

ARTICLE II

MALADIES DE LA CAISSE DU TYMPAN

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA CAISSE

Les blessures de la caisse du tympan peuvent être produites par causes directes ou par causes indirectes. Des instruments pénétrant par le conduit auditif peuvent déchirer la membrane du tympan et pénétrer dans la caisse. Ils déterminent des solutions de continuité de ses parois, des fractures et des disjonctions des osselets. Magnus a même diagnostiqué la blessure de la corde du tympan, aux sensations de froid ou de chatouillement accusées par le malade dans le côté correspondant de la langue.

Les lésions de la caisse pour causes indirectes coïncident le plus souvent avec des fractures du rocher. Dans quelques cas, malgré la lésion de la caisse, la membrane du tympan reste intacte. Enfin on a observé des fractures isolées de la base de l'étrier (Fédi et Hagen), qui, donnant naissance à un écoulement séreux par l'oreille, ont pu simuler une fracture du rocher.

Ces divers traumatismes occasionnent des épanchements sanguins dans l'intérieur de la caisse. Si la membrane du tympan a été rompue, le sang s'écoule par le conduit auditif externe, et même par la trompe d'Eustache. Lorsque le tympan est intact, le sang s'accumule dans l'oreille moyenne, en donnant lieu à de la surdité, à des bourdonnements et à des douleurs. L'épanchement sanguin peut être reconnu à travers la membrane du tympan qui a perdu sa transparence. Quelquefois il se fait jour au dehors par ulcération de cette membrane.

Les instruments qui ont déterminé la blessure de l'oreille moyenne peuvent se rompre dans son intérieur. De plus, les corps étrangers du conduit auditif externe peuvent pénétrer dans cet espace, après avoir déterminé l'ulcération de la membrane du tympan. Quelquefois cette pénétration est la conséquence de tentatives d'extraction mal dirigées. Enfin, on a vu exceptionnellement des corps étrangers s'intro-

duire dans la caisse en passant par la trompe d'Eustache. Schalle (de Hambourg) a vu un éclat de caoutchouc provenant d'une seringue qui avait servi à pratiquer des douches nasales pénétrer dans l'oreille moyenne. Urbantschitsch a rapporté le cas d'une femme chez laquelle un épi d'avoine avait pénétré dans la trompe, et de là, dans la caisse. Il en fut expulsé à travers une perforation du tympan, suite d'otite moyenne suppurée.

Il est rare que les corps étrangers de la caisse soient bien supportés. Ils occasionnent le plus souvent une inflammation violente, et même des phénomènes cérébraux de voisinage qui peuvent amener une terminaison mortelle.

Le traitement des lésions traumatiques de la caisse doit consister à débarrasser cette cavité par des injections faites avec douceur du sang qui y est contenu, lorsque la membrane du tympan est perforée. Si cette dernière membrane est intacte, et que le diagnostic puisse être établi, le chirurgien devra, par une perforation du tympan, donner issue au sang épanché.

Quant aux corps étrangers, leur ablation s'impose comme une nécessité. Les injections parviendraient quelquefois à les faire sortir. Mais dans les cas de corps étrangers anciens, elles restent souvent impuissantes. C'est alors à l'aide d'instruments divers, pinces, curettes, prudemment dirigés, que l'extirpation doit être entreprise. Si la perforation existant sur le tympan est insuffisante, il ne faudra pas hésiter à débrider cette membrane pour favoriser l'extraction. Dans tous les cas, il faudra s'efforcer de protéger la caisse contre l'inflammation consécutive, en introduisant dans le conduit auditif un tampon d'ouate.

II

INFLAMMATION (OTITES MOYENNES)

Les inflammations de l'oreille moyenne sont d'une extrême fréquence et d'une haute gravité. Dans un grand nombre de cas, elles entraînent la surdité : elles peuvent même, par les complications auxquelles elles donnent lieu, amener une terminaison mortelle. Elles méritent donc toute l'attention du chirurgien.

Comme le fait observer M. Duplay, l'inflammation peut envahir à

la fois toutes les parties constituantes de l'oreille moyenne, caisse, trompe d'Eustache, cellules mastoïdiennes; mais c'est surtout la trompe dont l'inflammation coïncide avec celle de la caisse du tympan; et cela se comprend, car, dans un très grand nombre de cas, l'inflammation se propageant de l'arrière-cavité des fosses nasales à l'oreille moyenne, suit le conduit tubaire.

L'otite moyenne présente un grand nombre de variétés. Toutefois les diverses formes qui ont été décrites peuvent toutes rentrer dans les deux groupes suivants : 1^o l'otite moyenne aiguë; 2^o l'otite moyenne chronique, à laquelle nous rattacherons les graves complications qui peuvent se montrer dans le cours des suppurations de la caisse.

