

une douleur spasmodique dans l'oreille et un vertige violent. Je dois me prononcer également *contre l'emploi* de cataplasmes chauds, parce que, si bien souvent ils apaisent momentanément la douleur, ils augmentent l'hyperhémie de l'organe auditif (v. TRÖLTSCH), et par suite l'inflammation et la douleur. En outre, comme l'action de la chaleur dans les inflammations ne fait que favoriser la formation du pus, il peut se développer une otite moyenne purulente perforative, et cela d'autant plus facilement que l'action de la chaleur ramollit la membrane du tympan enflammée, qui est amenée à céder à la pression de l'exsudat. Pour la même raison, *l'introduction des vapeurs chaudes dans le conduit auditif*, au moyen d'un entonnoir en papier, souvent employée surtout par le vulgaire, est à rejeter complètement, parce que l'action directe des vapeurs chaudes sur la membrane amène encore plus facilement que l'emploi des cataplasmes l'échappement au dehors de l'exsudat.

Au contraire, les compresses d'eau tiède sur la région de l'oreille se montrent très utiles. Une toile légère, en plusieurs doubles, de la grandeur du creux de la main, trempée dans de l'eau tiède ou dans un mélange d'eau tiède et de teinture d'opium (2 pour eau de fontaine 200), placée sur la région de l'oreille, recouverte de taffetas gommé, puis attachée avec un linge sec et changée trois ou quatre fois par jour, rend souvent de bons services. En outre, dans ma pratique, en cas de douleurs opiniâtres, et cela non seulement pour l'otite moyenne aiguë, mais pour toutes les affections inflammatoires douloureuses de l'oreille, j'obtiens les meilleurs résultats en faisant envelopper toute la tête avec un linge trempé dans de l'eau tiède, que l'on change toutes les deux ou trois heures.

Les instillations d'huiles et solutions narcotiques dans le conduit auditif, recommandées de différents côtés, apaisent bien parfois temporairement la douleur; mais je ne puis recommander leur emploi, parce que non seulement elles irritent la membrane du tympan, mais aussi elles la couvrent d'une couche de graisse, qui rancit et ne se détache que longtemps après. Je n'emploie les instillations d'eau tiède (bains d'oreille), recommandées par v. TRÖLTSCH et très efficaces, que lorsque l'exsudation a atteint un degré tel, que l'aspect de la membrane (coloration jaune-verdâtre au point le plus saillant du bombement livide) fait pressentir comme vraisemblable le passage à la forme perforative. Là, au contraire, où les symptômes n'atteignent pas cette intensité, leur emploi peut être désavantageux, parce que la macération de la membrane du tympan entraîne son ramollissement et sa rupture de dedans en dehors. Souvent la douleur est rapidement apaisée par l'introduction dans le méat d'un bourdonnet de coton de la grosseur d'une noisette, trempé dans de l'eau tiède, qu'on peut changer toutes les heures s'il en résulte du soulagement pour le malade.

Dans les inflammations de degré léger, qui sont accompagnées de douleurs modérées, non continuelles, les saignées locales et les compresses ne sont pas nécessaires; il suffit généralement, pour apaiser la douleur, de faire toutes les deux ou trois heures des *frictions narcotiques sur le pourtour de l'oreille*; des douleurs survenant par accès sont écartées le plus rapide-

ment en trempant une boulette de coton dans cinq ou six gouttes d'une huile narcotique¹, *fortement chauffée*, et l'introduisant dans l'ouverture externe de l'oreille. J'emploie en outre, pour apaiser rapidement les accès de douleurs, un mélange à parties égales d'huile d'olive et de chloroforme, dont vingt à trente gouttes sont versées sur un morceau de coton de la grandeur du creux de la main, avec lequel on couvre la région de l'oreille. Il faut éviter les frictions avec le mélange d'huile et de chloroforme, parce qu'elles provoquent parfois un eczéma aigu violent sur la région externe de l'oreille.

