

rettage suivis d'applications de *teinture d'iode*, de *chloratè de potasse*, etc.; quand leur volume est grand, que les tumeurs ont envahi et menacent les organes voisins, on les extirpe par un *Stacke* suivi d'une ouverture de l'attique à travers le mur de la logette; on gratte, on curette, on enlève la membrane kystique s'il est possible; on laisse la plaie à ciel ouvert pour surveiller les récidives assez fréquentes.

## VIII

## Conclusions.

Il est évident, à la lecture de cet exposé de la thérapeutique des affections de l'oreille moyenne, qu'elle est surtout chirurgicale.

Elle s'adresse à des états anatomo-pathologiques, résultats des maladies, dépôts, lésions qu'elle enlève, déformations qu'elle essaie de modifier, obstacles à la conduction qu'elle tend à supprimer, foyers d'infections qu'elle ouvre et détruit, etc.

En thèse générale, les lésions de l'oreille moyenne aboutissent toutes à l'enfoncement, au relâchement des membranes et des jointures, à l'invagination des parties de l'appareil transmetteur, à l'occlusion des orifices de passage du courant vibratoire, et, en dernier lieu, à la compression du labyrinthe. Avec le temps, à ces altérations succède la sclérose, qui fixe les déplacements, les rend immuables, et enserre l'oreille interne dans une coque osseuse, inextensible.

Toute la pathogénie des troubles auditifs est là, dans cet état d'incarcération du nerf consécutif, amendable au début, irréparable à la fin.

Si la plupart des opérations de chirurgie auriculaire précédemment décrites réussissent à améliorer la surdité dans la phase plastique, hypertrophique de l'affection chronique, il faut avouer qu'elles ne peuvent soulager le plus souvent que les bruits subjectifs, les vertiges, et autres excitations labyrinthiques, quand la sclérose a tout envahi; mais ce sont là les symptômes dont les sourds se plaignent le plus.

## CHAPITRE XII

TRAITEMENT DE L'OBSTRUCTION  
DES TROMPES D'EUSTACHE

PAR

F. LUBET-BARBON

Ex-interne des hôpitaux de Paris.

I..

## Considérations générales.

Normalement l'air circule librement du pharynx dans la caisse par la voie tubaire. Lorsque la trompe est obstruée, l'air isolé dans la caisse se raréfie, la membrane s'enfonce, et il s'ensuit divers symptômes qui sont liés à l'obstruction tubaire. Le traitement consiste à forcer cette obstruction et à faire pénétrer l'air dans la caisse. Toutefois l'opérateur qui se contenterait de cet expédient ne ferait qu'une besogne incomplète et provisoire, attendu que la surdité qui résulte de l'obstruction de l'une ou des deux trompes n'est le plus souvent que le résultat d'une affection siégeant dans le naso-pharynx, et par suite c'est de ce côté que le traitement devra être dirigé en vue d'une guérison définitive.

## II

## Traitement.

Pour rétablir la ventilation de la caisse, trois procédés sont encore en usage, le procédé de Valsalva, le procédé de Politzer, le cathétérisme.

## A. — PROCÉDÉ DE VALSALVA

Il consiste à boucher complètement les deux narines en les comprimant avec les doigts, à fermer la bouche, et à faire effort pour souffler à travers les narines. L'air comprimé dans le pharynx ne trouve plus qu'une voie d'échappement, les trompes, et pour un moment l'équilibre se trouve rétabli. C'est un procédé mauvais, justement par la facilité avec laquelle le malade peut l'employer à tout instant, et provoquer ainsi par la répétition de l'effort une congestion considérable de la caisse. D'autre part, l'amélioration qu'il procure n'est que passagère, et ces raisons suffisent pour le déconseiller aux malades.

## B. — PROCÉDÉ DE POLITZER

Dans ce procédé, l'air est fourni par un ballon en caoutchouc, appelé poire de Politzer. Voici comment on doit procéder.

Le médecin se place en face du malade, tenant dans la main droite une poire de Politzer n° 40 ou 42, terminée par un embout arrondi qu'il introduit dans l'une des narines du patient de manière à l'obturer complètement, tandis que de la main gauche il ferme avec soin la narine du côté opposé. L'oreille du malade a été au préalable mise en communication, à l'aide d'un tube de caoutchouc, appelé otoscope de Toynbee, avec l'oreille du médecin qui pourra ainsi se rendre

compte de la pénétration de l'air dans la caisse. Si on désire n'introduire de l'air que dans une seule oreille, on invitera le malade à boucher avec le doigt l'oreille saine, de façon que l'air contenu en pression dans le conduit fasse équilibre sur la face externe de la membrane à l'air qui arrive sur sa face interne en passant par la trompe.