1^o OTITE MOYENNE AIGÜE. — CATARRHE DE LA CAISSE ET DE LA TROMPE

Étiologie. — L'otite moyenne aiguë peut se montrer à tout âge; mais elle est surtout fréquente dans l'enfance et dans l'adolescence, où se rencontrent de préférence les diverses causes générales qui lui donnent naissance. Une variété particulièrement intéressante est celle qu'on rencontre chez les nouveau-nés. Déjà signalée par Duverney, elle a été l'objet d'un grand nombre de travaux, notamment ceux de Trœltsch, de Schwartze, de Wreden, et, en France, ceux de Parrot, de Baréty et Renaut. La fréquence de l'otite moyenne, au moment de la naissance, s'explique par les conditions particulières dans lesquelles se trouve à ce moment l'organe de l'ouïe. Chez le fœtus, la caisse du tympan, comme le poumon, ne renferme pas d'air; elle est remplie par un bourrelet muqueux, gélatineux, formé de tissu embryonnaire. Au moment de la naissance, ce bourrelet se résorbe et l'air pénètre par la trompe dans l'oreille moyenne. La caisse, à cette période de la vie, est donc le siège d'un mouvement de nutrition et de développement extrêmement actif, qui rend compte de la fréquence de son inflammation. Ce n'est là d'ailleurs qu'une cause prédisposante. D'autres conditions interviennent, telles que l'état de misère physiologique auquel le professeur Parrot a donné le nom d'athrepsie, et les affections des voies respiratoires. Ces dernières agiraient, soit en déterminant une inflammation par propagation, comme le veut Wreden, soit, d'après Baréty et Renaut, en rendant difficile le renouvellement d'air dans la caisse.

Quant aux autres variétés d'otite moyenne aiguë, on peut poser en principe que la grande cause qui leur donne naissance, c'est la propagation de l'inflammation par la trompe d'Eustache, de la cavité naso-pharyngienne à la caisse du tympan. De là l'importance énorme sur le développement des maladies de l'oreille, de l'inflammation de l'arrière-cavité des fosses nasales ou catarrhe naso-pharyngien. Cette inflammation, et la propagation qui en est la conséquence, peuvent, du reste, se montrer dans un grand nombre de circonstances diverses.

L'impression du froid chez les sujets rhumatisants peut lui donner naissance. Ce catarrhe aigu de la caisse est très fréquent au printemps et à l'automne. M. Duplay lui donne le nom d'otite rhumatismale. On l'a vue précéder les douleurs des jointures ou alterner avec elles. L'angine et le coryza aigus peuvent se compliquer d'otite moyenne aiguë. De même, l'inflammation de la cavité naso-pharyngienne, dans un grand nombre de maladies générales, détermine le catarrhe aigu de la caisse. Cette complication est extrêmement fréquente dans la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, l'érysipèle. Les recherches bactériologiques modernes, principalement celles de Netter et de Zaufal, ont démontré que, dans ces différentes otites, on rencontrait des microbes de natures diverses; le streptocoque, le pneumocoque, les staphylocoques pyogènes, le bacille encapsulé de Friedlander.

Les affections spécifiques de la cavité naso-pharyngienne peuvent également se propager à l'oreille moyenne; de ce nombre sont les affections syphilitiques, la diphthérie, la tuberculose. Wreden a démontré l'existence d'une véritable otite moyenne diphthérique, succédant à la diphthérie du pharynx et des fosses nasales. On connaît la fréquence très grande des inflammations du pharynx chez les tuberculeux; on comprend dès lors aisément la propagation de cette inflammation à la trompe, et de là à la caisse, sous forme d'otite moyenne aiguë.

À côté de cette propagation de l'inflammation du pharynx à l'oreille moyenne, il faut citer celle qui se fait de l'oreille externe à la caisse du tympan; surtout dans les cas où la membrane tympanique a pris part à l'inflammation, et, à plus forte raison encore, si elle a été perforée.

Les traumatismes de la caisse, les fractures de ses parois, les

épanchements sanguins, les corps étrangers, les blessures de la membrane du tympan, peuvent aussi donner naissance à l'otite moyenne. Enfin celle-ci peut, dans des cas plus rares, être primitive et se développer sous l'influence d'une des causes générales que nous avons précédemment invoquées pour l'inflammation propagée du pharynx à l'oreille moyenne. Ladreit de Lacharrière cite encore, comme causes possibles du catarrhe de l'oreille moyenne, l'albuminurie et le diabète.

Anatomie pathologique. — Elle est assez difficile à présenter ; car souvent l'examen n'a été pratiqué que dans des cas où la suppuration avait amené de grands délabrements. On peut se servir des recherches faites sur l'otite moyenne des nouveau-nés par Wreden, Parrot, Baréty et Renaut, et Kutschariantz. Ces auteurs ont trouvé une inflammation catarrhale intense de la caisse, caractérisée par la présence dans son intérieur d'une masse gélatineuse se moulant sur ses anfractuosités et englobant les osselets. A une période plus avancée, on trouve du pus liquide ou concret. Un fait qui semble plus particulier à cette variété d'otite, c'est que la membrane du tympan reste presque toujours intacte.

Dans l'otite moyenne aiguë des adultes, on peut admettre que le premier degré de l'affection consiste dans l'injection et le gonflement de la muqueuse. On comprend que du côté de la trompe d'Eustache, le premier effet de ce boursofflement muqueux soit l'oblitération de ce fin conduit, et, par suite, la suppression de la communication normale entre la caisse et le pharynx. De là, l'impossibilité pour l'air de pénétrer dans l'oreille, et pour les liquides sécrétés dans la caisse, de trouver une issue au dehors.