A côté de cette médication locale pour combattre les douleurs, il ne faut pas négliger un certain *régime diététique* pendant le cours de la maladie. Par un temps froid, humide, orageux, qui provoque, comme le montre l'expérience, des rechutes intenses, et d'une façon générale dans la saison froide, il faut recommander au malade de ne pas quitter la chambre, tant que les symptômes de réaction n'ont pas complètement disparu. Si l'inflammation est accompagnée de *mouvements fébriles*, il convient de *faire garder le lit au malade*, parce que la transpiration provoquée par la chaleur uniforme du lit, non seulement améliore l'état général, mais aussi fait disparaître plus vite la douleur. Pour amener la transpiration, on fait boire une tasse de thé, une infusion de tilleul, dont l'action est activée par l'addition d'une cuillerée d'esprit de Mindererus (infusion de fleurs de tilleul 10,0; eau distillée 150,0; esprit de Mindererus 5,0; sirop d'écorce d'oranges 40,0; deux cuillerées à bouche toutes les heures dans la nuit). En outre, pendant la période de réaction, si la température est surélevée et le pouls fréquent, une restriction de la diète est indiquée; il faut éviter surtout les boissons alcooliques qui augmentent l'hyperhémie du côté de la tête, et le tabac à fumer qui irrite la muqueuse du pharynx et de la trompe. Quand il y a une angine catarrhale, il est bon d'employer des gargarismes astringents (décoction de guimauve avec alun et addition de teinture d'opium). A la suite de bains complets chauds, recommandés ailleurs, j'ai observé à plusieurs reprises un accroissement de la douleur.

Nous arrivons maintenant au *traitement des altérations de l'ouïe qui se produisent dans le cours de l'otite moyenne aiguë*; nous allons nous occuper d'abord de l'emploi des insufflations d'air dans l'oreille moyenne. J'ai déjà noté plus haut qu'au début de l'inflammation, à côté d'une forte congestion et de violents symptômes d'irritation, l'altération de l'ouïe n'est souvent que légère; souvent la dureté d'ouïe n'augmente rapidement que lorsque les symptômes de réaction diminuent, en partie par suite de l'exsudation qui se produit alors, en partie à cause des modifications de tension qu'entraîne avec elle l'obstruction du canal de la trompe. Au début de la maladie, il n'y a donc pas indication pour les insufflations d'air dans la caisse du tympan. Aussi je ne puis pas me ranger à l'avis de v. TRÖLTSCH, de procéder aussitôt que possible aux insufflations d'air dans cette forme

¹ Huile d'olive 10,0. — Acétate de morphine 0,2. — Huile de jusquiame 10,0. — Extrait aqueux de laudanum 0,8.

d'inflammation, parce que, d'après l'expérience, pendant la période de réaction, l'accroissement subit de la pression de l'air dans la caisse, tel qu'il résulte de l'éternuement, de l'action de se moucher, de l'éruclation, augmente en général la douleur et l'irritation. Mais cela n'est vrai que pour la période de début de l'inflammation, et non pour la période ultérieure de sécrétion. En me basant sur mon expérience personnelle, je puis dire qu'*aussi longtemps qu'une forte douleur existe dans l'oreille, il n'y a pas à pratiquer la douche d'air, et que c'est seulement après la cessation des symptômes de réaction et lorsque l'ouïe commence à diminuer rapidement, que les insufflations d'air dans l'oreille moyenne sont indiquées*, pour rétablir la perméabilité de la trompe et amener le départ ou la résorption de l'exsudat excrété. Dans le cas seulement où, dès les premières heures, il survient une forte dureté d'oreille par suite d'exsudation rapide, on peut faire, dès les premiers jours, de faibles insufflations d'air avec la bouche, et l'on observe parfois à leur suite une diminution des douleurs.

