

des bromures, les injections sous-cutanées de pilocarpine (Politzer). Elles agissent en provoquant dans la caisse une hyperhémie, puis une exsudation qui relâche les tissus sclérosés et les adhérences. Le séjour dans les hautes altitudes réussit parfois.

Si ces divers moyens n'ont procuré aucune amélioration, on envisage la question du traitement chirurgical.

C. TRAITEMENT CHIRURGICAL. — 1° Les plicotomies antérieure ou postérieure portant sur les plis antérieur ou postérieur qui, de l'apophyse externe du marteau, vont au cadre tympanique. Cette opération rend de la souplesse à la membrane.

2° La myringotomie donne quelques résultats. Voici ceux qu'indique E. Ménière : Sur un ensemble de cent cinquante et une interventions, amélioration durable, neuf ; amélioration passagère, cinquante-cinq ; pas d'amélioration, soixante-quinze ; aggravation, douze.

3° La ténotomie du muscle du marteau. On peut, suivant le procédé de Miot, pratiquer une incision devant le manche du marteau, puis inciser le tendon du muscle avec un ténotome courbe. Cette petite opération peut donner assez de sang à cause de l'artériole du tendon. Les opérés en crachent même quelquefois. Weber-Liel l'a pratiquée deux cent vingt-cinq fois, et constaté qu'elle agit favorablement surtout contre les bourdonnements et les vertiges. Suivant le conseil de Cholewa (de Berlin), opérer l'oreille la plus malade, à moins que l'ouïe n'y soit tout à fait perdue.

4° La ténotomie du muscle de l'étrier pratiquée à l'aide d'une incision dans le quadrant postéro-supérieur. (Kessel, Urbantschitsch.)

5° La mobilisation de l'étrier. Cette opération est acceptable, pourvu que le malade entende encore la voix haute à un mètre et la voix basse à 50 centimètres. Elle est contre-indiquée s'il y a surdité au diapason-vertex, si le malade n'entend plus de bourdonnements et si l'épreuve de Gellé (des pressions centripètes) montre que l'étrier est soudé dans la fenêtre ovale (*pelvis ovalis*).

Supposons-la indiquée : Une incision est conduite, périphérique, dans le quart postéro-supérieur. On peut après débrider la lèvre supérieure par une petite incision perpendiculaire à la première, si l'étrier se cache sous le cadre tympanique. C'est l'incision recommandée par Miot. Politzer taille, dans la même partie de la membrane, un lambeau triangulaire à sommet supérieur qui se rabat autour de sa base, mettant à découvert l'étrier. Avec un stylet à palette on cherche alors à le mobiliser en tous sens, en agissant au-dessous de l'articulation incudo-stapédale. S'il est nécessaire, on sectionne la branche descendante de l'enclume. Les accidents à craindre sont la lésion de la corde du tympan, la dislocation incudo-stapédale, la fracture des branches de l'étrier. Les résultats de cette opération, appliquée à la tympano-sclérose, sont encore discutables. Si certains cas ont été améliorés, d'autres sont aggravés. Le bénéfice est plus certain contre les bour-

donnements que contre la surdité. Nous en dirons autant de l'extraction des osselets.

En somme : administration des iodures, cathétérismes, massage du tympan et au besoin mobilisation de l'étrier, telles sont nos usuelles ressources contre cette affection, très rétive à la thérapeutique.

IV. — OTITE MOYENNE CHRONIQUE SUPPURÉE.

Otorrhée.

Cette variété d'otite, désignée par Itard sous le nom d'*otorrhée*, est encore très exactement dénommée par Urbantschitsch *tympanite suppurée chronique*. Elle consiste dans une suppuration chronique de la cavité tympanique et se présente souvent aux soins du médecin auriste (1).

Étiologie. — Elle peut succéder à une otite moyenne aiguë, mais, le plus généralement, elle s'installe d'emblée. Ses causes *générales* sont surtout la scrofule et la tuberculose. La rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, sont assez souvent l'origine d'otorrhées rebelles. C'est ainsi qu'on l'observe principalement chez l'enfant ou l'adulte.