L'inflammation aiguë de la caisse détermine bientôt une sécrétion anormale ; et, sous ce rapport, la membrane qui la tapisse se comporte comme une véritable séreuse. Tantôt elle donne naissance à une sérosité liquide, tantôt elle se recouvre d'exsudats plastiques, qui, sous forme de brides, traversent la caisse, relient la tête de l'étrier au promontoire, la longue branche de l'enclume à la paroi labyrinthique, etc. Des brides analogues peuvent exister dans la trompe, et Toynbee a rapporté des cas dans lesquels des bandelettes pseudo-membraneuses reliaient une des parois de la trompe à celle du côté opposé.

Le liquide sécrété dans la simple inflammation catarrhale est

séreux, séro-muqueux, séro-sanguinolent ; il peut remplir entièrement la caisse, la trompe et les cellules mastoïdiennes. Dans les cas plus aigus, ce liquide prend les caractères du muco-pus et même du pus véritable, et des lésions plus profondes ne tardant pas à se produire. La membrane du tympan se perfore ; elle est quelquefois détruite presque en totalité ; les osselets de l'ouïe sont éliminés, sauf cependant l'étrier, qui reste habituellement en place et protège l'oreille interne. Quelquefois cependant cet osselet peut être éliminé à son tour, la membrane des fenêtres ronde et ovale est détruite, et l'inflammation se propage à l'oreille interne.

Dans certains cas même, la muqueuse de la caisse est ramollie et détruite par la suppuration, et les parois osseuses sont mises à nu. Wreden a décrit cette forme sous le nom d'otite gangréneuse.

Enfin, M. Duplay a appelé l'attention sur une variété d'otite moyenne à laquelle il a donné le nom d'otite périostite. Dans cette forme, l'inflammation débute par la caisse, mais elle ne tarde pas à se propager au conduit auditif, après destruction de la membrane du tympan. L'inflammation peut même gagner les parties osseuses voisines, apophyse mastoïde et écaille du temporal, dont le périoste est décollé.

Symptômes. — A l'exemple de M. Duplay, nous étudierons ici : 1^o l'inflammation simple, non suppurative de la caisse ; 2^o l'inflammation suppurative, otite moyenne purulente aiguë ; 3^o la périostite aiguë de la caisse.

1^{er} degré. — **Otite moyenne aiguë non suppurative.** — Décrite aussi sous le nom de catarrhe aigu, l'inflammation simple, non suppurative, de l'oreille moyenne donne lieu à des symptômes variables suivant l'intensité de l'inflammation. Si tout se borne à une congestion peu marquée de la muqueuse, le malade se plaint seulement d'une sensation de plénitude et de tension du côté de l'oreille ; il a des bourdonnements et une diminution de l'ouïe, mais pas de douleurs véritables. L'inflammation est-elle au contraire plus prononcée, elle détermine des souffrances très vives. D'après Politzer, ces souffrances revêtent le caractère d'accès intermittents, qui se reproduisent surtout le soir et pendant la nuit. Ces douleurs ne sont pas limitées à l'oreille même, elles s'irradient vers les parties voisines du crâne et de la région cervicale ; elles ont pu même affecter la forme de névralgies dentaires. Ces phénomènes douloureux peuvent s'accom-

pagner de troubles nerveux divers, vomissements, agitation, délire, capables d'induire en erreur et de faire croire à une méningite, surtout chez les enfants.

L'otite moyenne aiguë s'accompagne habituellement de sensations subjectives variées de l'ouïe, sifflements, bouillonnements, bourdonnements, etc. Ces bruits présentent souvent le caractère pulsatile, et cessent momentanément par la compression de la carotide. Politzer a montré qu'à cette sensation de pulsation correspond parfois un mouvement pulsatif visible sur la membrane du tympan non perforée. Un symptôme très gênant pour le malade, c'est la résonance de sa propre voix, comparable à celle qu'on perçoit à l'état normal, quand on parle en obturant avec le doigt le conduit auditif.

Au début, lorsqu'il n'y a qu'une hyperémie de la muqueuse, la surdité est généralement peu marquée; plus tard, lorsque l'exsudation se produit, la perte de l'ouïe est beaucoup plus complète. La perception des sons transmis par les os du crâne, dont on s'assure en mettant une montre en contact avec la région temporale, indique en général l'intégrité du nerf auditif.

Le conduit auditif externe peut être complètement sain; mais, dans les cas d'inflammation très violente, la partie profonde de ce conduit présente une rougeur marquée qui se continue avec celle de la membrane du tympan. Cette dernière présente une vascularisation surtout prononcée à la périphérie, dans le voisinage de la courte apophyse et le long du manche du marteau. Dans d'autres cas, l'injection est étendue à toute la surface de la membrane tympanique, et l'éclat de sa couche externe lui donne, d'après Politzer, l'aspect d'une plaque de cuivre brillant. Mais cette apparence n'est pas de longue durée; l'infiltration plastique des lames de la membrane du tympan lui fait perdre, en effet, son aspect brillant et voile le manche du marteau.

