

chez les scrofuleux en particulier, les balsamiques et le goudron seront très utiles. Comme fort souvent, malgré l'emploi de ces divers procédés, l'amélioration est à peine sensible, on a songé à introduire non plus des vapeurs mais les liquides modificateurs eux-mêmes jusque dans la caisse. Ces sortes d'injections sont diversement appréciées par les auteurs; DUPLAY les croit très innocentes, LADREIT DE LACHARRIÈRE, au contraire, ayant observé des accidents assez graves, recommande la plus grande modération dans leur emploi.

Une intervention plus chirurgicale est parfois nécessaire; lorsqu'on voit se former brusquement un épanchement abondant dans la caisse, il vaut mieux lui donner issue que d'attendre la perforation spontanée de la membrane.

L'opération peut se faire soit à l'aide d'une aiguille spéciale, soit avec un petit couteau à cataracte. S'il existe une voussure, on ponctionne dans le point culminant; sinon, on incise en arrière, parallèlement au manche du marteau. Il faut bien savoir, toutefois, que l'orifice ainsi formé sera de courte durée, la membrane se cicatrisant toujours rapidement, malgré les efforts du chirurgien. Pour calmer les bourdonnements on a proposé un certain nombre d'opérations plus ou moins bizarres: section du tendon, du muscle du marteau, destruction des adhérences. On comprend que dans un traité de ce genre, nous nous bornions à mentionner semblables procédés thérapeutiques.

3° OTITE PURULENTE CHRONIQUE

Étiologie. — L'otite purulente chronique, vulgairement désignée sous le nom impropre d'*otorrhée*, est parmi les affections de l'oreille une des plus graves et des plus fréquentes. Elle survient d'habitude dans le cours de la première enfance, puis diminue un peu pendant l'adolescence; cependant, dans les conseils de révision, elle compte parmi les causes les plus communes de l'exemption. Malgré cette épuration, l'otite purulente est loin d'être rare dans les salles des hôpitaux militaires. La maladie peut succéder aux diverses inflammations de la caisse, particulièrement à l'otite purulente aiguë, aux myringites, etc. La négligence des malades contribue beaucoup à l'apparition du mal.

Anatomie pathologique. — Les lésions principales occasionnées par cet écoulement sont: 1° la perforation de la membrane du tympan; 2° la dissociation de la chaîne des osselets; 3° un état fongueux de la muqueuse; 4° parfois des lésions beaucoup plus sérieuses, intéressant le squelette et les organes voisins.

1° Perforations du tympan. — Phénomène presque constant. Ces perforations se rencontrent sur toute la surface de la membrane; habituellement elles occupent le segment inférieur en avant ou en arrière du manche du marteau. L'étendue de ces perforations est très variable; tantôt elles sont punctiformes, tantôt le tympan est entièrement détruit; leur forme est d'habitude ovalaire; les bords de l'orifice peuvent être déchiquetés, crénelés, ils sont parfois libres, mais il n'est pas rare de les voir contracter des adhérences avec les parties voisines, particulièrement avec le promontoire (fig. 92 à 96).

2° Altérations de la chaîne des osselets. — On rencontre des cas dans lesquels la chaîne des osselets a disparu en totalité, ce sont là des exceptions. Le plus souvent, il existe une simple solution de continuité dans cette chaîne, conséquence de la destruction de la longue branche de l'enclume.

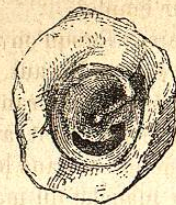


Fig. 92. — Perte de substance dentelée, en forme de croissant, dans le quadrant antéro-inférieur de la membrane tympanique droite.

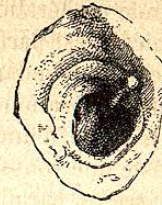


Fig. 93. — Perte de substance dentelée, en forme de cœur de la membrane tympanique droite.

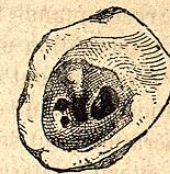


Fig. 94. — Membrane tympanique gauche, perforée en trois endroits; une ouverture plus grande derrière le manche du marteau; deux trous plus petits devant le manche.

3° La muqueuse de la caisse est d'ordinaire boursoufflée, injectée, indurée; dans quelques-uns de ses points, principalement autour des fenêtres, on rencontre des exostoses. Signalons encore un état spécial dans lequel la muqueuse est inégale, mamelonnée, tomenteuse, et d'un aspect analogue à celui

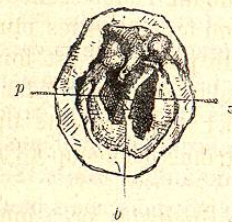


Fig. 95. — Perforation double de la membrane tympanique gauche, vue de l'intérieur. — *p*, Perforation antérieure. — *b*, Pont allant de l'extrémité inférieure du manche du marteau, au reste inférieur de la membrane tympanique. Chez un jeune homme mort de phthisie pulmonaire.

