

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).

galvanocautère ou avec une solution concentrée de chlorure de zinc. On termine cette petite opération en mettant dans le conduit une mèche de gaze iodoformée qu'on recouvre d'un tampon d'ouate.

b. Cholestéatome. — Cette complication est signalée par J. Cruveilhier dans son *Anatomie pathologique du corps humain* sous le nom de « tumeurs perlées ». Elle est constituée par un amas grisâtre, de consistance butyreuse, où se trouvent des stratifications concentriques de cellules épithéliales entre lesquelles sont déposés des cristaux de cholestérine. On discute encore sur la cause du cholestéatome, mais nombre d'auteurs s'accordent à le considérer comme une hypergenèse des épithéliums, lorsque l'irritation locale est entretenue par la difficulté de l'écoulement du pus, que cette difficulté soit due à une perforation trop étroite ou située trop haut, ou à l'adhérence de ses bords avec la paroi profonde de la caisse, ou encore à la présence de polypes.

Cliniquement : le cholestéatome se traduit par des lourdeurs dans la tête, des vertiges. Parfois il se fait par le méat auditif ou par une fistule mastoïdienne issue d'une certaine quantité de cette matière grasse et blanchâtre, car le cholestéatome siège plus volontiers encore dans l'antre mastoïdien que dans la caisse. C'est une complication qu'il faut chercher de propos délibéré dans les vieilles otorrhées, car la méconnaître serait laisser l'écoulement de pus s'éterniser. On en débarrasse les cavités otiques par le curettage après avoir ouvert la mastoïde, si besoin est. On touche les cavités avec la solution de chlorure de zinc au dixième et l'on s'abstient de refermer immédiatement la brèche pour surveiller et réprimer les récidives assez fréquentes.

II. Complications dans les parois osseuses. — **a. Atrophies osseuses.** — On l'observe surtout dans les cas de cholestéatome. Caisse, antre, cellules mastoïdiennes, sont dilatés et leurs parois très amincies.

b. Hypertrophies osseuses. — La prolongation des otorrhées peut entraîner une condensation osseuse de l'apophyse mastoïde. Cette hyperplasie est douloureuse, parce qu'elle enserre les ramuscules nerveux; des névralgies faciales peuvent en être la conséquence. Il faut bien savoir que, dans ces cas, le volume de la mastoïde n'est pas augmenté; l'altération ne porte que dans l'épaisseur.

La trépanation mastoïdienne est alors indiquée. Elle agit, sans doute, en levant l'étranglement de petites branches nerveuses. On s'abstient de mettre un drain qui a été souvent mal supporté. Il peut être utile de refaire plusieurs fois cette ouverture de l'apophyse.

c. Carie du rocher. — Elle expose le malade à de grands dangers, soit du côté de la voûte de la caisse (*tegmen tympani*), mince cloison qui la sépare de la cavité cérébrale, soit du côté de la veine jugulaire (thromboses, hémorragies foudroyantes), soit aussi du côté des

diverses artères dont l'ulcération peut être suivie d'hémorragie mortelle (artère carotide, méningée moyenne, stylo-mastoïdienne). Quant au labyrinthe il résiste assez bien à l'envahissement. La suppuration se fait jour, le plus souvent, à la surface de l'apophyse mastoïde, mais on doit aussi surveiller l'extrémité supérieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien; le pus s'y présente, et si une incision ne vient le détourner au dehors, il fuse tout le long du cou jusque dans le médiastin.

Le pus peut fuser au loin, sans même que la membrane du tympan soit perforée. Emilio de Rossi cite un cas où le pus, après avoir forcé la paroi osseuse du sinus latéral et formé un foyer sous-dural, sortait ensuite par le trou déchiré postérieur, pour fuser le long du paquet vasculo-nerveux du cou.

La carie du rocher se traduit symptomatiquement par les séquestres que le stylet reconnaît à la fétidité du pus et à l'élimination de petites esquilles. On peut même trouver dans ces rejets une portion du labyrinthe, le limaçon par exemple. La paralysie faciale est presque de règle. Un torticolis se déclare, quelquefois, au cours d'une suppuration de l'oreille. D'après Radsach, il indiquerait la participation de l'apophyse mastoïde à la suppuration.