L'infiltration du tympan est quelquefois limitée au segment postéro-supérieur de cette membrane, qui forme alors une tumeur bosselée et rougeâtre, faisant saillie dans le conduit auditif, et tranchant par son aspect sur le reste de la membrane qui se trouve sur un plan plus reculé et conserve son aspect brillant. Dans d'autres cas, les bosselures qu'on observe sur la face externe du tympan ne tiennent plus à des épaissements de cette membrane, mais à son refoulement par le liquide contenu dans la caisse. C'est encore sur

la partie postéro-supérieure du tympan qu'on observe ces sortes d'ampoules ou de sacs communiquant avec l'oreille moyenne; Politzer dit les avoir rencontrés plus souvent chez les adultes que chez les enfants. Ils peuvent disparaître complètement sans laisser de traces, ou bien amener un amincissement persistant de la membrane du tympan.

Pendant la période aiguë de l'inflammation, l'exploration de la trompe d'Eustache ne peut être pratiquée, car elle déterminerait de vives douleurs. Plus tard, les insufflations d'air par les différents procédés de Toynbee, de Valsalva, de Politzer, le cathétérisme, permettent de constater l'obstruction de la trompe.

L'otite moyenne aiguë peut se terminer par résolution; sa durée varie beaucoup suivant l'intensité de l'inflammation et l'état général du sujet. Dans les cas ordinaires, elle peut être évaluée à deux à trois semaines. Lorsqu'elle survient dans le cours d'exanthèmes aigus, à la suite de la fièvre typhoïde, chez des individus cachectiques, chez des tuberculeux, elle prend une marche beaucoup plus traînante; la résolution ne se fait pas complètement, de nombreuses récidives se produisent. Il peut enfin se faire que le catarrhe aigu passe à l'état chronique. Dans des cas plus défavorables encore, l'inflammation s'exaspère et prend la forme d'otite moyenne aiguë purulente, amenant la perforation de la membrane du tympan. Même dans les cas les plus simples, M. Duplay pense que l'otite moyenne aiguë laisse toujours après elle une légère diminution de l'ouïe.

2^e degré. — **Inflammation suppurative; otite moyenne purulente aiguë.** — Lorsque l'inflammation revêt la forme suppurative, les symptômes s'exagèrent; les douleurs surtout sont beaucoup plus violentes. Chez les enfants, elles atteignent une intensité si grande, s'accompagnant de fièvre et de symptômes cérébraux, qu'on est exposé à croire à l'existence d'une méningite. Aussi Troeltsch recommande-t-il, dans la pratique infantile, de ne jamais négliger, quand on se trouve en présence d'accidents cérébraux avec fièvre, d'examiner avec soin l'oreille.

La membrane du tympan présente une rougeur uniforme; le manche du marteau est caché par le gonflement de la couche cutanée. En général, la portion cartilagineuse du conduit auditif n'est pas atteinte. Le conduit auditif osseux, au contraire, présente

une rougeur et un gonflement considérables, qui se continuent sans ligne de démarcation avec la tuméfaction et la rougeur de la membrane du tympan. Lorsque l'inflammation est très violente, et chez les enfants surtout, le gonflement s'étend parfois au conduit cartilagineux, à toute la région externe de l'oreille et à l'apophyse mastoïde.

Bientôt la courbure de la membrane du tympan est altérée; au lieu de présenter, comme à l'état normal, une concavité externe, elle a au contraire sa convexité tournée en dehors. Cela tient à la fois à la production d'un exsudat entre les couches de cette membrane et à l'accumulation de liquide dans la caisse qui repousse en dehors la membrane tympanique. Le gonflement est surtout marqué sur le segment postérieur de la membrane qui affecte la forme d'un véritable abcès d'une coloration rouge livide, présentant quelquefois à son centre un point plus saillant, jaune verdâtre, par lequel se fera la perforation. Celle-ci se produit en général dans les parties de la membrane intermédiaires au manche du marteau et à l'anneau tendineux, rarement à la périphérie ou tout à fait contre le manche du marteau.

Généralement la perforation du tympan s'accompagne d'une brusque détente dans tous les symptômes; en même temps que les douleurs cessent, un écoulement purulent s'établit par le conduit auditif. Après la perforation, l'état des parties est bien modifié: le conduit auditif est gonflé, suppurant. La membrane du tympan elle-même est recouverte d'un exsudat purulent; la tuméfaction qu'elle présentait s'est affaïssée. La perforation se montre quelquefois sous forme d'un point noir, au niveau duquel proémine, soit une bulle d'air, soit une gouttelette de pus animée de mouvements pulsatiles.

Il est une forme spéciale de perforation assez rare sur laquelle Politzer appelle particulièrement l'attention, c'est celle dans laquelle l'ouverture siège à la pointe d'une saillie en forme de mamelon. La présence d'une gouttelette de pus au sommet du cône indique la place de la perforation. L'auteur a remarqué que, dans cette forme de perforation, souvent combinée à l'inflammation de l'apophyse mastoïde, la suppuration de la caisse a toujours une marche opiniâtre. En effet, l'air poussé dans la caisse par l'expérience de Valsalva ne passe pas à travers l'ouverture, il chasse seulement devant lui une certaine quantité de pus et augmente le volume de la gouttelette purulente appendue à l'orifice. C'est sans doute à l'écoulement insuf-

fisant du pus qu'est due la persistance de l'inflammation dans cette forme de perforation.