Ceci fait, dans quelles conditions l'air contenu dans la poire de Politzer pourra-t-il pénétrer dans la caisse en forçant l'accolement des parois tubaires? On peut employer plusieurs moyens. Le meilleur, à notre avis, est celui qui consiste à profiter de l'instant où le malade fait un effort de déglutition. Pendant la déglutition, en effet, le voile du palais se relève, séparant complètement la cavité du pharynx nasal de celle du pharynx buccal, tandis que la contraction des muscles péri-staphylins ouvre l'orifice tubaire.

Si donc on a fait prendre au malade une gorgée d'eau dans sa bouche, et si, au moment où on lui commande d'avalier, on comprime vigoureusement dans la main la poire de Politzer, placée préalablement comme nous l'avons indiqué, l'air va passer de la poire dans la fosse nasale, puis dans le pharynx nasal, d'où il ne pourra s'échapper que par les trompes en en forçant l'entrée. A ce moment, le médecin entendra dans son oreille un bruit de soufite plus ou moins intense, tandis que le malade perçoit l'impression d'un bruit éclatant et d'un choc brusque dans les oreilles, suivi presque instantanément du retour de l'audition dans son intégrité.

Il peut être parfois difficile de saisir l'instant précis où la déglutition se fait, les malades n'obéissant pas toujours immédiatement à l'ordre d'avalier. On obviara à cette cause d'échec en attendant toujours de voir le larynx s'élever, les mouvements d'élévation du larynx et du palais étant synchrones dans l'acte de la déglutition.

Un autre bon moyen est celui dans lequel on fait prononcer au malade certaines syllabes (houck, heck) qui ont pour effet de faire relever brusquement le voile du palais. Le médecin doit profiter du moment où le malade les prononce après

lui pour pousser vivement la douche d'air, avec les mêmes précautions que nous avons indiquées plus haut.

On peut encore prier le malade de gonfler les joues au maximum. Dans ces conditions, il se fait dans la cavité bucco-pharyngée une accumulation d'air en pression qui soutient le voile du palais et fait équilibre à la colonne d'air qu'on chasse par la narine. C'est là un moyen très simple, très pratique, qui n'a pas l'inconvénient des deux précédents, où il est nécessaire d'établir un synchronisme entre un mouvement très rapide (déglutition, houck) et la compression de la poire.

Chez les enfants, on profitera utilement de l'instant où ils crient, moment pendant lequel le voile se relève.

Dans tous les cas, il est nécessaire de faire passer successivement plusieurs douches d'air. On peut même, ce procédé étant inoffensif, apprendre aux malades ou à leur entourage le *modus faciendi*, si l'on a des raisons de croire que cela peut être utile.

#### C. — CATHÉTÉRISME

Pour faire le cathétérisme, les instruments nécessaires sont :

1° Une sonde ou cathéter à oreille, modèle d'Itard, en métal et non en gomme, de manière à pouvoir le faire bouillir et le flamber après chaque séance, et à éviter ainsi la possibilité d'inoculations fâcheuses. L'anneau placé à l'extrémité de la sonde, près du pavillon, sert à indiquer par sa situation la direction du bec, que l'on ne pourrait connaître lorsque celui-ci a pénétré dans le naso-pharynx. Il existe des cathéters de différents calibres et de différentes courbures, qu'on emploiera suivant la forme et les dimensions des fosses nasales et du pharynx nasal.

2° Une poire de caoutchouc n° 10 ou 12, semblable à celle dont on se sert dans le procédé de Politzer, mais terminée cette fois par un embout pointu approprié au pavillon évasé de la sonde.

3° Un otoscope de Toynbee.

Avant de procéder au cathétérisme, il est utile de s'assurer de la perméabilité des narines par où doit passer le cathéter. Chez les malades pusillanimes, surtout la première fois, nous conseillons de badigeonner au préalable la muqueuse du méat inférieur, de la paroi inférieure des fosses nasales, de la partie correspondante de la cloison avec un pinceau d'ouate hydrophile trempé dans une solution de *cocaïne* à 1 p. 20. Ce badigeonnage a pour but non seulement de diminuer la sensibilité de la région à traverser, mais encore d'élargir le passage par l'action rétractante de la cocaïne sur la muqueuse des cornets.

