

la respiration et la phonation, produisant alors des sensations pénibles (cicatrice manométrique).

VI. Difformités. — Quelques-unes sont à signaler : par exemple, le coloboma (fente verticale) que von Trötsch a rencontré, ou le non-redressement de la membrane qui s'observe chez les dégénérés (idiots ou autres). Bonnafont, Schwartz, Tillaux ont remarqué que la membrane est presque verticale chez les musiciens. Cette disposition en effet est plus favorable à la transmission qu'à la réflexion des sons au dehors.

VII. Tumeurs. — Quelques cas rares sont mentionnés dans les auteurs. Tel ce cholestéatome trouvé par Wendt (de Leipzig) dans le quart antéro-postérieur de la membrane.

V

MALADIES DE L'OREILLE MOYENNE

I. — OTITES MOYENNES AIGÜES.

On peut étudier sous ce titre général diverses modalités de la tympanite à marche aiguë (1). Ce sont :

1° Le *catarrhe* caractérisé par une simple hypersécrétion, sans symptômes généraux;

2° L'*otite moyenne aiguë simple*, sans suppuration, mais avec retentissement sur l'état général;

3° L'*otite moyenne aiguë suppurée*, s'accusant aussi par des troubles généraux.

(1) S. CORDIER, Étude sur le catarrhe de l'or. moy. dans la rougeole, thèse 1875 et (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1875, p. 868). — BURCKHARDT-MÉRIAN, *Volkman's Samml. klin. Vorträge*, n° 182, 1880. — NETTER, Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1888). — ZAUFAL, *Prager medicinische Wochenschr.*, n° 8, 20, 21, 1888. — BEZOLD, *Arch. für Ohrenh.*, Bd. XXI, p. 8. — KNAPP, *Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd. VIII, p. 36. — KATZ, Des otites dues à l'influenza (*Therap. Monatschr.*, n° 21850). — ZAUFAL, Du bacille de Friedlaender comme agent pathogène de l'otite moyenne aiguë (*Réunion des méd. allem.*, Prague, 1888). — WAGNIER (de Lille), Otite moy. aiguë obs. chez un lépreux (*Ann. de dermat. et syph.*, 1888, p. 715). — LUDWIG JANKAN, De l'otite moyenne aiguë consécutive à l'influenza (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 12, 1890). — KANTACK, Bactériologie de l'inflammation de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde (*Arch. of Otol.*, n° 1, 1890). — GELLÉ, L'oreille et l'épidémie de grippe actuelle (*Méd. mod.*, 16 janvier 1890). — HERMET, Les otites de la grippe (*Gaz. heb.*, 8 mars 1890). — DUPLAY, Otite ostéopériostique (*Bull. méd.*, 28 août 1890). — LOEWENBERG, L'otite grippale observée à Paris en 1891 (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, nov. 1891). — MOUNIER, De l'incision précoce du tympan dans l'otite moyenne aiguë simple (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, octobre 1892). — BOLT, Trois cas d'otite moyenne avec carie mastoïdienne après la variole (*Arch. für Ohrenh.*, 1893).

J'aurai soin, au cours de ma description, de mettre en relief ce qui appartient à chacun de ces types.

Étiologie. — Le catarrhe simple se rencontre principalement chez les enfants, notamment chez les nouveau-nés qui, n'expectorant pas, ont leurs trompes plus menacées par les infections. Le décubitus dorsal, où on les tient habituellement, laisse en contact avec les pavillons tubaires les mucosités contaminantes du rhino-pharynx. Le bouchon gélatineux qui remplit la caisse chez le fœtus et persiste en partie chez le nouveau-né, peut être considéré comme un milieu favorable à la pullulation microbienne (Netter).

L'hérédité peut accuser son influence, puisque Hubert Valleroux (1) et Trötsch ont vu, dans certaines familles, les divers enfants atteints de catarrhes tympaniques identiques. Les sujets scrofuleux y sont spécialement exposés.

Après ces conditions prédisposantes viennent les influences occasionnelles, comme les refroidissements portant sur l'oreille ou sur le corps entier. Aussi les catarrhes de l'oreille moyenne sont-ils particulièrement observés dans les saisons du printemps et de l'automne (*otite rhumatismale*). L'influenza agit très activement ici, de même que la rougeole et les autres fièvres éruptives, la diathèse rhumatismale. Le plus habituellement un catarrhe naso-pharyngien a précédé. Il résulte des travaux de Wreden, Baréty et Renaut, que très souvent l'otite des nouveau-nés s'accompagne d'affections pulmonaires graves. Wreden a vu que sur cinquante-deux nouveau-nés morts d'infections thoraciques, tous avaient en même temps de l'otite moyenne.