Exceptionnellement la membrane du tympan épaissie par un processus pathologique antérieur résiste; la perforation ne se produit pas et le pus s'écoule par la trompe d'Eustache. Mais ce dernier conduit peut être lui-même oblitéré, et, dans ce cas, la rétention du pus dans la caisse peut être l'origine de graves complications.

Les terminaisons de l'otite moyenne purulente aiguë sont très variables. Dans les cas les plus favorables, la suppuration, après s'être prolongée pendant trois à quatre semaines, se tarit, la perforation du tympan se répare et la guérison survient, avec restitution complète de la fonction auditive. D'autres fois, au contraire, des adhérences se sont formées entre la membrane du tympan, les osselets et les parois de la caisse; il en résulte une altération persistante de l'ouïe. Dans des cas plus malheureux encore, la membrane du tympan a été en grande partie détruite, les osselets ont été expulsés au dehors, des lésions graves se sont produites du côté de l'oreille interne. Il en résulte une surdité complète. Enfin, comme conséquence de la suppuration avec perforation du tympan, ou même sans perforation, et par suite de la rétention du pus que nous avons précédemment signalée, on peut voir survenir de graves complications. Ce sont l'inflammation de l'apophyse mastoïde, la méningo-encéphalite, l'ulcération de la carotide interne, la thrombose des sinus et l'infection purulente. Ces redoutables complications peuvent entraîner une issue funeste. Nous ne faisons que les signaler ici. Nous y reviendrons à propos de l'otite chronique purulente à laquelle elles sont plus particulièrement liées.

Signalons, comme dernier mode possible de terminaison, le passage de la suppuration à l'état chronique.

3^e degré. — Périostite aiguë de la caisse; otite périostique. — Sous le nom d'otite périostique, M. Duplay désigne une variété d'otite moyenne aiguë, qui atteint les parois osseuses même de la caisse, et qui se présente comme complication dans le cours d'une ancienne otite chronique. Nous reproduisons ici la description de cet auteur.

Dans cette forme, les douleurs sont excessivement intenses; elles s'accompagnent d'une fièvre violente et même de délire. S'il existait un écoulement purulent chronique par le conduit auditif, il se sup-

prime. Un gonflement considérable survient; il occupe non seulement le conduit auditif lui-même, mais le pavillon de l'oreille, la région mastoïdienne et jusqu'à la région temporale. Le gonflement et la rougeur augmentent dans un point; la fluctuation survient, et, si l'on donne issue au pus, on constate avec le stylet la dénudation de l'os sous-jacent.

L'écoulement du pus amène une atténuation de tous les symptômes; le gonflement et la rougeur diminuent; un écoulement de pus s'établit par le conduit auditif externe. Si l'on pratique des injections par ce conduit, on voit le liquide sortir par l'incision de l'abcès extérieur; ce qui prouve bien la communication avec la caisse audessous du périoste décollé.

C'est surtout chez les jeunes enfants que se montre cette forme de l'otite moyenne aiguë. Elle peut revêtir un caractère extrêmement grave et amener la mort par l'une des complications cérébrales ou vasculaires que nous avons déjà mentionnées. Dans des cas plus heureux, l'inflammation passe à l'état chronique; la suppuration persiste par le conduit auditif et par les incisions extérieures; des séquestres sont parfois éliminés. La surdité n'est pas toujours la conséquence de ces graves désordres, et l'ouïe reprend, dans un grand nombre de cas, une certaine acuité.

Diagnostic des diverses formes d'otite moyenne aiguë.

— Vu l'existence de la fièvre et des divers symptômes cérébraux qui peuvent se montrer dans le cours de l'otite moyenne aiguë, le premier diagnostic différentiel qui se pose, c'est celui de la méningite. La difficulté est d'autant plus grande chez les enfants qu'ils sont incapables de renseigner sur la nature et le siège de leur mal. Aussi est-ce pour le médecin une nécessité qui s'impose, en présence de pareils symptômes, que d'examiner toujours l'état des oreilles, surtout si le sujet est atteint d'une fièvre éruptive, de la fièvre typhoïde, d'une pneumonie, etc. Les signes sur lesquels on s'appuiera, d'après Gellé, pour diagnostiquer l'otite moyenne aiguë chez les enfants, sont : 1° les crises de douleurs survenant surtout la nuit; 2° l'apparence de peur, de vertige que prouvent les gestes et l'agitation de l'enfant; 3° la surdité unilatérale ou bilatérale.

On pourrait encore confondre l'otite moyenne avec la myringite aiguë. Mais la myringite donne rarement lieu à un ensemble symptomatique aussi grave que l'otite moyenne. De plus, cette dernière

succède habituellement à un catarrhe naso-pharyngien, tandis que la myringite s'accompagne le plus souvent de l'inflammation du conduit auditif externe. Quand l'inflammation envahit primitivement la membrane du tympan, c'est son feuillet externe qui est atteint; de là, le gonflement et la rougeur de cette couche, derrière laquelle disparaît le manche du marteau. Dans l'otite moyenne, c'est la couche muqueuse du tympan qui est atteinte la première, et la couche externe conserve, au début du moins, son apparence normale. Plus tard, toute différence s'efface; mais, dans l'otite moyenne, les symptômes généraux sont beaucoup plus graves, et la fonction auditive est bien plus compromise. La surdité, au contraire, n'est jamais complète dans la myringite.