L'ouverture de l'apophyse et l'évidement pétro-mastoïdien s'imposent en pareille circonstance. Chaput a réséqué les deux tiers externes du rocher, respectant la carotide, mais intéressant forcément le facial.

III. Complications à distance. — Qu'il nous suffise de signaler les principales.

a. Encéphalo-méningites, dans lesquelles Thickenbrod a constaté de la glycosurie.

b. Les abcès du cerveau ou du cervelet, voisins ou éloignés de la lésion pétreuse.

D'après un relevé d'Otto Körner, sur 151 cas de complications intracrâniennes, 90 siégeaient à droite, 57 à gauche, 4 des deux côtés. Il faut remarquer que le sinus latéral s'avance plus dans le rocher à droite qu'à gauche; il est encore plus rapproché des cavités tympaniques chez les brachycéphales que chez les dolichocéphales.

L'abcès cérébral peut entraîner de l'aphasie. Dans un de ces cas, Sanger trépana au-dessus du pavillon, sur la première circonvolution temporale, et guérit son malade.

C'est parfois après avoir pratiqué l'évidement mastoïdien qu'on est obligé d'ouvrir au même niveau la boîte crânienne. On peut trouver de la pachyméningite et au delà un abcès dans la pulpe cérébrale. (Egon.)

Picqué et Février ont particulièrement étudié ces abcès intracrâniens d'origine otique (1). Sur la question de fréquence, ces

(1) PICQUÉ et FÉVRIER, *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, décembre 1892.

auteurs concluent, avec Barker et Barr, que plus de la moitié des abcès intracrâniens relèvent d'une origine otique. Leur statistique personnelle leur a montré que les abcès cérébraux sont plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant, beaucoup plus fréquents aussi chez l'homme que chez la femme (:: 21 : 1).

On doit les diviser en : 1° abcès extra-dure-mériens; 2° abcès encéphaliques.

Les premiers sont toujours en communication directe avec une suppuration de la caisse. Le pus peut s'y accumuler en quantité considérable, et la terminaison fatale (par méningite), se produire alors que le malade semblait bien guéri. (Hecke [de Breslau].)

Les seconds sont temporaires (dans le lobe temporal) ou cérébelleux. A titre exceptionnel on les a rencontrés dans le lobe temporo-sphénoïdal, le centre ovale, le pont de Varole, les pédoncules cérébelleux. Leur cavité va s'agrandissant et ils peuvent s'ouvrir dans la cavité de l'arachnoïde ou dans les ventricules latéraux.

Le plus souvent, les abcès du cerveau compliquent les suppurations anciennes de la caisse : la suppuration datait de vingt ans au moins dans un cas d'A. Robin, et d'une trentaine d'années dans celui de Jansen. D'après Schubert, l'otite moyenne aiguë se complique bien moins souvent d'abcès cérébral que l'otite chronique, dans la proportion de 1 à 6. Elles surviennent, en général, quand le drainage est insuffisant dans le conduit auditif. Un autre mode pathogénique est le transport par voie veineuse ou lymphatique des microbes de la suppuration loin du foyer où ils ont paru d'abord. Ainsi peuvent s'expliquer les abcès à distance.

Les abcès cérébelleux otitiques, bien étudiés par Jourdanet (1), seraient en moyenne de trois sur un ensemble de dix cas d'abcès encéphaliques, d'origine auriculaire. Ils sont uniques, en contact ou non avec le foyer osseux. Leur diagnostic est difficile, et dans beaucoup de cas on est amené à trépaner au niveau du cervelet, après avoir, comme Mac Ewen, trépané inutilement au niveau du lobe temporal.

D'après Albert Robin, la marche de ces abcès cérébraux, évolue de trois manières différentes :

1° Forme latente, lente, survenant après la carie du rocher;

2° Forme rapide, aggravation progressive, et durée de deux ou trois semaines;

3° Forme foudroyante, infectieuse, tuant en quelques heures.

