. »

Certes, voilà un diagnostic grave et bien fait pour justifier les inquiétudes des parents, lesquels ayant vu tant de traitements échouer, étaient encore heureux d'entrevoir la guérison de leur enfant dans l'opération qui venait de leur être proposée. Celle-ci était sur le point d'être pratiquée lorsque je fus consulté. Un écoulement ichoreux, rougeâtre et très-fétide sortait du conduit auditif; la région mastoïdienne ne présentait rien de particulier; elle n'était ni rouge, ni tuméfiée, ni douloureuse à la pression, preuve que les cellules de cette apophyse n'étaient pas encore très-altérées.

Le conduit auditif, bien détergé, et examiné avec l'otoscope, offrit les altérations suivantes : à 15 millimètres environ de son méat on apercevait une tumeur adhérente à la partie antéro-inférieure de sa paroi, laquelle, se dirigeant en haut et en arrière, obstruait presque tout le conduit.

Touchée avec un stylet, cette tumeur opposa une grande résistance et ne subit aucun déplacement; elle laissait, en haut, une petite ouverture par où le pus pouvait s'évacuer et qui permit au stylet de pénétrer jusqu'à la cavité tympanique. L'extrémité de cet instrument, promené dans cette cavité, ne rencontra aucune trace de carie de la paroi interne, laquelle produisait partout, sous le choc du stylet, un son franc et mat. La caisse était encombrée de matières, trop épaisses pour s'évacuer par la trompe, ou par l'ouverture du conduit; celle-ci ayant été un peu élargie par l'introduction d'une petite sonde, le pus sortit plus facilement, et il me fut alors ainsi possible d'aller l'absorber à l'aide d'une petite éponge et d'en débarrasser entièrement la caisse. Chose remarquable et d'un bon augure, aussitôt que la caisse fut libre et que les ondes sonores purent aller frapper sans obstacle la paroi interne l'ouïe prit un développement considérable. Après cet examen, qui ne dura pas moins

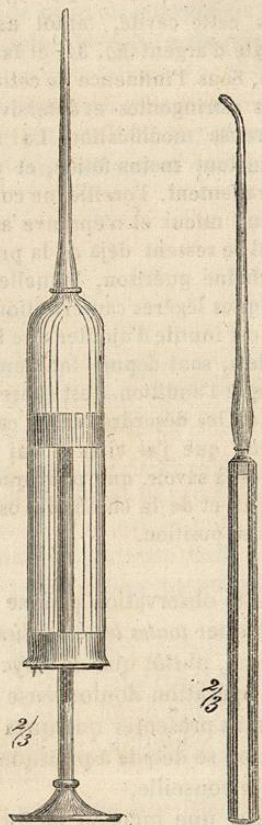


Fig. 33. — Seringue à canule. Fig. 34. — Porte-caustique.

de quarante minutes, j'engageai la mère à faire différer la tétrebation de l'apophyse mastoïde; je lui donnai l'espoir d'atteindre le même résultat qu'on se proposait à l'aide de cette opération et je témoignai le désir, avant de commencer aucun traitement, de faire constater ce nouveau diagnostic par le médecin de la famille, lequel, après examen put, en effet, constater que les injections si nombreuses et si variées qu'on avait employées jusqu'alors, n'avaient

pu pénétrer que très-imparfaitement dans la caisse, arrêtées qu'elles étaient par cette tumeur du conduit. Je commençai donc le traitement qui consiste à bien déterger la caisse à l'aide d'injections d'eau tiède poussées avec une seringue à canule très-longue et étroite (fig. 33) ; puis de pratiquer des cautérisations dans cette cavité, tantôt avec un petit porte-caustique armé de nitrate d'argent (fig. 34) et tantôt avec des insufflations d'alun calciné. Sous l'influence de cette médication, secondée par des injections astringentes et détersives, il s'est produit rapidement une heureuse modification. La suppuration a été moins abondante et surtout moins fétide, et aujourd'hui, 21 avril, quatrième jour de traitement, l'oreille ne coule plus depuis dix jours ; la malade entend mieux et n'éprouve aucune douleur ; en outre, l'état général se ressent déjà de la presque certitude que je donne d'une prochaine guérison, laquelle, pour être complète n'exige que quelques légères cautérisations faites de loin en loin.

Il est inutile d'ajouter que la membrane du tympan, ainsi que les osselets, sont depuis longtemps perdus, excepté pourtant l'étrier, puisque l'audition s'est conservée, malgré l'ancienneté de l'affection et les désordres de la caisse. C'est un nouveau fait à ajouter à ceux que j'ai cités et qui depuis Morgagni avaient passé inaperçus, à savoir, que pour que l'ouïe se conserve après la perte du tympan et de la chaîne des osselets, il faut que l'étrier reste intact dans sa position.

Cette observation prouve encore combien il est préférable d'attaquer toutes les maladies de la caisse par le conduit auditif externe, plutôt que de frayer un passage dans cette cavité par une opération douloureuse qui réussit rarement et qui n'est pas sans présenter quelques dangers.

Si on se décide à pratiquer cette opération, voici le procédé que je conseille.

Faire une incision en forme de T, allant jusqu'à l'os à un millimètre du sillon auriculo-mastoïdien et à quinze millimètres du sommet de l'apophyse. Les lambeaux étant disséqués si l'os est ramolli, un bistouri un peu fort suffira pour l'attaquer. Dans le cas contraire, il faudra se servir d'une tréphine dont la manœuvre devra être faite avec une grande prudence afin que la première résistance vaincue l'instrument, obéissant à la pression donnée, ne traverse rapidement les cellules et n'aille heurter contre des parois, qu'on a intérêt à

ménager, et dont la légion ajouterait aux accidents. La téraction de la couche osseuse externe accomplie, des pesées un peu solides suffisent pour détacher les parois lamelleuses des cellules qui gênaient le passage des liquides qu'il sera nécessaire d'injecter, soit de l'eau tiède pure ou chargée de principes résolutifs, astringents, etc., selon la nature du pus et le caractère de la lésion.

L'injection faite il est prudent d'entretenir l'ouverture jusqu'à ce que le liquide injecté, sortant par le conduit auditif externe, ne soit pas dénaturé sur son passage et que la plaie ne suppure plus.

## ARTICLE II.

**Obstruction.**

J'ai traité les divers épanchements muqueux et purulents qui se forment dans la caisse, il me reste encore à parler des concrétions qu'on trouve quelquefois dans cette cavité.

Mais auparavant je crois devoir jeter un coup d'œil rapide sur la partie historique de cette question si intéressante.

S'il faut en croire Saissy, Hahnemann est le premier qui aurait signalé l'existence d'une matière crayeuse dans le tambour, et il aurait attribué cette production pathologique à l'influence du virus syphilitique.

Depuis, tous ceux qui se sont occupés des maladies de l'oreille, parmi lesquels on remarque Hagstroëm, Sennert, L'Eschevin, Nisbet, etc., ont fait jouer un grand rôle à l'infection vénérienne pour produire les différents épanchements qui se forment dans la caisse.

J'ai dit (1) toute l'importance que joue très-fréquemment la syphilis dans la production et dans l'entretien de ces maladies. Mais il me paraît bien difficile d'expliquer l'influence que peut avoir cette affection dans les concrétions crayeuses de la caisse. Selon moi, le virus scrofuleux doit y jouer un rôle bien plus actif, si j'en juge du moins par les deux ou trois faits que j'ai eu l'occasion d'observer et que je vais rapporter.

(1) Article *Myringite et Otorrhée syphilitique*, p. 326.