Quant à l'otite périostique, l'intensité des accidents, les circonstances dans lesquelles elle se montre (otorrhée chronique), l'apparition rapide du gonflement péri-auriculaire, permettent de la reconnaître aisément.

Une fois fait le diagnostic d'otite moyenne, il s'agit de reconnaître l'existence d'un épanchement dans la caisse. Ce diagnostic se fera par la constatation du ballonnement de la membrane du tympan, surtout marqué, comme nous l'avons déjà dit, dans la moitié postérieure de cette membrane. En même temps, la surdité est presque complète; les symptômes indiquant la compression du labyrinthe, tintements, bourdonnements d'oreille, mettent encore sur la voie.

Pronostic. — Ce que nous avons dit de la marche de la maladie montre assez que le pronostic de l'otite moyenne aiguë est extrêmement grave. Souvent, en effet, elle a pour conséquence une surdité plus ou moins complète. Cette terminaison est particulièrement à redouter chez les nouveau-nés et les tout jeunes enfants, chez qui la perte de l'audition entraîne la surdi-mutité. Mais ce qui exagère encore la gravité du pronostic, c'est la possibilité des complications encéphaliques mortelles que nous avons déjà signalées. Bien qu'elles puissent se voir dans les différentes formes d'otite moyenne aiguë, c'est surtout dans l'otite purulente qu'elles sont à redouter, particulièrement dans les cas où la membrane du tympan résiste, et où il y a rétention du pus. A la présence de l'un ou l'autre des microbes que nous avons précédemment signalés paraît correspondre un pronostic différent. Ainsi, l'otite à streptocoques expose à des complications graves : adénites, suppuration des cellules mastoïdiennes,

méningite, phlébite des sinus, infection purulente. L'otite à pneumocoques comporterait un pronostic moins sérieux.

Traitement. — Au début, le traitement doit consister à modérer l'inflammation et à calmer la douleur. Pour cela, on aura recours à l'introduction, dans le conduit auditif, d'un tampon de coton enduit d'une huile narcotique (huile de jusquiame, laudanum). On peut également faire des applications calmantes au pourtour de l'oreille. Politzer conseille l'emploi des compresses tièdes fréquemment renouvelées. Si l'inflammation est très violente, on devra recourir à l'application de sangsues ou de ventouses Heurteloup au pourtour de l'oreille. Mais, chez les jeunes enfants, on doit être très réservé dans l'emploi de ces moyens. En même temps, quelques révulsifs sur le tube digestif, le repos, une température constante, les divers médicaments propres à combattre le catarrhe naso-pharyngien, quand il existe, devront être mis en œuvre.

Quelques auteurs, Trœltch entre autres, ont conseillé le cathétérisme de la trompe, même dans la période d'acuité de la maladie. D'accord avec M. Duplay, Politzer condamne cette pratique. « Aussi longtemps, dit ce dernier auteur, qu'une forte douleur existe dans l'oreille, il n'y a pas à pratiquer la douche d'air; 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. Politzer se prononce aussi contre la paracentèse de la membrane du tympan, pratiquée dans le seul but de diminuer les douleurs. Plusieurs fois il a vu cette paracentèse être suivie d'un écoulement muco-purulent prolongé; ce résultat est surtout à craindre chez les sujets scrofuleux et débilités. La paracentèse n'est indiquée que dans les cas où la membrane du tympan, bombée et rouge, menace de se rompre.

Dans l'otite moyenne purulente aiguë, le traitement ne diffère pas au début de celui qui est applicable à l'otite moyenne simple, c'est-à-dire qu'il doit être surtout calmant et antiphlogistique. Mais ici, dès qu'on a reconnu la présence d'un épanchement purulent dans la caisse, il ne faut pas hésiter à recourir à la ponction de la membrane du tympan. Cette petite opération se pratique à l'aide d'une aiguille semblable à une aiguille à cataracte. Quand l'instrument a traversé toute l'épaisseur de la membrane, on le retourne légèrement sur lui-

même, de façon à élargir un peu l'ouverture. L'hémorrhagie est habituellement minime; et le liquide s'écoule immédiatement dans le conduit auditif. Il faut, par des lavages fréquemment répétés, favoriser l'écoulement pendant les jours suivants. Un autre moyen à employer dans le même but, c'est l'insufflation d'air dans la trompe, soit par le cathétérisme, soit par le procédé de Politzer. C'est ici le moment d'indiquer en quoi consiste ce procédé aujourd'hui très répandu. Un tube est introduit dans une des narines à une profondeur de 2 à 5 centimètres; puis, les narines étant fermées, on insufflera de l'air à travers le tube, pendant que le malade exécute un mouvement de déglutition. Le voile du palais s'élevant pendant l'acte de la déglutition ferme la cavité naso-pharyngienne, et l'air injecté dans cette cavité, s'y trouvant comprimé, passe dans la trompe d'Eustache. Ce procédé est très supérieur à celui de Toynbee, dans lequel on fait exécuter au malade un mouvement de déglutition, la bouche et le nez étant hermétiquement fermés, et à celui de Valsalva, qui consiste à faire accomplir au malade un mouvement d'expiration forcée, toujours pendant l'occlusion de la bouche et du nez. Si même la trompe d'Eustache est libre, on pourra injecter dans la caisse, avec la sonde, un peu de liquide, dans le but de favoriser l'écoulement du pus. Le traitement consécutif consistera dans les injections astringentes et antiseptiques faites dans le conduit auditif. Un traitement vanté par Politzer pour tarir la sécrétion purulente consiste à insuffler dans le conduit auditif externe de l'acide borique en poudre. Les insufflations sont répétées jusqu'à ce que les liquides sécrétés n'imbibent plus la poudre; ce qui se produit au bout d'un petit nombre de jours.