Le danger de ces abcès est qu'ils sont multiples parfois. L'évacuation de l'un d'eux laisse le malade en proie aux dangers des autres, ainsi qu'il résulte d'une observation de Picqué.

Brieger a insisté sur l'importance de l'examen ophtalmoscopique et sur la recherche de la peptone dans l'urine pour le diagnostic de

(1) L.-G. JOURDANET, thèse de Lyon juillet 1891.

ces abcès cérébraux. Il a rapporté l'observation d'un abcès cérébral, guéri après évacuation spontanée, à travers une fistule du conduit auditif externe.

Pour ouvrir les abcès consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne, qui sept fois sur dix siègent dans le lobe temporal, Bergmann indique de trépaner en avant et un peu au-dessus de l'angle postéro-inférieur du pariétal. Il trace une ligne allant du méat auditif à la protubérance occipitale externe, puis, à quatre centimètres en arrière du méat, il élève sur cette première ligne une perpendiculaire de quatre à cinq centimètres; mais on tombe ainsi à la jonction des lobes temporal et occipital, c'est-à-dire assez loin de l'abcès qui siège habituellement dans la profondeur du lobe temporal, immédiatement au-dessus du rocher.

Mac Ewen pratique une ouverture à six centimètres au-dessus du conduit auditif externe; mais avec cette indication on découvre la scissure de Sylvius. On est donc trop haut. Poirier conseille de trépaner *sur la verticale passant par le méat auditif, à trois centimètres au-dessus de ce méat*. On tombe ainsi sur la deuxième circonvolution temporale et sur le sillon qui la sépare de la première. La couronne aura trois centimètres de diamètre environ. On pourra de la sorte explorer non seulement le lobe temporal, mais encore la face supérieure du rocher où le pus s'accumule. Ce procédé exige qu'on décolle l'attache du pavillon au-dessus du méat, ce qui est sans inconvénient.

Pour ouvrir un abcès du cervelet, consécutif ordinairement aux suppurations mastoïdiennes, Poirier conseille de tracer une ligne réunissant le sommet de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe, et à trépaner sur cette ligne, à égale distance de ses deux extrémités.

La surface cérébrale ou cérébelleuse mise à découvert, on va à la recherche de l'abcès, soit avec un petit trocart explorateur, sous le vide, soit avec la petite lame mince d'un couteau de Graefe.

Kretschmann propose d'ouvrir au niveau de la base de l'apophyse mastoïde après évidement de celle-ci.

c. Les **phlébites des sinus crâniens**, qu'il faut évacuer lorsqu'elles sont abordables (Hansberg) après avoir mis deux ligatures.

d. L'**infection purulente**, susceptible de guérison, d'après une observation d'Emerson. A. Fraenkel signale des dermato-myosites comme complications.

e. La **tuberculose généralisée**.

f. Des **pseudo-rhumatismes infectieux**. Raymond et Netter ont vu une tympanite suppurée, vieille de quinze ans, provoquer plusieurs arthrites suppurées avec broncho-pneumonie mortelle. L'agent infectieux était le streptocoque pyogène.

g. Les **névrites optiques**. Ch. Kipp a observé un malade qui

présentait de la névrite optique des deux côtés. Cette complication disparut par la trépanation de l'apophyse mastoïde.

h. Des **phlegmons du cou**, dont Lewis a cité un intéressant exemple, suivi de guérison. Le tympan n'était pas perforé.

SUPPURATIONS DE L'ATTIQUE (1).

L'attique, ainsi dénommée par Sexton, est cette partie haute de l'oreille moyenne qui est limitée sur la membrane tympanique par la portion supérieure, dite membrane de Shrapnell. La marche particulière des suppurations dans cette petite région, et les méthodes chirurgicales qui leur sont appliquées, rendent nécessaire un chapitre à part.