Quant à la méthode à employer pour pratiquer la douche d'air, je dois me prononcer, pour des raisons déjà données (p. 146), *contre l'emploi de l'expérience de Valsalva*, d'autant plus que la résistance dans le canal de la trompe ne peut que rarement être surmontée dans cette expérience, par suite de l'engorgement aigu de sa muqueuse, et qu'en outre l'arrêt produit par l'effort de l'expiration dans les vaisseaux de la tête peut accroître l'hyperhémie existante et l'inflammation de l'oreille moyenne.

Dans le plus grand nombre des cas d'otite moyenne aiguë soumis au traitement, *la résorption de l'exsudat excrété, l'amélioration et le rétablissement complet de l'audition sont obtenus par la douche d'air d'après mon procédé*, quand il n'y avait pas déjà, avant la production de l'inflammation, des altérations de l'oreille moyenne, et quand la guérison n'est pas entravée par les causes signalées plus haut. Dans des cas excessivement rares, il est nécessaire d'avoir recours au cathétérisme pour rétablir la perméabilité de la trompe, lorsque la résistance résultant de son engorgement est si considérable que mon procédé n'est pas suffisant pour surmonter l'obstacle. Là au contraire où, par l'emploi de mon procédé, l'air peut être poussé dans la caisse avec une force suffisante, *l'emploi du cathéter est contre-indiqué*, parce que le contact direct de l'instrument avec la muqueuse enflammée augmente l'enflure, et l'irritation mécanique de la trompe se propage vers la caisse, où elle surexcite le processus inflammatoire.

Il est important de fixer *la force de pression du courant d'air à employer* par mon procédé dans cette forme d'inflammation. Comme, ainsi qu'il a été dit, un accroissement subit de pression dans la caisse peut augmenter la réaction, on n'emploiera, surtout au début du traitement local, que de faibles courants d'air. Dans un travail antérieur (*Wien. med. Wochenschr.*, 1869), je me suis déjà exprimé dans ce sens : « En outre, je me sers encore des insufflations d'air avec la bouche dans les catarrhes aigus de la caisse, quand les symptômes inflammatoires, particulièrement la douleur, ont diminué et que l'audition, peu amoindrie au début de l'affection, décroît laors beaucoup par suite de l'exsudation. A ce moment, des courants d'air

pénétrant dans la caisse avec une forte pression ne sont pas indiqués, parce que les tiraillements que fait subir à la membrane tympanique un fort courant d'air ramènent parfois les phénomènes inflammatoires déjà disparus »¹. Mon expérience ultérieure a peu modifié mes vues à ce sujet, bien que j'admette maintenant que la douleur qui résulte dans l'oreille de fortes douches d'air ne soit pas toujours accompagnée d'une augmentation de l'inflammation.

Peu de temps après la cessation de la douleur, il convient donc de faire les insufflations d'air, soit avec la bouche, soit avec le ballon, en n'employant à sa compression que successivement deux doigts, puis trois, quatre, cinq, de façon à n'augmenter que peu à peu la pression (ZAUHAL). Chez les enfants, il suffit souvent de la simple insufflation de l'air dans le nez (SCHWARTZE) ou de la modification de mon procédé que j'ai proposée et qui consiste à remplacer l'acte de déglutition par la prononciation d'un mot de plusieurs syllabes : KÖNIG, VAARIX, pour obtenir la fermeture du palais. Quand la trompe est faiblement engorgée, on peut obtenir aussi chez l'adulte, par cette modification, la pénétration de l'air par la trompe. Mais, en cas de fort gonflement de la trompe et d'accumulation copieuse d'exsudat dans la caisse, cette modification n'est souvent pas suffisante, même chez les enfants, et l'air ne pénètre dans la caisse avec assez de force que par l'acte de déglutition; il produit alors une amélioration éclatante de l'ouïe, qui n'était pas obtenue pendant la phonation. D'après HARTMANN, mon procédé avec une faible pression est la forme la plus douce de la douche d'air, et dans l'otite moyenne aiguë, quand la trompe n'est que légèrement enflée, on réussit déjà avec une pression très faible, qui peut être mesurée exactement par l'appareil de compression d'HARTMANN, à faire pénétrer l'air dans la caisse. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XIII, p. 10.)