Les causes des otites aiguës simples ou suppurées sont un peu différentes.

Même pendant la vie intra-utérine, l'oreille moyenne peut s'infecter, si le liquide amniotique ou le contenu de l'estomac refluant pénètrent dans la trompe d'Eustache (Wendt). L'emploi des douches nasales, au moyen du siphon de Weber, est parfois la cause de suppurations tympaniques, si l'on n'a pas la précaution de lancer l'injection dans la moins perméable des deux fosses nasales, ou si le liquide n'est pas stérilisé; si, en un mot, la douche est donnée dans des conditions défectueuses. La trompe se laisse surtout forcer par les liquides quand on les renifle. Le tamponnement des fosses nasales constitué, par son tampon postérieur, une menace d'otite suppurée. (Hartmann, Gellé.)

Les ruptures de la membrane tympanique, qu'elles se produisent de dedans en dehors (insufflations d'air avec la poire de Politzer, effort brusque en se mouchant ou en toussant), ou de dehors en dedans (explosions d'armes à feu, de dynamite, violent soufflet reçu sur l'oreille, aspirations ou refoulements trop brusques avec le masseur

(1) HUBERT VALLEROUX, Mémoire sur le catarrhe de l'oreille moyenne et sur la surdité qui en est la suite. Paris, 1845.

du tympan), exposent la caisse à l'infection venue du dehors.

La tympanite aiguë s'observe encore dans les tentatives maladroitement pour l'extraction de corps étrangers, si surtout ces manœuvres sont employées sans précautions antiseptiques. Les brûlures profondes agissent de même. Dans les méningites l'infection peut se propager à travers la suture pétro-écailleuse. (Klebs, Moos.)

Divers états généraux graves figurent dans cette étiologie : rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, syphilis, diphtérie, influenza, coqueluche, constitution tuberculeuse. C'est notamment la scarlatine qui fait fréquentes et graves les tympanites. Burckhardt-Mérian mentionne que, dans une épidémie, la proportion des otites moyennes fut d'une sur trois cas.

Signalons enfin le rôle de quelques états pathologiques des centres nerveux ou des nerfs trijumeau, glosso-pharyngiens, qui amènent des troubles trophiques souvent compliqués d'inflammations aiguës.

Anatomie pathologique. — C'est ici qu'il convient de rappeler cette juste remarque de Toynbee, que *la muqueuse de la caisse réagit plutôt comme une membrane séreuse, dont elle se rapproche, du reste, par ses caractères histologiques.*

Dans le catarrhe, il existe une quantité variable d'un liquide séro-muqueux floconneux, parfois teinté de sang qui peut être suffisamment abondant pour emplir la caisse et la trompe d'Eustache. La muqueuse est congestionnée, tuméfiée. Cette congestion peut être assez intense pour que la muqueuse semble recouverte d'une couche de sang de teinte sombre (Toynbee). L'épithélium, desquamé par places, s'est mélangé au *secretum* tubo-tympanique. Dans le chorium muqueux, vaisseaux sanguins et lymphatiques sont dilatés; ceux-ci présentent même des cavités kystiques que Politzer considère comme étant de nouvelle formation. La membrane du tympan n'est que fort peu modifiée, parce que les altérations ne portent que sur sa couche interne muqueuse; aussi le manche du marteau, le triangle lumineux ont-ils leur aspect habituel et la translucidité de la membrane persiste-t-elle.

Les recherches bactériologiques de Zaufal, von Besser, Netter, Moos, Kantack, Martha, ont révélé dans les produits sécrétés des microbes variés, pathogènes ou non.

Les principaux sont : le staphylocoque pyogène doré, le streptocoque, le bacille de la pneumonie de Friedlaender. Kantack y signale les *Staphylococcus pyogenes albus*, *cereus albus*, les bacilles sapro-gènes (*x*, *y*, *z*) de Rosenbach. Les plus virulents d'entre ces microbes ne le sont que peu en somme. Quelques-uns se trouvent, même à l'état normal, dans les cavités buccale, nasale et pharyngée, sans y être pathogènes, mais qu'une circonstance adjuvante intervienne (coup de froid, rougeole, scarlatine) et des accidents graves se déclareront.