Quant à l'otite périostique, dès que le gonflement se localise au pourtour du pavillon de l'oreille, il faut pratiquer une incision profonde comprenant le périoste lui-même; puis, par le drainage et les lavages, favoriser l'écoulement du pus.

2° OTITE MOYENNE CHRONIQUE. — INFLAMMATION CHRONIQUE
DE LA CAISSE ET DE LA TROMPE

Comme l'otite moyenne aiguë, l'inflammation chronique de la caisse et de la trompe nécessite dans son étude des subdivisions. Nous étudierons successivement : a, l'otite catarrhale chronique ou catarrhe

chronique de la caisse; *b*, l'otite sèche ou scléromateuse; *c*, l'otite chronique purulente.

a. — OTITE CATARRHALE CHRONIQUE. — CATARRHE CHRONIQUE DE LA CAISSE

L'étiologie du catarrhe chronique de la caisse est pour ainsi dire la même que celle de l'otite moyenne aiguë à laquelle il succède le plus souvent. Il peut cependant aussi débiter d'emblée. Le catarrhe naso-pharyngien et les différentes diathèses qui peuvent lui donner naissance : scrofule, herpétisme, syphilis, sont encore ici les causes principales de l'affection. Cette étiologie permet de comprendre comment les deux oreilles sont le plus souvent prises, soit à la fois, soit successivement. La maladie peut se montrer à tout âge, mais elle est plus fréquente chez les jeunes sujets.

Anatomie pathologique. — Comme dans l'otite moyenne aiguë, la muqueuse est le siège d'une hyperémie et d'un gonflement considérable. Des lésions semblables s'observent dans l'intérieur de la trompe d'Eustache, et mettent obstacle à la pénétration de l'air dans la caisse. La membrane du tympan participe le plus souvent à l'inflammation et présente un épaissement considérable; d'autres fois elle est saine. Mais les lésions les plus importantes sont celles qui portent sur la paroi interne ou labyrinthique de la caisse et sur les osselets.

Les petites cavités osseuses au fond desquelles se trouvent la fenêtre ovale et la fenêtre ronde sont en partie comblées par l'épaississement de la muqueuse. L'étrier est enfoui dans cette membrane hypertrophiée, et perd sa mobilité. Les osselets de l'ouïe sont soudés entre eux; inversement, Toynbee a appelé l'attention sur une lésion particulière, la disjonction de l'enclume et de l'étrier.

Quant au contenu de la caisse, il est variable; et, d'après sa nature, on a décrit deux formes distinctes : la forme humide ou catarrhale, et la forme plastique ou exsudative.

Dans la forme catarrhale, le liquide est tantôt séreux, tantôt muqueux, ou même muco-purulent. D'après Hinton, cette sécrétion est quelquefois assez visqueuse pour former un amas de mucus concret adhérent aux parois de la caisse et à la chaîne des osselets.

La forme plastique ou exsudative est caractérisée par le dépôt de fausses membranes qui relient entre elles diverses parties de la caisse,

et déterminent l'immobilisation de la membrane du tympan et des osselets. Ces fausses membranes peuvent du rester exister en même temps qu'un épanchement de liquide.

Symptômes. — Habituellement, le catarrhe chronique de l'oreille moyenne ne s'accompagne que de peu de douleurs; le malade accuse plutôt une gêne, une sensation de réplétion analogue à celle qu'on éprouve à la suite d'un bain, lorsqu'il est resté de l'eau dans l'oreille. Quelquefois aussi les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger allant et venant dans l'oreille, se déplaçant avec les mouvements de la tête. Ce signe indique l'existence d'un épanchement mobile dans la caisse.

Les diverses sensations subjectives de l'ouïe, bourdonnements, sifflements, tintements de cloche, peuvent manquer complètement. Elles sont le plus souvent intermittentes; produites par une exsudation abondante de liquide, elles s'accompagnent d'une diminution marquée de l'audition, et disparaissent quand la sécrétion devient moindre.

Un symptôme très pénible, ici comme dans l'otite aiguë, c'est la résonance de la propre voix du sujet. Politzer la compare à l'impression ressentie quand on parle en mettant la tête dans un tonneau. Ce signe est plus marqué dans les affections unilatérales et dans les cas légers. Souvent aussi les malades perçoivent un bruit de craquement ou de claquement dans l'oreille, pendant les mouvements de déglutition et de mastication. Ce bruit est dû au mouvement de l'air et des mucosités dans la trompe. Enfin, ici encore, on peut observer différents phénomènes sympathiques, des névralgies, des vertiges, des étourdissements, une pesanteur et un embarras dans la tête, entraînant l'inaptitude au travail.