Les causes *locales* sont variées. On la voit succéder à l'otite externe ou à la rupture traumatique de la membrane. Il n'est plus possible d'admettre l'*otorrhée cérébrale*, à laquelle croyait Itard. D'après cet auteur, elle consistait en des abcès cérébraux qui venaient se faire jour à travers les cavités de l'oreille. Son interprétation était erronée, car, dans les faits évoqués pour établir cette variété (observations de Lallemand, Malherbe, Bertin), on a trouvé des otopathies primitives, telles que fractures du rocher, précédant l'abcès cérébral.

Anatomie pathologique. — La muqueuse de la caisse est épaissie et granuleuse, rappelant l'aspect de certaines conjonctivites granuleuses. Ce sont ces granulations qui, augmentant de volume, arrivent à constituer les polypes qu'on voit apparaître au méat auditif. L'épithélium, qui manque par places, prolifère exagérément en d'autres, au point d'emplir presque complètement la cavité du tympan (lympa-

(1) HAGEN, Die Karbolsäure und ihre Anwendung. Leipzig, 1863. — GRUBER, Monats. für Ohrenh., 1873, p. 10. — GUYON, Ann. des mal. de l'or. et du lar., 1876, p. 362. — MOSLER, Virchow's Archiv, Bd. XIV, p. 557. — BEZOLD, Arch. für Ohrenh., Bd. XV, p. 1. — URBANTSCHITSCH, Wiener med. Presse, n° 23, 1876. — FANTON, Affectations de l'oreille moyenne consécutives aux fièvres exanthématiques, thèse de Montpellier, 1878. — E. MÉNIÈRE, Du traitement de l'otorrhée purulente (Congrès intern. d'otol., 1880. — LUDWIG, Carie et extraction de l'enclume (Arch. für Ohrenh., Bd. XXIX, 4^e livraison). — NOQUET, Otite purul. chronique chez les alcooliques (Rev. de laryngol., 1882). — LUC, Deux cas de guérison de suppuration chronique de la caisse par excision du marteau (Soc. de laryngo-otol. de Paris, 1891). — SEXTON et BRYANT, Med. Record, New York, 18 avril 1891. — MARTHA, Arch. de méd. expér., 1^{er} janvier 1892. — BONNIER, Otorrhée bilieuse au cours d'un ictère grave (Soc. de laryngol. de Paris, 1893).

nite desquamative). Sur la muqueuse existent des ulcérations qui conduisent sur les parois osseuses, plus ou moins altérées selon les cas (otites simples ou hyperostoses, caries, nécroses). La muqueuse tympanique peut aussi se montrer pâle et atrophiée sur le vivant. Ces divers états sont reconnus au moyen du stylet.

Les osselets peuvent être indemnes, mais, ordinairement, ils sont cariés et disloqués. C'est l'enclume qui semble le plus souvent cariée. (Ludewig.)

La fenêtre ovale est ouverte quand la platine de l'étrier a été entraînée par la suppuration, et l'oreille interne s'infecte à son tour. La fenêtre ronde est ouverte aussi, mais la membrane y est remplacée par des granulations fongueuses. Les muscles de l'étrier et du marteau ont disparu ou ont subi la transformation granulo-graisseuse.

La perforation de la membrane tympanique n'existe pas forcément, mais quand on la constate elle occupe généralement la presque totalité de cette membrane. Ce qui en reste, au voisinage de l'os tympanal, est épaissi et grisâtre.

L'infection suppurative ne se limite guère à cette partie de la caisse (*atrium*) que ferme la membrane. Elle gagne sa partie haute (*attique*) et les suppurations de l'attique constituent une variété si importante de l'otorrhée, que nous aurons à l'étudier à part. Elle s'étend aussi à l'antre et aux autres cellules mastoïdiennes. On peut dire que dans l'otorrhée la mastoïde est presque invariablement atteinte; plus ou moins, les diverses cavités sont remplies de pus, de fongosités, et des deux ensemble. De même la trompe participe, dans une certaine mesure, aux altérations pathologiques de la caisse. Ses parois sont épaissies et son revêtement épithélial prolifère.

Le pus est liquide ou épaissi, au point de devenir caséux.

Les examens bactériologiques y ont révélé les staphylocoques blanc et doré, le streptocoque, le pneumocoque, des saprogènes divers. (Kantack.)

Martha, sur cinquante-trois cas d'otorrhée, a trouvé deux fois le bacille pyocyanique à l'état de pureté, mais il a essayé en vain de reproduire l'otite moyenne pyocyanique.

Ce pus est fétide lorsqu'il existe quelque carie des osselets ou des parois.