Des injections de solutions médicamenteuses par la trompe dans la caisse sont, d'après mon expérience, nuisibles dans cette forme d'inflammation: non seulement elles retardent la diminution de l'inflammation mais elles causent fréquemment une aggravation du processus inflammatoire.

L'amélioration de l'ouïe, souvent éclatante, que l'on observe immédiatement après la première douche d'air, se trouve en partie perdue le jour suivant, si la sécrétion persiste sans se ralentir. Ce n'est que lorsque l'augmentation de la distance de l'audition, obtenue après la douche d'air, reste à peu près constante au bout de vingt-quatre heures, et même augmente encore, comme cela se voit quelquefois, que l'on est autorisé à conclure que l'exsudation est entrée décidément dans la période de décroissance; tandis que dans les premiers temps on pratiquait tous les jours la douche d'air, à partir du moment où l'amélioration de l'ouïe persiste mon procédé n'est plus employé que tous les deux jours, plus tard seulement tous les trois jours, enfin pendant quelque temps encore une fois par semaine, et l'on ne s'arrête

¹ J'ai cité ici textuellement cette opinion, exprimée par moi il y a déjà neuf ans, parce que, dans ces derniers temps, on a publié exactement la même comme étant nouvelle et en opposition prétendue avec mes idées.

que lorsque l'épreuve de l'ouïe a fait constater le retour complet de l'audition normale. Mais l'action des douches d'air n'a pas seulement pour effet d'écarter l'altération de l'ouïe ; les autres symptômes subjectifs, lourdeur et plénitude dans l'oreille, bruits subjectifs, embarras de la tête, disparaissent aussi, tantôt plus rapidement, tantôt plus lentement ; parfois, même après le retour complet à l'état normal, il reste encore longtemps un claquement pénible dans l'oreille pendant la déglutition.

Enfin je dois ajouter encore quelques mots touchant la *paracentèse de la membrane du tympan*, proposée de divers côtés dans les otites moyennes douloureuses, accompagnées de rougeur et d'engorgement de la membrane. D'après mon expérience, je suis obligé de me prononcer contre la pratique fréquente de cette opération dans cette forme d'otite moyenne, parce que j'ai observé à diverses reprises, en cas d'*affection bilatérale*, à la suite de la paracentèse de la membrane d'une seule oreille, la production d'un écoulement muqueux purulent prolongé, tandis que l'oreille non paracentésée guérissait beaucoup plus vite, avec rétablissement complet de l'ouïe, par les douches d'air d'après mon procédé. — La paracentèse ne serait à recommander¹ que dans le cas où l'exploration de la membrane du tympan fait pressentir une rupture, en cas, par conséquent, de coloration vert-jaune de la partie la plus saillante de la membrane ; en outre, quand la membrane du tympan présente une tumeur rouge livide, et que la douleur atteint un degré élevé et ne peut être éloignée par aucune des mesures thérapeutiques indiquées précédemment. Après l'incision, il y a souvent diminution subite de la sensibilité douloureuse ; fréquemment, il est vrai, elle reparait bientôt avec sa violence première, mais dans d'autres cas elle est écartée d'une manière durable. Si l'on incise seulement le derme enflé, il y a un léger écoulement séro-sanguin, et les jours suivants une sécrétion modérée d'exsudat purulent sur la membrane du tympan ; après sa disparition, qui a lieu rapidement, la membrane présente une desquamation de plaques épidermiques sèches. Rarement j'ai vu l'incision n'être suivie d'aucune suppuration de la membrane du tympan. Si toutes les couches de la membrane ont été traversées, il s'établit bientôt un écoulement mucopurulent ou purulent, et l'exsudat se laisse chasser de la caisse dans le conduit auditif à travers l'ouverture de la paracentèse au moyen d'une douche d'air. Dans le cas seulement où l'exsudat est visqueux, on ne le voit pas sortir après la paracentèse, et la douche d'air qui, en pareil cas, réussit en général difficilement, n'amène pas non plus de sécrétion à travers l'ouverture de l'incision jusqu'à ce que, au bout d'un jour ou deux, l'exsudat se soit fluidifié. Je dois noter encore les résultats défavorables de la paracentèse chez les individus scrophuleux, affaiblis, chez qui, d'après mon expérience, il se développe souvent après l'opération une otite moyenne chronique prolongée avec ses conséquences.