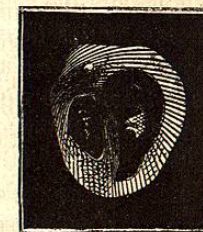


Fig. 96. — Perforation double à gauche sur une jeune fille de dix-neuf ans, souffrant depuis l'enfance d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne.

de la conjonctive dans les conjonctivites granuleuses. C'est l'otite fongueuse ou granuleuse de DUPLAY.

4° Lésions du squelette. — Les lésions du squelette ne se montrent que très tardivement, à la suite de suppurations prolongées; rarement elles sont pri-

mitives. Les rapports anatomiques de la caisse avec l'étage moyen de la base du crâne en haut, le golfe de la jugulaire en bas, le sinus latéral en arrière, le labyrinthe en dedans, les cellules mastoïdiennes en dehors, expliquent les lésions si graves que l'on observe quelquefois (méningite, ulcération des vaisseaux, suppuration des cellules, phlébite des sinus, infection purulente, abcès du cerveau et du cervelet).

Symptômes. — L'écoulement de pus par l'oreille est un des premiers symptômes qui attirent l'attention du malade. La quantité ainsi que la nature de cet écoulement varient beaucoup suivant les sujets. La sécrétion, parfois insignifiante, est dans d'autres cas assez abondante pour salir l'oreiller du patient pendant la nuit. Sa coloration varie du gris jaunâtre au vert clair. ZAUFAL a observé des cas de suppuration bleue. Si l'écoulement est de date récente, son odeur est fade, désagréable, mais assez faible; elle devient ultérieurement très forte et repoussante. D'après URBANTSCHITSCH, la plupart des malades accuseraient des altérations du goût; lorsque le pus s'écoule dans le pharynx, ils ont une saveur horrible, des nausées, des vomissements. L'otite chronique n'est pas accompagnée de douleurs continuelles, mais parfois surviennent brusquement des souffrances très vives affectant la forme névralgique; au dire de DUPLAY, ce serait l'indice de poussées d'otite périostique.

Lorsque les cellules mastoïdiennes participent à l'inflammation, les douleurs présentent une intensité toute spéciale. L'acuité auditive est toujours diminuée, cependant il n'y a aucun rapport à établir entre cette diminution et les lésions observées. La perforation de la membrane du tympan, par exemple, ne correspond en rien au degré de surdité. L'état de la membrane se reconnaît parfaitement, à condition toutefois que l'on procède à l'examen après avoir nettoyé convenablement le conduit auditif.

Les débris de la membrane sont tantôt injectés, tantôt au contraire pâles, macérés, recouverts par des dépôts purulents. Dans certains cas, l'ouverture est assez large pour permettre d'apercevoir la muqueuse de la caisse. L'insufflation d'air dans la trompe, lorsque celle-ci est perméable, occasionne d'abord un écoulement purulent assez considérable, puis un sifflement caractéristique.

Marche. Terminaison. — L'otite purulente chronique, quel que soit le traitement que l'on mette en usage, a toujours une longue durée. Si la maladie est un peu ancienne, ce n'est ni par semaine, ni par mois, mais bien par années qu'il faut compter le temps nécessaire à la guérison. L'écoulement étant tari, la perforation de la membrane reste béante ou s'oblitére; dans ce dernier cas il se forme une cicatrice déprimée, blanchâtre, souvent adhérente (fig. 97, 98). Fait curieux, loin d'améliorer l'ouïe, la cicatrisation de la membrane du tympan entraîne au contraire, d'habitude, une diminution de l'acuité auditive, et détermine l'apparition de bourdonnements, symptômes de la compression du labyrinthe. Il peut survenir dans le cours de la maladie des paralysies dues à la lésion et même à la destruction du facial, et des troubles d'ordre réflexe: convulsions, attaques d'épilepsie.

Diagnostic. — Le diagnostic est ordinairement simple, cependant les perforations très petites sont difficiles à reconnaître, l'insufflation d'air dans la caisse est alors fort utile. Si une bulle de pus s'engage dans l'orifice, on ne

tarde pas à constater qu'elle est animée de battements isochrones à ceux du pouls, symptôme pathognomonique.