Symptomatologie. — 1° *Symptômes fonctionnels.* — La surdité est très variable, car elle dépend de la vacuité ou de la plénitude des cavités otiques, ainsi que de l'état de l'oreille interne. D'une manière générale, elle est relativement peu compromise, si surtout les lésions siègent dans l'attique. Contrairement aux assertions de Bonnafont, il a été démontré par Wolff, Miot, Polo, que le siège de la perforation était sans influence sur la perception plus facile des sons graves ou aigus. Le diapason vertex est mieux entendu de l'oreille malade, à moins que le labyrinthe ne soit pris aussi.

Les douleurs se montrent quand il y a rétention de la sécrétion, ou, d'après Hartmann, quand le squelette, la mastoïde comprise, se sclérose. Moos a signalé des névralgies trifaciales de la première branche, des accès d'éternuement qu'augmentaient les pressions sur l'oreille externe.

2° *Signes physiques.* — L'écoulement est variable comme quantité. Ordinairement il ne fait pas issue au dehors, entre les diverses injections, se bornant à tacher le petit tampon mis dans l'oreille externe et à recouvrir les parois du conduit d'une couche caséuse. Chez quelques malades il est d'une abondance telle que le petit tampon, mis en place, est imprégné en quelques instants. Il montre, à l'otoscope, des points brillants qui peuvent être animés de battements isochrones au pouls (reflet pulsatile).

Le pus de l'otorrhée peut être de diverses couleurs : ordinairement blanc jaunâtre il peut devenir noirâtre par la présence de l'*Aspergillus nigricans*, ou bleuâtre, par celle de divers vibrions (Gruber, Zaufal). Cet écoulement est franchement purulent ou séro-purulent, muco-purulent; on a signalé des otorrhées bilieuses.

Il est inodore ou fétide, et rappelle alors l'odeur d'œufs pourris, de pièces anatomiques, de fromage putréfié. Il ne faut pas confondre cette odeur avec celle qui révèle la carie. Il y a souvent, dans ce liquide, une proportion d'hydrogène sulfuré. Aussi quand on y plonge un instrument d'argent il est couvert d'une tache noirâtre (sulfure d'argent) (Bonnafont). Ces liquides peuvent tomber dans le pharynx, par la trompe d'Eustache, et provoquer des troubles digestifs.

Si on examine au spéculum, après avoir fait plusieurs irrigations détersives et avoir absorbé ce qui reste de liquide avec de l'ouate hydrophile, on constate que le conduit auditif est rouge vers sa paroi supérieure et que les parois de la caisse sont rouges, couvertes de granulations ou de fongosités polypiformes.

Ce qui reste de la membrane tympanique est blanchâtre, épaissi. L'apophyse externe et le manche du marteau se voient à peine. Elle peut être infiltrée de dépôts calcaires ou graisseux. Les bords, libres ordinairement, peuvent s'être soudés à la paroi profonde de la caisse.

La perforation est généralement unique. Tröltzsch et Wreden ont cité des cas exceptionnels de trois ou quatre perforations. Elles siègent dans la moitié inférieure de la membrane, le plus souvent. Elles sont arrondies ou ovalaires, ou en forme de rein dont le hile regarde le centre. Leurs dimensions sont aussi très variables: presque punctiformes quelquefois, elles arrivent, ailleurs, à envahir toute l'étendue de la membrane dont il ne persiste que la portion la plus périphérique. Leur coloration dépend assez de leurs dimensions. Petites, elles se montrent noirâtres, parce que l'éclairage n'entre qu'à peine dans la caisse; plus grandes, elles sont rouges, parce que la

paroi profonde de la caisse est bien éclairée au delà de la perte de substance.

La chaîne des osselets peut être intacte, mais habituellement le marteau et l'enclume sont cariés.

Selon les dimensions et le siège de la perforation, on aperçoit telle ou telle autre partie de la paroi profonde plus ou moins altérée. Si elle se trouve à la membrane de Shrapnell, on peut apercevoir le col du marteau.

Quand le malade fait l'expérience de Valsalva, ou quand on donne la douche d'air par la trompe, un sifflement se fait entendre, ou bien un gargouillement, si du liquide remplit la caisse. La sortie de l'air peut être empêchée, cependant, par l'oblitération de la trompe ou par l'adhérence de tout le pourtour de la membrane aux parois tympaniques.