Dans l'otite les lésions sont bien plus accentuées. La muqueuse n'est plus seulement atteinte dans ses couches superficielles, mais bien dans toute son épaisseur où l'on peut trouver de l'infiltration purulente et quelques ecchymoses. L'épithélium est tuméfié et détaché par places. Le chorium muqueux est épaissi et ramolli. L'ensemble de la muqueuse se détache assez facilement de l'os sous-jacent, qui peut participer plus ou moins au processus inflammatoire (*otite périostique*).

Wreden l'a trouvée transformée en putrilage gangreneux (*tympanite gangreneuse*). Cette complication se rencontre surtout chez les enfants qui ont succombé à la variole ou à la rougeole. Gradenigo estime qu'il ne s'agit là que d'une modification post-mortem. L'inflammation a des sièges de prédilection; c'est surtout à la voûte (*tegmen tympani*), à la paroi interne près des fenêtres. Les cellules mastoïdiennes voisines et la paroi supéro-postérieure du conduit auditif sont toujours atteintes quelque peu.

Chez le nouveau-né, la masse embryonnaire qui emplit normalement la caisse se trouve mélangée de muco-pus sanguinolent. L'ensemble adhère si fortement à la muqueuse qu'il est impossible de l'enlever sans entraîner celle-ci par arrachement. (Parrot, Baréty et Renaut.)

La membrane du tympan, épaissie et rouge, perd sa transparence. Les osselets peuvent être luxés et éliminés avec la suppuration. Si l'étrier n'occupe plus la fenêtre ovale (*pelvis ovalis*), l'infection envahit le labyrinthe. Même résultat, si la membrane de la fenêtre ronde est ulcérée. Triquet a vu cette complication dans un cas de fièvre typhoïde. Les muscles du marteau et de l'étrier sont atteints de myosite d'abord et plus tard de dégénérescence fibreuse. Celui de l'étrier est moins atteint, protégé qu'il est par sa gaine osseuse.

Quelques organes ou cavités voisines peuvent être, surtout chez les enfants, envahis par la suppuration (méninges et cerveau, canal de Fallope, golfe de la veine jugulaire, apophyse mastoïde, sinus latéral).

Chez les enfants morts de diphtérie, Moos a trouvé tantôt une tympanite simple, tantôt des labyrinthites avec lésions graves des nerfs auditifs, des vaisseaux sanguins, des espaces lymphatiques, du périoste et de l'os. Dans tous les cas il y avait des streptocoques.

Le pus de la tympanite aiguë a des caractères divers. Il peut emplir complètement la caisse et la trompe. C'est du pus franc ou du muco-pus, du séro-pus, suivant les circonstances. Dans l'otite des tuberculeux il est crémeux et renferme des bacilles de Koch. Chez les malades atteints d'influenza, le contenu de la caisse peut être sanguin. (Delstanche, Reynier, Roosa, Matheson.)

Les bactéries trouvées dans ce pus ne diffèrent pas sensiblement de celles que nous avons signalées dans les catarrhes.

Röhrer, ayant examiné le pus de 100 malades atteints de tympanites, a remarqué que dans le pus fétide il y a des bacilles, tandis qu'il n'en a pas trouvé dans le pus non fétide. Voici le résultat de ses examens :

<i>Pus fétide.</i>	<i>Pus non fétide.</i>
De bacilles..... 28 p. 100.	De staphylocoques. 50 p. 100.
De cocci divers..... 72 —	De diplocoques..... 26 —
	De monocoques..... 19 —
	De streptocoques.. 5 —

Symptomatologie. — Le malade éprouve dans l'oreille et dans la moitié correspondante de la tête une sensation de plénitude avec quelques accès de douleurs lancinantes. Ces douleurs augmentent quand le malade fait un effort, se mouche ou exécute simplement un mouvement de déglutition.