L'otite moyenne étant reconnue, il faut se demander quel est l'état de la chaîne des osselets, de la caisse et de ses parois, autant de questions bien difficiles, parfois même insolubles. En général on doit s'abstenir de toute exploration au stylet, car on peut ainsi occasionner les accidents les plus graves.

Pronostic. — L'otorrhée constituée une affection sérieuse, mais la maladie peut guérir, ou tout au moins subir une amélioration considérable; il ne faut donc pas abandonner les malades sous prétexte que l'écoulement établit un émonctoire utile, car nous connaissons les dangers auxquels expose une suppuration prolongée. On voit quelquefois la suppression de l'écoulement déter-



Fig. 97. — Enfoncements cicatriciels et épaissements funiculés de la membrane tympanique. — Sur un jeune homme de dix-neuf ans, qui a eu dans l'enfance une otorrhée.

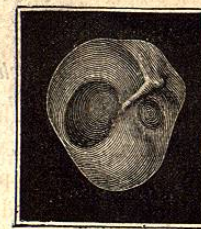


Fig. 98. — Grande cicatrice derrière le manche du marteau, sur un homme qui a eu dans l'enfance une otorrhée du côté droit, et chez qui, pendant qu'il était en observation, se produisit une atrophie semblable à une cicatrice devant le manche du marteau.

miner une amélioration légère, mais comme le plus souvent les lésions sont anciennes et graves, c'est là un résultat sur lequel on n'est pas autorisé à compter.

Traitement. — Comme dans toutes les affections que nous avons passées en revue, le traitement général doit tenir ici une grande place. Nous ne reviendrons pas sur ses indications. La médication locale bien dirigée est des plus puissantes. On devra tout d'abord faire plusieurs fois par jour des injections détersives, qui seront immédiatement suivies d'instillations avec des solutions légèrement astringentes (alun, sulfates de zinc, de cuivre, acétate de plomb à la dose de 0^{gr},05 à 0^{gr},40 p. 100 gr. d'eau). Si l'odeur est forte, les solutions d'iode, d'acide phénique, borique, de permanganate de potasse et surtout d'hydrate de chloral à 1/100 seront employées avec avantage. Parfois il peut être nécessaire de modifier les surfaces malades; on aura recours pour cela aux cautérisations faites avec le crayon mitigé.

Tympans artificiels. — Lorsqu'il existe une perforation considérable et que l'acuité auditive est affaiblie, on a songé à améliorer la fonction en obtenant l'ouverture anormale. Les premières tentatives en ce genre datent du XVII^e siècle, elles sont dues à MARCUS BAUZER (1640); puis cent ans plus tard,

LESCHÉVIN (1763) reprit ces essais. Dans le cours de notre siècle, YEARSLEY et TOYNBEE se sont particulièrement occupés de la question. Le premier de ces auteurs se bornait à introduire dans la perforation une boulette de coton. Le tympan artificiel de TOYNBEE est constitué par une lamelle de caoutchouc de forme circulaire; à son centre est implanté un fil d'argent qui permet de faire entrer et sortir à volonté le petit appareil. Dans ces derniers temps, GAMPETRO (de Naples) a proposé l'emploi d'un nouvel instrument que maintient en place un petit ressort. — Ces divers modèles ont rendu parfois mais bien rarement des services, jusqu'à ce jour aucun d'eux ne réunit toutes les conditions désirables : facilité d'introduction, stabilité et innocuité.

4° OTITE TUBERCULEUSE

Bibliographie. — GRISOLLE, *Arch. gén. de méd.*, 1837. — TASSEL, *Soc. anat.*, 1854, t. XXIX, p. 276. — WILDE, *Mon. des Hôp.*, 1854. — LE MAITRE, *Soc. anat.*, 1848. — MOREL-LAVALLÉE, *Gaz. méd.*, 1850. — MARCÉ, *Ibid.*, 1875. — DE LA BELLIÈRE, Thèse de Paris, 1874. — LAVENTURE-AUGÉ, Thèse de Paris, 1875. — GILLETTE, *Ann. des maladies de l'oreille*, 1879.

Étiologie. — Il n'est pas rare d'observer chez les tuberculeux des inflammations aiguës ou chroniques de la caisse du tympan. Ces lésions surviennent d'ordinaire à une période avancée de la maladie; parfois, au contraire, elles sont un des phénomènes initiaux. — Sur quatre-vingt-trois phthisiques hommes, DE LA BELLIÈRE a rencontré dix cas d'otite tuberculeuse; sur trente-cinq phthisiques femmes, deux seulement avaient des lésions de l'oreille.