Marche, durée, terminaisons. — La *marche* de la maladie dépend beaucoup du terrain sur lequel elle évolue. Un état général scrofuleux ou tuberculeux, la convalescence de maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, surtout) sont ici facteurs de gravité.

L'écoulement persiste, s'il n'est pas bien traité. Les granulations et polypes qui se forment alors dans la caisse le font persister, de même que les amas d'épithéliums déchus et les altérations osseuses des parois. Il peut cesser spontanément ou sous l'influence d'un traitement local simple, mais on doit se méfier des apparences de complet tarissement. Un coup de froid, un excès quelconque peut faire réapparaître l'écoulement; même chez les malades qui en sont débarrassés, il peut suffire de laisser à demeure, pendant une nuit, un peu d'ouate, pour la trouver tachée le lendemain matin d'une teinte verdâtre. Des poussées aiguës se montrent assez souvent dans le cours de l'otorrhée. Elles s'accusent par des douleurs violentes, des bruits plus intenses et un accroissement de surdité.

Parfois l'écoulement prend fin quand une partie nécrosée a été éliminée. Ce peuvent être les osselets, une portion des parois tympaniques ou des cellules mastoïdiennes, le limaçon (Wilde, Toynbee, Baratoux). L'écoulement peut cesser brusquement, à la suite d'un coup de froid, d'un bain de mer, par exemple. Des accidents cérébraux éclatent alors, suivis de suppurations intracrâniennes ou disparaissant par le retour de l'écoulement. L'influence des appareils sexuels se fait sentir sur la marche des otorrhées. Saissy a rapporté l'histoire d'une femme dont l'écoulement persista pendant six mois, aussi longtemps que ses règles restèrent supprimées. Des enfants sont débarrassés de leur otorrhée dès que la puberté s'est accomplie. Miot et Baratoux appellent l'attention sur la difficulté de tarir l'écoulement des oreilles chez les femmes arrivées à la ménopause.

La membrane peut se cicatriser complètement, et la cicatrice adhérer plus ou moins aux parois tympaniques. Ordinairement, la

perforation est définitive, ses bords se fixant ou non à la paroi profonde de la caisse.

La cavité tympanique reste avec une muqueuse fongueuse, et parfois avec de petits séquestres qui feront suppurer tant qu'ils n'auront pas été éliminés. A la longue, la muqueuse reprend son apparence normale, mais, dans la majorité des cas, elle subit l'infiltration calcaire ou adipeuse. La chaîne des osselets perd sa mobilité par formation d'adhérences ou par épaissement de la muqueuse qui l'enveloppe.

L'ouïe n'est pas mauvaise dans les premiers temps. Le diapason-vertex produit le maximum de sonorité dans l'oreille du côté malade. Peu à peu, cependant, on la voit baisser, surtout si l'ankylose des osselets s'est produite, ou si le processus inflammatoire s'étend insidieusement au labyrinthe. Le degré de surdité est en rapport avec les altérations qui atteignent le pouvoir vibrant des fenêtres ovale et ronde. Politzer a fait remarquer que le champ auditif de l'oreille saine peut être diminué, par sympathie, alors même que l'oreille malade est tarie. Urbantschitsch signale la fréquence des anomalies du goût dans l'otorrhée. Il l'a rencontrée quarante-six fois sur cinquante cas. Ce peut être la disparition du goût dans toute une moitié de la langue ou l'hypersécrétion salivaire. Ces troubles sont explicables par des névrites de la corde du tympan.

Diagnostic. — L'écoulement du pus, datant de quelques mois ou années, la présence de bulles d'air dans ce liquide et le sifflement sortant de l'oreille quand le malade se mouche ou fait effort, en fermant sa bouche et ses narines, sont caractéristiques de l'otorrhée tympanique. Ce dernier signe peut faire défaut, pourtant, même si on donne une vigoureuse douche d'air à travers la trompe. Il manquera, par exemple, si le pus, très épais, n'est pas déplacé par le courant d'air, si des fausses membranes ou des granulations arrêtent l'air qui sort de la trompe, ou encore si les bords de la perforation ont pris adhérence avec les parois tympaniques.

Pour s'assurer de la perforation, il peut être nécessaire de mettre dans le fond du conduit quelques gouttes d'eau stérilisée, à travers laquelle on constatera l'explosion de petites bulles s'accompagnant d'une petite crépitation.