Des bruits variés se produisent, quelquefois isochrones aux battements du pouls et cessant par la compression de la carotide, parfois au contraire rappelant le mot *djiï* et pouvant apparaître ou disparaître tour à tour. Le malade entend sa propre voix comme assourdie, mais elle résonne davantage dans l'oreille atteinte. Il se plaint que la marche retentit douloureusement dans son oreille. Parfois même il n'a plus la sensation de la résistance du sol. Tout travail intellectuel devient pénible, et si l'oblitération tubaire s'est produite brusquement des vertiges peuvent intervenir. Enfin on peut constater des névralgies du trijumeau affectant surtout la première branche, des troubles de la fonction gustative limités à la moitié correspondante de la langue. Ces troubles s'expliquent bien par les connections nerveuses de la caisse, notamment avec la corde du tympan. Très rarement on voit le facial paralysé durant quelques jours.

La membrane tympanique est plus ou moins enfoncée vers la paroi labyrinthique suivant le degré d'obstruction de la trompe. Elle est congestionnée, surtout au niveau du manche du marteau où les vaisseaux sont normalement plus abondants. Le promontoire s'accuse par un reflet clair et au-dessous une tache sombre indique la fenêtre ronde. Si la congestion de la membrane est très accentuée, le manche du marteau est dissimulé. Le triangle lumineux perd son éclat ou disparaît tout à fait. Quand les produits sécrétés sont en assez grande quantité, la membrane est rejetée en dehors et l'on peut voir une ligne de niveau dessinant une courbe à concavité supérieure. Si la cavité tympanique est remplie, la ligne de niveau disparaît et l'ensemble de la membrane prend une coloration d'un vert sale ou grisâtre.

Le liquide se déplace en avant ou en arrière selon l'attitude que prend la tête du sujet. Après l'insufflation d'air par la trompe, on peut voir des bulles se dessiner dans l'épaisseur de la couche liquide. Le

naso-pharynx est également atteint de catarrhe et on voit, par la rhinoscopie postérieure, des mucosités obstruer le pavillon tubaire.

Vient-on à interroger l'oreille avec le diapason-vertex, on remarque qu'il est mieux perçu de l'oreille la plus sourde ou la seule sourde, à moins qu'il n'existe préalablement une affection labyrinthique du même côté qui annule l'oreille interne. On peut encore, avec le diapason, constater l'obstruction tubaire. On le fait vibrer sous les deux narines du sujet en lui recommandant d'exécuter des mouvements de déglutition. A ce moment le son est renforcé seulement dans la trompe libre ou dans la moins obstruée (Politzer). L'expérience de Rinne, qui consiste à mettre successivement le diapason devant le conduit auditif et sur l'apophyse mastoïde, est négative, c'est-à-dire contraire aux conditions normales dans lesquelles le diapason est mieux entendu au méat auditif que par la mastoïde. Le degré de surdité est très variable, en général l'ouïe n'est atteinte qu'en partie.

C'est alors qu'il faut faire des insufflations d'air dans les trompes pour apprécier leur état.

Tout d'abord, malgré les insufflations, le médecin ne perçoit aucun bruit, puis brusquement un craquement se produit non sans quelque douleur; c'est la membrane tympanique qui est projetée en dehors tandis que l'air passant à travers la trompe fait entendre des râles muqueux. Si les produits sécrétés sont très abondants dans la trompe, on perçoit du gargouillement. La tonalité du son perçu donne quelque indication sur la consistance du liquide. Est-il aigu, on peut penser que les sécrétions sont très séreuses; est-il grave, au contraire, les sécrétions doivent être plus épaisses.

Après la douche d'air, la plupart des symptômes s'amendent, l'ouïe redevient bonne pour un temps plus ou moins long.

Le catarrhe tubo-tympanique présente une durée variable selon les cas. Il disparaît après quelques jours s'il s'agit d'une forme aiguë et s'installe au contraire pour longtemps lorsqu'il coïncide avec un catarrhe chronique naso-pharyngien. Les variations saisonnières influent sur sa marche. C'est ainsi que les poussées sont plus marquées au printemps ou à l'automne.

L'*otite moyenne* aiguë s'accuse par un ensemble de symptômes plus marqués. Ce sont d'abord des douleurs lancinantes, comparées à des coups de marteau, qui cessent et reparaissent. Elles sont plus fortes le soir et la nuit, empêchant le malade de dormir. Elles se propagent à toute la moitié correspondante de la tête et peuvent même s'étendre à l'épaule, et au côté correspondant du thorax (Valleroux). Moos a signalé des névralgies dentaires annonçant une tympanite.