Deux opinions sont en présence pour expliquer le développement de cette otite. Les uns, RILLET et BARTHEZ, MÉNIÈRE, WILDE, TOYNBEE admettent que l'otite moyenne est consécutive à des productions tuberculeuses de la caisse ou du rocher. D'autres, en particulier GRISOLLE, TRIQUET, HARDY, BÉHIER pensent que la maladie est consécutive aux altérations du pharynx nasal, si fréquentes chez les tuberculeux.

Anatomie pathologique. — La muqueuse de la caisse est épaisse et fortement injectée, la membrane du tympan participe à cette congestion, la vascularisation est surtout très accentuée vers la partie supérieure correspondant au manche du marteau. Sur la muqueuse de cette cavité des ulcérations ne tardent pas à paraître, puis on constate dans la caisse la présence d'un liquide séro-purulent ou purulent. Des ulcérations de même nature se forment sur la face interne de la membrane du tympan, particulièrement dans sa portion sous-ombilicale. Sous la double influence de l'ulcération et de la macération, les couches de la membrane sont peu à peu détruites, aussi ce diaphragme est-il rapidement perforé. Le plus souvent, la perforation est unique et très grande, le tympan disparaît presque en totalité. Une fois commencé, ce travail destructeur ne saurait s'arrêter; bientôt des lésions se montrent du côté du squelette, il se fait de l'ostéite tuberculeuse qui se localise fréquemment du côté du rocher.

Symptômes. — L'otite tuberculeuse à ses débuts affecte rarement une marche aiguë. Ordinairement les premiers symptômes consistent dans un affaiblissement progressif de l'ouïe, quelques bourdonnements, puis ensuite de l'otorrhée. Pendant les premiers jours, ce n'est pas du pus véritable qui s'écoule par le conduit, mais une sécrétion peu abondante, blanchâtre et épaisse; au bout de quelque temps, l'écoulement se transforme et devient franchement purulent. L'odeur de ce pus est d'abord simplement fade; plus tard, lorsqu'existent les lésions osseuses, il devient fétide et possède des propriétés irritantes. A l'examen direct, on constate l'existence de la perforation, puis l'insufflation unie à l'auscultation permet, lorsque la trompe est perméable, de reconnaître la présence d'un liquide dans la caisse.

Marche. Pronostic. — La marche de l'otite tuberculeuse est rapide; dès que le squelette est atteint, on peut voir survenir les complications que nous avons déjà signalées à propos de l'otite moyenne chronique : méningite, encéphalite, infection purulente, ulcération des vaisseaux. DE LA BELLIÈRE a signalé en outre la présence d'une arthrite fongueuse de l'articulation temporo-maxillaire, et l'un de nous a déposé au musée du Val-de-Grâce une pièce où cette propagation est des plus évidentes. Les symptômes ne permettent que le diagnostic : otite purulente chronique; c'est en se basant sur l'état général que l'on établira qu'il s'agit de lésions tuberculeuses.

Traitement. — Le traitement local est le même que celui de l'otite purulente; c'est surtout l'état général qu'il faudra modifier par une médication appropriée.

5° OTITE DES NOUVEAU-NÉS

Bibliographie. — BONNAFONT, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1867. — SCHWARTZE, in-8, Berlin, 1868. — BARETY et RENAUD, *Arch. de phys.*, mai 1869. — PARROT, *Soc. méd. des Hôp.*, avril 1869.

L'inflammation de la caisse, si l'on en croit les médecins des hôpitaux d'enfants, serait une affection des plus fréquentes chez les nouveau-nés; elle existerait deux fois sur trois, d'après TRÖLTSCH; trois fois sur quatre, d'après WREDEN. Les conditions physiologiques déplorables dans lesquelles se trouvent trop fréquemment les petits êtres qui constituent la clientèle des hôpitaux d'enfants, l'alimentation insuffisante ou de mauvaise nature, l'athrepsie, en un mot, expliqueraient la cause de cette fréquence (PARROT). L'étude de cette maladie est de date récente; à son histoire sont particulièrement attachés les noms de TRÖLTSCH, WREDEN, PARROT, WENDT, BARETY et RENAUD.

Étiologie. — Deux causes expliquent la fréquence de cette otite chez les nouveau-nés. D'une part, les phénomènes physiologiques qui se passent dans la caisse au moment de la naissance; d'autre part la fréquence très grande de lésions concomitantes du côté des voies respiratoires. Au moment de la naissance, la caisse, qui ne renferme aucune trace d'air, est remplie par un bourrelet muqueux dépendant de la muqueuse de la caisse. Dès que les mouvements respiratoires s'établissent, ce bourrelet se résorbe rapidement (en vingt-quatre