1° L'otorrhée moyenne peut être confondue avec l'otorrhée externe. La distinction est pourtant assez aisée, car, dans l'otite externe, les parois du conduit sont particulièrement modifiées et la membrane ne montre pas de perforation.

2° Le difficile est de différencier une membrane tympanique rouge et épaissie avec une paroi profonde de la caisse, dans les mêmes conditions. On est alors embarrassé pour décider si la membrane existe encore ou non. Les moyens de diagnostic sont les suivants : En regardant à la périphérie, près des parois du conduit auditif

externe, on voit, si elle existe encore, la membrane se continuer avec les parois du conduit. L'insufflation par la trompe arrive toujours à soulever ne fût-ce qu'une partie de la membrane existante. Au contraire, si elle a été détruite, on voit, en quelques points de sa périphérie, une portion plus ou moins large de la membrane tympanique qui a persisté. La présence des osselets n'est pas une preuve certaine de l'existence de la membrane, car ils ont pu rester intacts dans le haut de la caisse.

3° Un polype pourrait être pris pour un tympan congestionné quand il remplit complètement la lumière du conduit, mais, avec le stylet coudé, on verra qu'il s'agit bien d'un polype, car on peut l'insinuer tout autour de lui.

Le stylet est encore utile pour juger de l'état des osselets, de l'absence ou de la présence de l'étrier sous les granulations qui sont au fond de la caisse.

Pronostic. — On doit l'envisager au double point de vue de la santé générale et de la fonction auditive.

a. Les dangers que court le malade sont en proportion avec l'ancienneté de l'affection et le siège de la suppuration. C'est ainsi que les suppurations de l'attique sont un danger particulier. L'otorrhée à streptocoques paraît la plus grave, comme l'otorrhée à pneumocoques est la moins redoutable.

Noquet appelle l'attention sur la gravité particulière de l'otorrhée chez les alcooliques. Son évolution est plus rapide, l'envahissement des centres nerveux plus fréquent et les désordres plus étendus.

Les Compagnies d'assurances refusent généralement de passer une police avec les otorrhéiques. Les conseils de revision devraient prononcer l'ajournement, sinon la réforme, pour les hommes dont l'otorrhée n'est pas en bonne voie de guérison. Les morts subites peuvent emporter les malades.

En tout cas il n'est plus permis d'envisager l'otorrhée comme une affection qu'il est mauvais de guérir, avec cette crainte que le mal se porte sur un autre point du corps.

b. L'audition n'est relativement pas trop amoindrie, mais le danger vient surtout d'une possibilité de sclérose tympanique ou labyrinthique venant à la suite. Cette complication est particulièrement à craindre pour les arthritiques, qui feront bien d'aller ensuite habiter les pays secs et de température peu variable. Des cas se rencontrent où l'ouïe diminue quand la perforation se cicatrise, sans doute parce que la platine de l'étrier ne reçoit plus les vibrations.

Le *pronostic* est particulièrement grave chez l'enfant, qui pourra rester sourd-muet.

Traitement. — L'otorrhéique doit habituellement protéger son oreille moyenne avec un petit tampon d'ouate aseptique. La théra-

peutique varie avec les cas; elle est efficace surtout par les moyens locaux.

Il convient d'abord de distinguer deux cas différents.

1° La perforation est vaste; elle permet aux divers topiques d'atteindre la cavité tympanique. Cinq ou six fois par jour le malade pratiquera des injections chaudes avec de l'eau stérilisée seulement, ou boriquée, naphtolée, résorcinée, eau oxygénée (Miot). Si le choc de l'injection est douloureux, pousse aux vertiges, on fait pencher l'oreille du côté sain pour que le jet arrive amorti par une certaine quantité de liquide, ou même on remplace l'injection par un bain d'oreille avec la même solution: le professeur Guyon a signalé l'heureuse influence d'un drain en caoutchouc fiché dans le conduit pour faciliter le tarissement et diminuer les douleurs. La cavité étant bien nettoyée, débarrassée des grumeaux purulents qui l'encombraient, et séchée à l'ouate aseptique, on instille dans le conduit quelques gouttes des diverses solutions dont voici les plus recommandables:

1° Acide phénique.....	1 gramme.
Glycérine neutre.....	10 grammes.
2° Sublimé.....	1 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes.
3° Ichtyol.....	1 gramme.
Eau distillée.....	10 grammes.
4° Acide borique.....	1 gramme.
Alcool.....	1 —
Glycérine.....	10 grammes.
5° Naphtol.....	5 grammes.
Camphre.....	10 —
6° Alcool absolu. (POLITZER.)	