Le malade a la sensation d'oreille pleine. La voix résonne exagérément dans sa tête. On exaspère la douleur quand on tire sur le

pavillon de l'oreille, ou si l'on presse transversalement sur le tragus. Des ganglions périauriculaires peuvent se tuméfier, surtout au sommet de l'apophyse mastoïde ou devant le méat auditif. Ici encore, comme dans le catarrhe simple, peuvent apparaître des troubles circonvoisins de pathogénie nerveuse : conjonctivites, photophobie (Wilde, Rau), nausées et vomissements, altérations de la sensibilité gustative dans une moitié de la langue par irritation de la corde du tympan (Urbantschitsch), paralysie faciale (Toynbee, Triquet). Duplay fait justement remarquer que nombre de paralysies faciales, dites rhumatismales, sont sous la dépendance d'une otite moyenne.

Les malades ont quelquefois des vertiges. Ils sont attribuables soit à l'obstruction tubaire, soit à une hyperhémie concomitante du labyrinthe.

Une fièvre plus ou moins intense accompagne l'inflammation tympanique. Elle s'accroît au moment de la formation du pus et peut aller jusqu'à provoquer des frissons, du délire et des convulsions.

La surdit e augmente à mesure que la caisse s'enflamme et s'emplit de pus. Le diapason est surtout perçu par l'oreille malade, le Rinne est négatif.

Si on pratique l'examen objectif de l'oreille atteinte, on constate des signes assez caractéristiques.

Tout d'abord une rougeur limitée se montre dans le fond des parois supérieure et postérieure du conduit auditif. La membrane du tympan offre les caractères que nous avons d j   signalés en étudiant les myringites. Quelques vaisseaux se montrent congestionnés autour du manche du marteau ou à la périphérie de la membrane. Bientôt toute celle-ci devient d'un rouge luisant ; sa couche épidermique se craquelle et ces débris épidermiques se détachent par places. Le manche du marteau et le triangle lumineux finissent par disparaître, et la tuméfaction rouge de la membrane se continue avec celle qui occupe la paroi postéro-supérieure du conduit. Quelques ecchymoses peuvent se montrer, soit autour du manche du marteau où passent les vaisseaux les plus importants de la membrane, soit sur la paroi du conduit auditif (Politzer).   signaler encore de petites phlyctènes qui peuvent apparaître sur la membrane, très comparabl s à celles de la kératite phlycténulaire. Une tuméfaction manifeste finit par se montrer sur la membrane du tympan. Elle est rouge, très convexe, étendue plus ou moins, et siégeant le plus ordinairement en arrière du manche du marteau. Avant que la perforation se produise, le pus peut s'écouler par la trompe d'Eustache, surtout chez les enfants.

Si la perforation vient à se produire, les douleurs cessent avec les phénomènes généraux et on trouve le conduit rempli d'un pus visqueux, mélangé de débris épidermiques et de quelques bulles d'air. Que l'on pratique une injection, et on trouvera tout le fond du conduit rouge. Tant que la suppuration est abondante, il est difficile

de voir la perforation parce qu'elle est baignée dans le pus, ou parce que le gonflement des parties la dissimule, c'est ce qui arrive, notamment, si la paroi supéro-postérieure vient s'accoler à la paroi antéro-inférieure. La surface du pus peut présenter un reflet brillant, qui est animé d'une petite secousse isochrone au battement des artères, toutes les fois qu'un peu de liquide est chassé de la caisse dans le conduit. Ce *reflet pulsatile* révèle l'existence de la perforation quand celle-ci n'est pas visible directement. Quand la suppuration est presque tarie, on peut apercevoir la perte de substance, sombre si elle est de petites dimensions, rougeâtre quand elle est large, parce que, seulement alors, la lumière peut la traverser pour aller éclairer l'intérieur de la caisse. Le si ge de la perforation est ordinairement dans la moitié inférieure de la membrane. Dans quelques circonstances, chez les enfants notamment, on la trouve à la partie supérieure, au-dessus de l'apophyse externe du marteau (perforation de membrane de Shrapnell). Il peut arriver que la membrane tympanique résiste et que le pus s'insinue sous les ligaments du conduit auditif, pour aller se faire jour près du méat. C'est une sorte d'abcès par congestion, qui peut former une fistule persistante. Les ganglions préauriculaires et carotidiens supérieurs sont souvent tuméfiés et douloureux.