¹ La technique de la paracentèse de la membrane du tympan sera traitée avec détails dans le chapitre suivant, à propos du traitement de l'accumulation d'exsudats séro-muqueux.

II. — CATARRHES DE L'OREILLE MOYENNE

(Otite moyenne catarrhale)

I

Les affections inflammatoires que nous réunissons, au point de vue clinique, sous le nom de catarrhes de l'oreille moyenne, sont caractérisées anatomiquement par une hyperhémie plus ou moins prononcée, un gonflement et une infiltration de la muqueuse de l'oreille moyenne, et par l'épanchement dans la cavité tympanique d'un exsudat clair, séreux, ou d'un exsudat visqueux, muqueux, se tirant en fils. Elles se développent généralement sans symptômes prononcés de réaction et sans solution de continuité de la membrane du tympan, et aboutissent à la guérison par le départ des modifications produites¹, ou donnent lieu au développement de produits permanents d'inflammation, qui amènent la rigidité des articulations des osselets, des adhésions anormales et la fixation des osselets, avec altération permanente de l'ouïe. Au point de vue pratique, spécialement à cause de la différence des mesures thérapeutiques à employer, je regarde comme indiqué de décrire d'abord les catarrhes accompagnés de sécrétion et engorgement visibles, et de les faire suivre de la description des processus adhésifs qui se développent, soit à la suite des catarrhes que nous venons de nommer, soit d'une manière indépendante.

Les catarrhes de l'oreille moyenne, avec excrétion d'*exsudat séreux* ou *muqueux*, se développent à la suite d'influences atmosphériques, puis dans le catarrhe épidémique, les exanthèmes aigus, la syphilis ; mais le plus souvent ils sont dus à l'*extension de catarrhes aigus ou chroniques de l'espace naso-pharyngien*.

L'exsudation dans la cavité de l'oreille moyenne provient en première ligne du processus inflammatoire de la muqueuse ; mais comme ces catarrhes sont toujours accompagnés d'un gonflement plus ou moins considérable de la muqueuse de la trompe, il est certain que l'exsudation est fortement favorisée par l'obstruction qui en résulte et par la raréfaction consécutive de l'air dans la caisse. Que des transsudations séreuses puissent résulter de l'imperméabilité du canal de la trompe (hydrops ex vacuo, ZAUFAL), je l'ai déjà indi-

¹ Par « susceptibles de départ » (*rückbildungsfähig*), nous ne voulons désigner ici que les modifications qui altèrent la vibratilité de l'appareil de transmission du son. L'expérience journalière montre assez qu'à la suite de catarrhes guéris, avec restitution complète de l'audition, souvent les modifications de la membrane du tympan ne disparaissent pas, mais qu'il reste des opacités, des taches calcaires, des amincissements partiels. Dans plusieurs cas examinés dans les salles de l'hôpital général, où l'audition était normale avec de fortes altérations de transparence de la membrane du tympan, j'ai trouvé après la mort, sur le promontoire et dans le voisinage de l'ouverture tympanique de la trompe, des opacités tendineuses circonscrites à la muqueuse, résidus évidents de catarrhes antérieurs, mais en des points où ces modifications pathologiques ne pouvaient gêner la transmission du son.