Cela fait, le malade est assis en face du médecin qui place la poire sous son bras gauche, la grosse extrémité en avant, met en position l'otoscope, et, tenant la sonde de la main droite, l'introduit dans l'une des narines, en ayant soin de maintenir la tête du malade avec la main gauche, le pouce relevant l'extrémité du nez et les quatre autres doigts appliqués à plat sur le front. L'introduction se fait aussi lentement que possible, le bec de l'instrument toujours maintenu en contact avec la paroi inférieure de la fosse nasale, jusqu'à ce qu'il porte à faux dans le pharynx nasal au-dessus du voile du palais. C'est là le premier temps, qui est commun à tous les procédés. Il faut à ce moment choisir celui que l'on va employer.

A. — Le bec de l'instrument étant libre dans le pharynx nasal, on le tourne du côté opposé à celui que l'on veut cathétériser, puis on retire légèrement la sonde jusqu'à ce que le coude du bec vienne buter contre la cloison. On le retourne alors de façon à lui faire accomplir une rotation de 180°, le bec étant dirigé d'abord en bas, puis en dehors. Cette rotation amène le bec de la sonde dans l'orifice de la trompe.

La sonde fixée dans cette position et maintenue avec la main gauche, qui prend appui sur la racine du nez, le médecin saisit la poire avec la main droite, introduit l'embout dans le pavillon de la sonde et comprime alors la poire pour chas-

ser l'air à travers le cathéter dans la trompe. L'auscultation par l'otoscope indique si l'on est en bonne place.

Il suffit parfois d'un léger déplacement en avant ou en arrière pour rectifier la position du bec et l'appliquer plus parfaitement à l'orifice tubaire.

B. — Si ce procédé échoue, on essaiera alors le moyen suivant : la sonde étant introduite comme précédemment, on la conduit dans le pharynx nasal jusqu'à ce que le bec vienne buter sur la paroi postérieure du pharynx. On retire alors l'instrument d'un centimètre et demi et on dirige le bec vers la paroi latérale ; il doit tomber dans l'orifice tubaire.

Ce sont là les deux procédés que nous recommandons le plus volontiers et qui doivent réussir dans tous les cas où une malformation du nez ou du pharynx ne nécessite pas des interventions opératoires peu en rapport avec la pratique courante.

Lorsque la ventilation de la caisse est rétablie, ce dont on s'est assuré à l'aide de l'otoscope, on retire doucement l'instrument, en le laissant pour ainsi dire tomber par son propre poids.

Nous avons dit au début que l'obstruction des trompes n'est qu'un accident commun à un certain nombre d'affections siégeant dans le naso-pharynx. Notre rôle n'est pas de donner ici le traitement approprié à chacune de ces affections. Qu'il nous suffise de dire que le catarrhe tubaire chez les enfants se trouve le plus souvent lié à la présence de végétations adénoïdes du pharynx nasal. Chez l'adulte, en dehors des végétations, il faudra penser à toutes les maladies qui causent et entretiennent l'inflammation dans la région qui avoisine les trompes : d'abord le catarrhe naso-pharyngien aigu ou chronique, l'hypertrophie de la partie postérieure des cornets inférieurs, l'ozène, les pharyngites, enfin les tumeurs du nez ou du pharynx nasal. La thérapeutique de ces diverses affections nous entraînerait beaucoup plus loin que ne le comporte le cadre de cet article. Nous nous contentons donc d'appeler sur ce point l'attention des praticiens.

## CHAPITRE XIII

### TRAITEMENT DE L'OTITE CHRONIQUE NON SUPPURATIVE

PAR

M. E. GELLÉ

Membre de la Société de Biologie.

#### I

#### Considérations générales.

Si les accidents infectieux se répètent assez souvent pour que l'organe auditif n'ait pu récupérer sa fonction ni son état normal, de passagères et momentanées, les lésions otiques deviennent permanentes, durables, et vont s'aggravant, la surdité aussi.

Ces récidives, ces résolutions incomplètes sont dues soit à la persistance de foyers d'infection, tels que les catarrhes naso-pharyngiens, les angines, les adénoïdites, au voisinage de l'oreille ; soit à des états généraux revenant d'une façon saisonnière, à répétition, affections pulmonaires, fièvre des foies ; soit à une succession de maladies qui ne laissent point à l'organisme le temps de se reprendre ; soit à des causes extérieures inévitables, professionnelles, climatériques ; soit à des intoxications.

De cette pathogénie découle de multiples indications thérapeutiques qu'il faut remplir pour agir efficacement sur les