Duplay décrit, sous le nom d'*otite périostique*, une forme particulière d'otite moyenne aiguë peu signalée et pourtant assez fréquente.

On l'observe surtout à la suite des otorrhées anciennes. L'écoulement s'arrête, tandis que le malade est pris de douleurs atroces, avec vertiges, délire, fièvre intense. Un gonflement o d mateux se montre dans le conduit, puis dans les régions mastoïdienne et temporale, où la peau est rouge, tendue. De la fluctuation apparait, et si l'on incise le stylet tombe ensuite sur l'os dénudé. L'injection poussée dans le conduit ressort par cette incision. Dans cette forme, la suppuration de la caisse s'est propagée *sous* le périoste du conduit auditif, qui se continue avec celui de l'apophyse mastoïde, et de l'écaille du temporal.

La marche de l'otite aiguë varie selon qu'elle a suppuré ou non. Dans ce dernier cas, les divers troubles rentrent peu à peu dans l'ordre et il ne persiste qu'un peu de dureté de l'ouïe, ou quelques bruits anormaux (sifflements, bruit de pluie, etc.) qui cessent assez promptement. En cas de suppuration, la terminaison est moins prompte. Quand elle est terminée, la perforation peut se fermer et on trouvera plus tard une partie déprimée, de couleur plus foncée, adhérente ou non   la paroi profonde de la caisse (*synéchies*). Plus souvent la membrane garde sa perforation, dont les bords se cicatrisent sans se rejoindre.

Chez les enfants la membrane est épaisse, la trompe d'Eustache rectiligne, la suture pétro-écailleuse non ossifiée. Ainsi s'explique

que, chez eux, le pus s'écoule plus aisément par la trompe ou pénètre dans la cavité crânienne (Toynbee). Burekhardt-Mérian a vu que, dans la scarlatine, la membrane se perfora vite et largement.

La marche dépend du terrain sur lequel évolue l'otite. Chez les tuberculeux et les affaiblis, elle se prolonge beaucoup.

L'antisepsie du conduit, pratiquée même avant la perforation, abrège beaucoup la durée en prévenant les infections secondaires.

Diagnostic. — L'otite moyenne aiguë peut être confondue avec une myringite de même marche. Cependant, dans l'otite, la suppuration est bien plus abondante et la membrane est voussurée en dehors, ce qui n'existe pas dans la myringite. Dans celle-ci l'ouïe est moins affaiblie et, si l'on vient à donner la douche d'air par la trompe, on n'entend pas des râles humides comme dans l'otite.

Les petits abcès développés dans l'épaisseur de la membrane tympanique, et bien décrits par Boeck, se distinguent de la tympanite par les mêmes caractères différents que la myringite. Leur évacuation ne donne issue qu'à quelques gouttes de pus crémeux bien différent du pus abondant qui coule en cas d'otite moyenne.

On a pu croire à une otite alors que le conduit auditif était rempli par une polype de coloration rouge; mais l'absence de douleurs, la possibilité de contourner avec un stylet coudé la surface du polype, rend cette erreur difficile.

L'otalgie a quelques caractères de la tympanite aiguë, mais il suffit d'examiner la membrane au spéculum pour constater qu'elle reste de couleur naturelle.

Enfin c'est surtout avec la méningite qu'il importe d'établir le diagnostic chez l'enfant. L'examen direct de l'oreille suffit. On doit poser en règle que tout enfant qui présente de la fièvre avec agitation cérébrale doit être examiné à l'otoscope. Le diagnostic de la méningite, sans cette condition, manquerait de certitude.

Une variété spéciale, l'otite goulteuse, se reconnaît à certains caractères particuliers. La douleur, très aiguë, survient la nuit et offre des rémissions peu communes dans les autres variétés.

Au matin, une sueur profuse couvre le pavillon. Cette otite apparaît presque toujours pendant un accès de goutte, et la constatation de tophus dans le pavillon vient encore affirmer sa nature arthritique.

Les deux variétés, catarrhe simple et otite, se distinguent par l'importance des symptômes, des douleurs notamment.

Pronostic. — Le catarrhe tubo-tympanique est habituellement sans gravité et guérit assez facilement. Il est quelques facteurs de gravité qu'il convient pourtant de signaler: la coïncidence d'un catarrhe naso-pharyngien qui expose aux récidives, la scrofuleuse qui entraîne facilement la persistance de l'affection et son passage à l'état chronique, l'arthritisme qui peut le faire dégénérer en sclérose

tympanique. La nature séreuse de l'épanchement comporte un pronostic moins fâcheux que la nature muqueuse.