La surdité est un des premiers symptômes du catarrhe de l'oreille moyenne, mais elle n'est jamais complète. Le malade continue à percevoir les bruits un peu forts; de plus, les vibrations sont toujours transmises par les os du crâne. Déjà, nous avons noté que la surdité, comme les phénomènes subjectifs de l'ouïe, était sujette à de grandes variations coïncidant avec des déplacements de l'exsudat.

A ces symptômes fonctionnels correspondent des changements appréciables dans l'aspect de la membrane du tympan. Lorsque le tympan a conservé sa transparence, on peut voir, à travers son épais-

seur, le liquide contenu dans la caisse, qui occupe sa partie inférieure et est séparé de l'air qui remplit le reste de l'oreille moyenne par une ligne nettement marquée. Cette ligne affecte le plus souvent une concavité supérieure; tantôt elle est grisâtre, tantôt elle est noire et représente assez bien un cheveu tendu sur la membrane tympanique. Ce qui confirme encore le diagnostic, c'est que l'épanchement est parfois assez liquide pour se déplacer aisément pendant les différents mouvements imprimés à la tête. D'autres fois, il est épais, visqueux, et la ligne de niveau ne change pas dans les diverses attitudes de la tête.

Lorsque l'épanchement remplit entièrement la caisse, on ne peut plus observer sa limite supérieure, mais on le reconnaît à sa coloration jaune verdâtre, vue par transparence à travers la membrane tympanique. Un autre symptôme caractéristique est celui qu'on observe lorsqu'on insuffle de l'air à travers la trompe. On voit alors les bulles d'air pénétrer dans la caisse, et se détacher sous forme de taches rondes circonscrites par un large contour noir sur l'exsudat voisin.

Dans beaucoup de cas, la courbure de la membrane du tympan ne subit pas de changement. Quelquefois cependant elle est partiellement repoussée en dehors par l'exsudat. C'est généralement sa partie postérieure qui est ainsi rendue saillante et forme une bosselure jaunâtre. Beaucoup plus souvent, au contraire, la concavité normale de la membrane est exagérée. La trompe étant oblitérée, l'air ne peut plus pénétrer dans l'oreille moyenne; il n'y a plus d'équilibre de pression sur les deux faces interne et externe de la membrane du tympan, et cette dernière est repoussée en dedans par la pression de l'air extérieur, au point de venir quelquefois se mettre en contact avec la paroi labyrinthique de la caisse.

Enfin, l'examen de la trompe, par l'insufflation d'air dans son intérieur, démontre que ce gaz ne traverse le conduit qu'avec difficulté. Si de l'air arrive dans la caisse, l'ouïe est améliorée, et le chirurgien pratiquant l'auscultation de l'oreille, perçoit un bruit comparable à des râles sous-crépitaux humides.

Marche et terminaisons. — La marche est lente; souvent, après des alternatives d'aggravation et d'amélioration, la maladie aboutit à la surdité complète. Quelquefois elle passe à l'état aigu, et détermine la suppuration avec rupture de la membrane du tympan.

Enfin M. Terrier dit avoir observé plusieurs fois la transformation du catarrhe chronique en otite sèche ou scléromateuse.

Diagnostic. — Les différents symptômes que nous avons énumérés, et surtout la perception des vibrations transmises par les parois crâniennes permettent de reconnaître le catarrhe chronique de l'oreille moyenne, et de le différencier des lésions de l'oreille interne.

Pronostic. — Il est sérieux au point de vue de la fonction auditive qui est, sinon toujours abolie, du moins le plus souvent atténuée.

Traitement. — Le traitement général doit s'adresser aux diathèses scrofuleuse, syphilitique et dartreuse qui sont si souvent cause de la maladie. Il agit en modifiant le catarrhe naso-pharyngien dont la propagation à l'oreille moyenne est habituelle.

Quant au traitement local, il consiste dans les insufflations d'air dans la trompe par le procédé de Politzer, ou à l'aide du cathétérisme, si le moyen précédent est insuffisant. Ces insufflations agissent mécaniquement en déplaçant les mucosités qui remplissent la trompe et la caisse, et aussi, en imprimant aux osselets des mouvements qui préviennent leur ankylose. On s'est proposé d'ajouter à cette action mécanique une action modificatrice, et, pour cela, on a employé, soit des douches de vapeurs médicamenteuses, soit des injections de liquides divers, sulfate de zinc, sulfate de cuivre, iodure de potassium, etc. Vu la marche lente de la maladie, ces injections doivent être poursuivies pendant un temps très long; mais elles ne doivent pas être trop fréquemment répétées, tous les deux ou trois jours seulement, de peur d'exercer une irritation trop grande, et d'amener le passage de la maladie à l'état aigu. De même, M. Duplay proscrit comme liquide à injecter les solutions de nitrate d'argent, qui, même à un degré très faible, auraient l'inconvénient de déterminer la suppuration.

Si la trompe n'est pas perméable, ces différents moyens ne pourront être employés qu'après avoir pratiqué la dilatation progressive de ce conduit à l'aide de bougies graduées introduites par la sonde d'Itard.

Ces divers moyens peuvent se montrer insuffisants, soit qu'il y ait une obstruction complète de la trompe, soit que le mucus épais et visqueux ne puisse être évacué à travers ce conduit. Il devient alors nécessaire de pratiquer la paracentèse du tympan, surtout lorsque la