Résumé anatomique. — On sait que la caisse ou oreille moyenne se partage en deux parties distinctes : l'une inférieure, limitée à l'extérieur par la membrane tympanique proprement dite (*membrana tensa*) porte le nom d'*atrium*. L'autre, située au-dessus, est limitée par la membrane de Shrapnell (*membrana flaccida*) qui doit cette flaccidité à l'absence de couche moyenne conjonctive, dans son épaisseur ; c'est l'attique, encore désignée sous les noms de *coupole*, *recessus epitympanicus*, *sus-cavité*. Un orifice qui mesure environ un millimètre carré (Chatellier) met en communication l'attique et l'atrium.

N'envisageons ici que l'attique. Il se partage en deux parties distinctes :

a. Une partie interne, la plus profondément placée ; c'est elle qui communique en bas avec l'atrium, en avant avec la trompe d'Eustache, et en arrière avec l'antra mastoïdien au moyen d'un orifice (*aditus ad antrum*) de forme triangulaire à sommet inférieur et mesurant environ six millimètres de hauteur.

b. Il y a aussi une partie externe, superficielle, où des replis muqueux incomplets forment des cavités mal closes et superposées dans l'ordre suivant, en allant de haut en bas : cavités de Trölttsch, au nombre de deux, l'une en dehors, l'autre en dedans, cavité de Kretschmann et cavité de Prussak. Ainsi l'attique est circonscrit par la membrane de Shrapnell, le mur de la logette, ou margelle, qui le surmonte, le *tegmen tympani* et le tendon du muscle tenseur du tympan (fig. 92).

(1) WEBER-LIEL, *Monatschr. für Ohrenh.*, 1882. — SCHWARTZE, *Traité des mal. chir. de l'oreille*, 1884, p. 59 à 66. — RICHARDSON, *Excision de la membrane et des osselets dans les suppurations de l'attique* (*Arch. of Otol.*, vol. XXI, n° 3). — STACKE, *Indications de l'excision du marteau et de l'enclume* (*Congrès internat. de Berlin*, 5 août 1890 et *Archiv für Ohrenheilk.*, Leipzig, 1891, Bd. XXXI). — ZAU-FAL, *Congrès internat. de Berlin*, 1890. — GRUBER, *Traitement de l'otite moyenne suppurée chronique avec perforation de la membrane de Shrapnell* (*Allgem. Wien. med. Zeitung*, 1891). — E. WEISMANN, *Traitement des suppurations de l'attique*, thèse de Paris, 1893. — A. RAULT, *Perforations de la membrane de Shrapnell*, thèse de Paris, 1893. — GOMPERZ, 66^e Réunion des médecins allemands. Vienne, 1894.

Pathologie. — La suppuration de l'attique figure dans le nombre des otorrhées pour une proportion de 3 p. 100.