L'otite est plus grave chez les enfants que chez les adultes, parce que la non-soudure de la suture pétro-squameuse expose aux complications cérébrales.

Celles qui compliquent les fièvres éruptives (rougeole, variole, scarlatine) sont particulièrement graves.

Chez les tuberculeux l'otite s'éternise, détermine caries et nécroses et contribue pour sa part à l'épuisement de l'organisme.

L'examen bactériologique est utile encore pour le pronostic. Il est d'expérience en effet que le streptocoque fait des otites plus graves que le pneumocoque.

On ne peut porter un pronostic sur la fonction auditive que lorsque l'affection est terminée. L'examen avec le diapason-vertex, les épreuves de Rinne et autres montrent alors si, oui ou non, l'oreille interne est intéressée, auquel cas le pronostic est beaucoup plus sombre. En tout cas il convient d'être très réservé sur le sort de la fonction auditive au début d'une tympanite.

Traitement. — Le malade atteint de catarrhe tympanique aigu doit garder la chambre, couvrir ses oreilles d'ouate et prendre des tisanes sudorifiques. En même temps, il convient de traiter le catarrhe naso-pharyngien par les moyens appropriés.

Pour atténuer les douleurs il convient de recourir aux instillations chaudes faites dans le conduit auditif, sous forme de bains locaux que le malade laisse en place pendant cinq ou six minutes en inclinant sa tête vers le côté sain. Les instillations peuvent être faites avec la solution :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme.
Extrait d'opium.....	10 centigr.
Eau distillée.....	20 grammes.

Entre-temps les oreilles seront couvertes d'une couche d'ouate.

Quand les phénomènes aigus ont cédé, on peut commencer les insufflations d'air par la trompe, au moyen de la sonde d'Itard, pratiquées tous les jours au minimum. Si la trompe ne se laisse pas traverser par l'air insufflé il suffit d'y envoyer par la sonde d'Itard quelques gouttes d'une solution de cocaïne (à 1 p. 10) qui rendent immédiatement plus perméable le conduit tubaire.

Les sangsues restent un bon moyen pour apaiser les douleurs. On en met trois ou quatre devant le tragus et en arrière du pavillon.

Dès que les symptômes indiquent que l'otite a rempli la caisse de pus, il faut pratiquer la myringotomie ou paracentèse. Le conduit étant préalablement nettoyé et stérilisé par des bains au sublimé (1 p. 100), on y instille 8 ou 10 gouttes d'une solution à 1 p. 100 de chlorhydrate

de cocaïne. On les laisse en place durant dix minutes environ, puis, avec le petit bistouri tympanique coudé, on pratique une incision courbe à concavité supérieure dans la moitié inférieure de la membrane. Si la tuméfaction se montre surtout à la partie postéro-supérieure de la membrane, c'est là qu'il convient d'inciser. Des injections antiseptiques à l'acide phénique ou au sublimé complètent ce traitement, le plus efficace contre les douleurs et les diverses conséquences de l'otite aiguë. Pour tarir ensuite la suppuration il n'est pas de meilleur moyen que l'instillation matin et soir de 8 ou 10 gouttes de glycérine phéniquée à 1 p. 10. La nécrose des osselets exige quelquefois leur extraction consécutive.

Contre l'otite gouteuse, l'application de sangsues et l'enveloppement des oreilles dans de l'ouate restent les moyens les plus recommandables.

II. — OTITE MOYENNE CHRONIQUE SIMPLE.

Catarrhe chronique.

Je réunis ici les divers états pathologiques de la caisse de type inflammatoire et de marche chronique qui évoluent *sans suppurer* (1).

Anatomie pathologique. — On peut, avec le professeur Duplay, distinguer deux variétés de l'otite moyenne chronique simple : forme *catarrhale* et forme *plastique*.

a. Dans la FORME CATARRHALE on retrouve les lésions signalées dans l'otite aiguë simple, mais moins accentuées. La muqueuse congestionnée et épaissie se montre d'un rouge pâle jaunâtre. La membrane tympanique participe plus ou moins aux altérations, épaisissements, etc., d'où variétés d'aspects assez sensibles. C'est principalement sa couche interne muqueuse qui est prise. Dans la caisse, la chaîne des osselets et ses muscles (muscles du marteau et de l'étrier) sont enraidis, leur corps musculaire a subi la transformation graisseuse. Le ligament suspenseur du marteau est rétracté. Toynbee a même trouvé la disjonction de l'enclume avec l'étrier. Les altérations s'accusent notamment à la paroi profonde, où les fenêtres ronde et ovale sont obstruées et l'étrier enfoui sous les divers produits inflammatoires.

