

et finit par s'ouvrir une voie à travers la membrane du tympan. Le chirurgien doit toujours, s'il le peut, prévenir cette ouverture spontanée et mettre ici en pratique les règles de la chirurgie générale, c'est-à-dire donner issue au pus. Il résultera de cette conduite de grands avantages pour le malade : la douleur et les phénomènes sympathiques, quelquefois fort graves, qui accompagnent cette otite, disparaîtront souvent comme par enchantement ; on évitera les lésions que le séjour prolongé du pus peut faire éprouver au contenu de la caisse, ainsi que la propagation possible aux méninges et à l'encéphale, et l'on aura beaucoup plus de chances de voir la perforation s'oblitérer que si elle était le résultat d'une ulcération.

La paracentèse du tympan est encore pratiquée pour permettre l'accès direct des ondes sonores dans la caisse, lorsque la membrane épaissie ou altérée est incapable de vibrer ou de transmettre les vibrations au labyrinthe, ou bien lorsque la trompe d'Eustache est définitivement oblitérée. On peut alors obtenir des résultats remarquables, comme cela arriva à A. Cooper, mais à une condition, c'est que la caisse et les fenêtres du labyrinthe seront saines. Or, j'estime, pour mon compte, que ces cas sont de beaucoup les plus rares, quoi qu'en ait dit Bonnafont.

Il m'est arrivé plusieurs fois de faire la paracentèse pour diminuer l'intensité des bourdonnements qui causent parfois aux malades un véritable supplice, mais sans résultat bien sérieux. C'est que, pour obtenir un effet durable, il ne suffit pas de perforer le tympan, il faut encore maintenir l'ouverture faite à la membrane, ce qui est fort difficile à cause de son défaut d'élasticité. Je renvoie d'ailleurs aux traités spéciaux pour l'étude des divers procédés qui ont été mis en usage, tout en faisant remarquer cette chose, singulière en apparence, à savoir qu'il est très difficile de fermer une ouverture spontanée du tympan, et très difficile aussi de maintenir ouverte une incision chirurgicale, même en y interposant des corps étrangers.

Bien que la paracentèse du tympan ne me paraisse pas devoir donner souvent des résultats très satisfaisants, comme elle ne présente, en définitive, aucun danger, je ne vois pas d'inconvénient à la proposer au malade quand on a acquis la certitude que les moyens ordinaires de traitement sont inefficaces.

Les perforations spontanées du tympan, ai-je dit, ont peu de tendance à la réparation, qu'elles soient consécutives à une otite externe, à une myringite, ou, ce qui est de beaucoup le plus fréquent, à une otite moyenne aiguë ou chronique. Il est des malades (j'ai déjà signalé le fait) qui, arrivés à l'âge adulte, ne soupçonnent même pas qu'ils soient affectés de cette lésion ; elle date de l'enfance et n'amène qu'une diminution, en quelque sorte inappréciable, dans l'acuité auditive. Chez d'autres, au contraire, la perforation du tympan s'accompagne d'une dysécie presque complète. Je n'ai pas à discuter ici pourquoi cette différence entre les sujets. Je signalerai seulement un fait curieux qui a servi de point de départ à Toynbee pour imaginer son tympan artificiel. Il est des malades affectés de perforation du tympan avec surdité très prononcée, chez lesquels l'ouïe est immédiatement améliorée dans des proportions très notables par l'introduction dans le conduit auditif externe d'un petit cylindre d'ouate. J'en ai observé un exemple fort curieux sur une jeune fille anglaise, qui avait précisément reçu à Londres les soins de Toynbee. Cet auteur a imaginé de remplacer les cylindres d'ouate par une petite rondelle de caoutchouc ayant la