Barclay (de New-York) préconise la solution aqueuse de pyoctanine à 1 : 1000. Si ces moyens ne suffisent pas, on recourt à l'application des caustiques, après lavage et cocaïnisation préalables; on mettra par exemple dans l'oreille 5 ou 6 gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1 : 40 ou de nitrate d'argent à 1 : 20, pour ne l'y laisser que quelques minutes.

2° La perforation est-elle étroite, on fait d'abord des lavages dans la caisse, à travers la perforation, au moyen de la canule de Hartmann. La meilleure solution à employer est alors le sublimé à 1 : 2000, ou la solution phéniquée à 1 : 100. Mais l'évacuation de la caisse n'est pas toujours assurée de la sorte, il faut alors agrandir l'ouverture avec le galvanocautère qui, mieux que le bistouri, assure le maintien de la solution de continuité. Quelques auteurs préfèrent à cette incision une contre-ouverture dans le bas de la membrane.

A la fin on peut recourir à l'introduction de poudres: iodoforme, acide borique (Bezold); aristol, iodol, calomel (Gottstein). Ce serait

un tort de les employer plus tôt ; elles gêneraient la sortie du pus (Wilhem Meyer). On a fait des trochisques médicamenteux en forme de globules, mais ils sont peu usités.

Contre les cas rebelles et menaçants de complications il faut recourir à l'opération de Kessel, qui enlève la membrane du tympan et tous les osselets, au curettage de la caisse en y joignant l'évidement pétro-mastoïdien.

Le traitement général qui vise l'état constitutionnel du sujet ne doit en aucun cas être négligé.

L'otorrhée une fois tarie, on peut recourir aux divers tympan artificiels (boulette d'ouate de Yearsley ou petit tympan en caoutchouc de Toynbee). Duplay explique les bons effets obtenus par la contiguïté que le tympan artificiel rétablit entre les divers osselets. C'est par cette pression sur les osselets qu'on peut expliquer le fait bien connu, cité par Ménière père : un président de tribunal, devenu sourd, parvenait à améliorer temporairement son ouïe en exerçant une pression sur le tympan, au moyen de la tête d'une épingle en or.

COMPLICATIONS DES SUPPURATIONS DE L'OREILLE MOYENNE.

Ces complications sont le grand danger des diverses tympanites suppurées (1).

(1) SMITH, *Glasgow med. Journal*, juillet 1888. — E. DE ROSSI, *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1889, p. 99. — OTTO KÖRNER, Complications intracrâniennes des caries du rocher (*Arch. für Ohrenh.*, Bd. XXVII, Heft 2 et 3). — SANGER et SICK, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n° 10. — HOFFMANN EGON, *Ibid.*, n° 48. — O. HECKE (de Breslau), Abscès extraduraux (*Arch. für Ohrenh.*, Bd. XXXIII). — PAUL SIMON, Quelques complications cérébrales des otites suppurées chez les enfants (*Revue méd. de l'Est*, 15 juin 1890). — PICQUÉ, Abscès cérébral consécutif à une otite moyenne suppurée (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, juillet 1890). — LEWIS, Phlegmon du long consécutif à une otite moyenne (*Brit. med. Journal*, n° 6441). — A. ROBIN, Complications cérébrales des otites (*Méd. mod.*, 1891). — RADSACH (*New York Med. Record*, 27 juin 1891). — JOURDANET, Abscès du cervelet consécutifs aux otites, thèse de Lyon, juillet 1891. — POIRIER, Topographie crânio-encéphalique. Paris, 1891. — PICQUÉ et FÉVRIER, Contribution à l'étude des abcès intracrâniens d'origine otique (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, décembre 1892). — RAYMOND et NETTER, Otite suppurée et pseudo-rhumatisme infectieux (*Bull. méd.*, 7 février 1892). — JANSEN, 27 cas de phlébites sinusiennes (*Soc. d'otol. allem.*, avril 1892). — EMERSON, Pyohémie à la suite d'une otite suppurée, guérison (*Soc. d'otol. améric.*, juillet 1892). — CH. HIPPE, Otite moyenne et névrite optique (*Soc. d'otol. améric.*, juillet 1892). — HANSBERG, Thrombose des sinus (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, août 1892). — CHAPUT, Résection large du rocher (*Revue int. de rhinol.*, 10 mars 1893). — GÉRARD MARCHANT, Les complications septico-pyohémiques dans l'otite (*Sem. méd.*, 20 juin 1893). — LICHTWITZ et SABRAZES, Du cholestéatome (*Bull. méd.*, 1894, n° 25). — BRIEGER, 66^e Réunion des médecins allemands. Vienne, 1894. — KRETSCHMANN, *Soc. allem. d'otol.* Francfort, 20 et 21 mai 1893. — GRUENING (de New York), Otite moyenne avec thrombose mortelle du sinus latéral (*Assoc. otol. améric.*, 19 juillet 1893). — SCHWARTZE, Otite moyenne purulente aiguë avec carie mastoïdienne par carie de la deuxième molaire (*Arch. of Otol.*, n° 2, vol. XXII). — LUBET-BARBOUX, Otite moyenne suppurée, carie de la caisse, opération de Stacke, mort, autopsie (*Arch. internat. de laryng.*, sept. 1893). — DELIE, Quelques cas d'otorrhée compliquée (*Soc. des otol. belges*, 4 juin 1893). — A. BROCA, Opérations sur l'apophyse mastoïde (*Congrès de chir.*, 1894). — A. BROCA, Abscès du cerveau