(1) SCHWARTZE, *Arch. für Orenh.*, Bd. VI, p. 182. — BARNETT, Rapports de l'otite moyenne catarrhale chronique avec le catarrhe chronique du nez (*Americ. otol. Soc.*, juillet 1885). — THOMAS BARR, *Brit. med. Journ.*, avril 1888. — SUAREZ DE MENDOZA, Accidents cocaïniques par instillation dans la caisse (*Soc. fr. d'otol.*, 1839, p. 397). — PICANO, Accidents graves par l'instillation de cocaïne dans la caisse du tympan (*Gaz. degli Ospitali*, 26 octobre 1890). — A. BROMIER, Le massage dans l'otite moyenne chronique (*Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890). — HARTMANN, Maladies de l'oreille, 1890. — MIOT et BARATOUX, Maladies de l'oreille et du nez. Paris, 1894. — GARNAULT, Précis des maladies de l'oreille. Paris, 1895.

La caisse contient un liquide séreux, muqueux ou muco-purulent dans quelques cas. Schwartz a noté la qualité du liquide dans quatre-vingt-dix-sept cas. Il a trouvé qu'il était huit fois séreux, quatorze fois séro-muqueux, soixante-sept fois muqueux, huit fois enfin muco-purulent. Ce mucus est incolore, visqueux, s'étirant en filaments. L'épanchement est muco-purulent dans les états infectieux, fièvre typhoïde, etc. Il est possible de voir le liquide à travers la membrane où il forme une ligne de niveau. Th. Barr a vu des hémorragies graves chez un enfant de neuf mois, au cours d'un catarrhe chronique. La trompe d'Eustache a ses parois épaissies, d'où rétrécissement de son calibre. Des bouchons muqueux se forment à son orifice pharyngien ou en divers points de sa longueur.

b. Dans la FORME PLASTIQUE la sécrétion manque ou presque toujours et la lésion caractéristique consiste dans des fausses membranes qui rattachent la membrane tympanique à la paroi profonde de la caisse, entraînant en dedans et en haut le manche du marteau, ou qui enveloppent la chaîne des osselets, l'immobilisant, ou qui couvrent les fenêtres (ovale et ronde). Entre ces fausses membranes on peut rencontrer un peu de liquide louche.

Étiologie. — On y retrouve les causes qui déterminent le catarrhe aigu. L'âge et le sexe sont sans influence très marquée. La jeunesse y est un peu plus sujette. Parmi les causes générales on relève : l'influence héréditaire, la scrofule, la syphilis, l'arthritisme. Parmi les causes locales figurent le froid humide, les catarrhes nasopharyngiens.

Le catarrhe chronique peut succéder à la forme aiguë, mais il apparaît d'emblée le plus ordinairement. Les deux oreilles sont prises habituellement ensemble, moins l'une que l'autre.

Symptomatologie. — 1° SYMPTÔMES SUBJECTIFS. — L'affection est indolore la plupart du temps. Ce n'est qu'au moment des fluxions transitoires que le malade accuse une sensation de corps étranger, de plénitude qui peut aller jusqu'à la douleur. La surdité est peu marquée d'habitude. Elle augmente si les trompes viennent à s'obstruer. Le malade peut alors ne pas entendre la voix haute, même à proximité de son oreille. Cette surdité augmente par les temps humides et dans les diverses circonstances qui congestionnent l'extrémité céphalique (fatigues, travail cérébral, sommeil). Le sujet se plaint notamment d'une surdité plus marquée du côté sur lequel il a dormi. Que le malade désobstrue ses trompes en bâillant, en se mouchant ou en toussant, l'ouïe redevient bonne. Le malade indique lui-même qu'il a senti un craquement ou un déplacement après lequel l'ouïe s'est éclaircie. Il éprouve assez souvent une autophonie gênante. Toute secousse du corps, dans un faux pas par exemple, retentit douloureusement à son oreille.