Elle est surtout fréquente dans l'enfance, où on la voit succéder

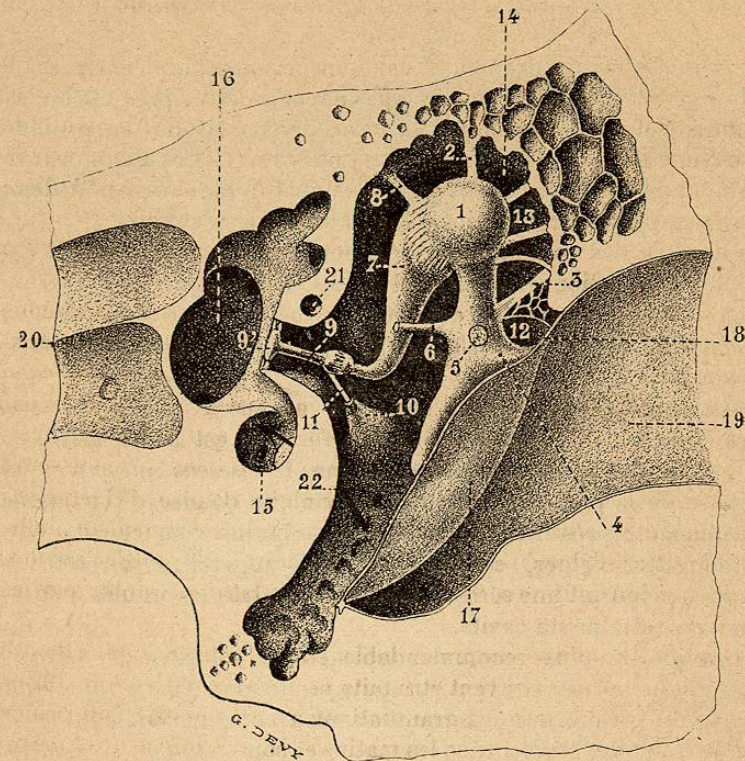


Fig. 92. — Coupe transversale de l'oreille moyenne. — 1, marteau ; — 2, son ligament supérieur ; — 3, son ligament externe ; — 4, son apophyse courte ; — 5, surface de section de l'apophyse grêle ; — 6, tendon du muscle du marteau ; — 7, enclume ; — 8, ligament supérieur de l'enclume ; — 9, étrier ; — 9', sa base ; — 10, pyramide ; — 11, tendon du muscle de l'étrier ; — 12, poche de Prussak ; — 13, poche de Kretschmann ; — 14, poche de Trölttsch ; — 15, rampe tympanique du limaçon ; — 16, verticule ; — 17, membrane du tympan ; — 18, membrane de Shrapnell ; — 19, conduit auditif externe ; — 20, conduit auditif interne ; — 21, Aqueduc de Fallope ; — 22, promontoire.

aux diverses infections naso-pharyngiennes, aux végétations adénoïdes.

Cliniquement, elle se présente sous deux formes : aiguë et chronique.

La *forme aiguë* s'annonce par des douleurs intenses, accompagnées de vertiges. On dirait d'une méningite, mais dans les six ou sept jours qui suivent, un écoulement apparaît, l'enfant est soulagé, et si on nettoie le conduit auditif, on voit que la perforation s'est produite au-dessus de l'apophyse externe.

La *forme chronique*, qui existe depuis longtemps lorsqu'on est appelé à la traiter, se caractérise par de l'otorrhée souvent compliquée de crises exacerbantes.

Au cours de ces crises, des céphalalgies, des vertiges, de la fatigue intellectuelle et physique se montrent.

Pour pratiquer un examen, il est indispensable de débarrasser le conduit des débris épidermiques qui l'encombrent. Après cocaïnisation, un stylet coudé reconnaît la carie des parois ou des osselets. Elle occupe de préférence l'enclume (Ludewig) (1). Ces points de carie entraînent presque fatalement un écoulement fétide et une pullulation de polypes, parfois le développement d'un cholestéatome.

Au nombre des complications qui sont le plus à redouter en cas d'atticite, je mentionnerai les mastoïdites, car presque toujours l'infection de l'antre mastoïdien coïncide avec celle de l'attique, les caries du rocher, la phlébite des sinus, enfin les abcès cérébraux dans le lobe temporal.

Traitement. — J'indique la série des moyens à utiliser, en commençant par les plus simples. Si la perforation est assez large, on peut d'abord pratiquer des injections dans le *recessus epitympanicus* au moyen de la petite canule intratympanique coudée d'Hartmann.

Delstanche a présenté à la cinquième réunion annuelle des otolaryngologistes belges, en 1894, un petit appareil à injection de l'attique qui fournit une série de jets saccadés très favorables à l'évacuation de cette petite cavité.

L'injection la plus recommandable est la solution de sublimé à 1/2000. Ces lavages peuvent être faits *per tubam*, s'il y a indication particulière. On détruira les granulations avec le galvanocautère et on instillera dans l'oreille, tous les matins et soirs, cinq ou six gouttes de glycérine phéniquée à 1/10.

L'évacuation est-elle insuffisante? On pratique la paracentèse derrière le manche du marteau, à partir de la perforation et en descendant. Gomperz insiste sur les bons résultats de la méthode conservatrice; on obtient environ 50 p. 100 de guérisons.

Si pourtant la suppuration est intarissable, on procède à l'ablation du marteau et l'enclume, suivant les procédés de Schwartz ou de Kessel.