On peut les classer, d'après la considération de leur siège, en :

- 1° *Complications dans la cavité tympanique* (cavitaires, intérieures);
- 2° *Complications dans les parois osseuses* (pariétales);
- 3° *Complications à distance.*

I. Complications dans la cavité tympanique. — Envisageons ici les polypes et le cholestéatome.

a. Polypes. — On les rencontre principalement dans les otorrhées anciennes. Dans les trois quarts des cas, ils s'implantent sur la paroi profonde de la caisse (Moos et Steinbrügge). Le pédicule est généralement à leur partie postéro-supérieure (Tröltzsch), mais cette implantation n'a pas besoin d'être diagnostiquée d'avance, le mode d'exérèse s'appliquant aux diverses implantations profondes. Les polypes n'étant que des fongosités devenues grandes indiquent souvent la présence d'un séquestre. Leur pédicule est mince ou gros. Il peut être étranglé dans une perforation de la membrane tympanique. Son ablation laisse alors subsister dans la caisse toute sa partie profonde. La partie la plus externe, exposée au contact de l'air extérieur, s'indure, devient blanchâtre et se couvre de couches épidermiques superposées, mais la partie profonde reste plus rouge et plus souple. Histologiquement, les polypes sont divers : granulomes, fibromes, myxomes. Les granulomes sont les plus fréquents.

Ces productions étant généralement très vasculaires, saignent facilement. Aussi l'otorrhée sanguinolente a-t-elle un caractère de présomption qui permet de soupçonner l'existence d'un polype.

Le diagnostic en est facile, même s'il ne fait pas saillie à l'extérieur ; il se montre dès qu'on regarde dans le *speculum auris*. Encore faut-il ne pas les confondre avec de petites fongosités de la caisse ou avec un corps étranger. On y parvient à l'aide du stylet qui explore la surface et le pédicule du polype.

Divers instruments existent, parmi lesquels on peut choisir pour l'extraction d'un polype. Le meilleur est celui dont on a l'habitude. Le petit polypotome de Blake est, en l'espèce, très recommandable. Des irrigations antiseptiques ont préalablement nettoyé le conduit auditif. On y instille 10 gouttes environ d'une solution forte de cocaïne (4 p. 20) et cinq minutes après on peut introduire la petite anse froide. On la pousse, tout en la fermant peu à peu, aussi profondément qu'il est possible, et on serre brusquement entraînant ainsi un polype plus ou moins volumineux. L'excroissance, bien que tranchée, peut rester au fond du conduit, mais une injection l'entraîne immédiatement et la fait tomber dans le bassin présenté sous le pavillon. L'écoulement de sang est modéré. Quand il s'est arrêté on peut toucher le point d'implantation avec la pointe du

et méningites consécutives à des suppurations de l'oreille moyenne (*Soc. anat.*, juillet 1894, p. 561). — SCHUBERT, Quelques complications graves de l'otite moyenne (*Monatschr. für Ohrenh.*, novembre 1894, p. 341).