En dernier ressort, on recourt à l'opération de Stacke. Elle consiste à détacher le pavillon par une incision qui le circonscrit en haut et en arrière et se prolonge sur la moitié postérieure du conduit auditif membraneux. On approche ainsi de la membrane tympanique. Avec un petit bistouri spécial (tympanotome), on dessine une incision en U autour du manche du marteau. Puis, y insinuant une petite anse froide, on entraîne l'osselet par un mouvement de traction en bas et en dehors, on abat le mur de la logette avec une petite gouge,

(1) LUDWIG, De la carie de l'enclume et de son extraction (*Archiv für Ohrenh.*, Bd. XXXIX und XXX).

après avoir placé au delà de lui le protecteur de Stacke, qui prévient les échappées dangereuses. On peut encore recourir, pour cet abatage, à la pince spéciale qu'a fait construire Gellé (fig. 93). Le mur tombé

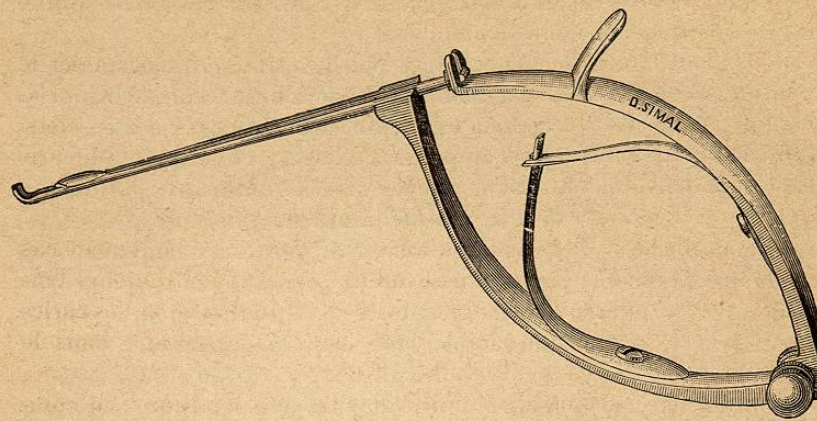


Fig. 93. — Pince pour abattre le mur de la logette (Gellé).

on est dans l'attique, d'où il est possible d'extraire l'enclume et où l'on peut curetter les parois. Inévitablement on lèse la corde du tympan. C'est sans gravité. On peut rendre l'opération plus complète en ouvrant, après l'attique, l'antre mastoïdien et l'aditus qui les fait communiquer.

Sur une première série de 33 cas, Stacke avait obtenu 19 guérisons.

VI

MALADIES DE LA TROMPE D'EUSTACHE

Pour examiner, à tour de rôle, les diverses affections de la trompe, je les répartirai en : *traumatiques, vitales, organiques* (1).

I. Traumatismes, corps étrangers. — La trompe peut être rompue dans les traumatismes graves qui atteignent la tête, par exemple dans les fractures du crâne, mais le traumatisme le plus habituel consiste dans sa déchirure par les divers instruments introduits dans son intérieur. La sonde d'Itard, entre les mains d'élèves

(1) DENNERT, *Deutsche Zeitschr. für prakt. Medicin*, 1878, n° 44. — WEBER-LIEL, Tympano-Koniathrose (*Congrès méd. intern.*, 1881). — URBANTSCHITSCH, *Wiener medic. Presse*, 1883, nos 1, 2, 3. — HARTMANN, *Mitth. in der Otol. Sektion der Naturf. Fribourg*, 1883. — MERCIÉ, *Trait. des rétrécissements de la tr.* par l'électrolyse (*Acad. de méd.*, 11 mars 1884). — CARL LAKER (de Grätz), *Arch. für Ohrenh.*, Bd. XXVIII, 3° livr. — MÉNIÈRE, *France méd.*, 2 avril 1889. — SUAREZ DE MENDOZA, Note sur le traitement galvanocautérique des obstructions de la trompe (*Soc. fr. d'otol.*, 1889). — VERDOS, *Revista de rinologia*, avril 1890.