

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.*, 1889, 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.

Les bruits oïques consistent surtout dans un bruissement. Ils augmentent par les jours humides et dans l'obstruction de la trompe. Des névralgies faciales ou autres, des vertiges se produisent chez un certain nombre de malades.

2° SIGNES OBJECTIFS. — La membrane se montre un peu congestionnée en haut et le long du manche du marteau. Dans son ensemble elle est terne et verdâtre, sans triangle lumineux. Si la trompe s'est obstruée, la membrane est attirée vers la paroi profonde de la caisse; alors le manche du marteau prend une direction oblique en dedans et en arrière; il se détache en saillie, de même que son apophyse externe qui semble avoir traversé la membrane; les plis antérieur et postérieur s'accusent davantage. Au travers de la membrane enfoncée, la branche descendante de l'enclume, l'étrier et le promontoire sont reconnaissables.

La moitié postérieure du tympan seule est parfois distendue de liquide; en ce cas elle fait une saillie jaunâtre tandis que sa moitié antérieure reste d'un gris foncé. C'est surtout le quart postéro-supérieur de la membrane, moins résistant, qui arrive à former une ampoule saillante.

La caisse est-elle partiellement remplie de liquide, on peut voir dans quelques rares occasions la *ligne de niveau*, claire, à reflets et à concavité supérieure. Cette ligne peut se déplacer si l'épanchement est fluide. Qu'on incline en avant ou en arrière la tête du malade, on sera témoin du fait. Tel malade entendra couché qui redeviendra sourd dans l'attitude verticale. La partie de membrane qui correspond au liquide est verdâtre ou grisâtre selon qu'elle recouvre un épanchement séreux ou muqueux. Politzer a signalé la coloration vert bouteille. Au-dessus elle est d'un gris plus clair. Les bulles d'air, plus ou moins grosses, se voient dans l'épanchement; une secousse peut les faire monter et éclater à la surface. La ligne de niveau et les bulles d'air peuvent ne se révéler qu'après une douche d'air par la trompe. Hagen a donné comme signe d'épanchement séreux dans l'oreille moyenne un bruit métallique perçu par le malade quand on percute sa tête.

Le diapason-vertex est mieux entendu de l'oreille la plus malade. L'épreuve de Rinne donne un résultat négatif; la contre-audition se produit assez habituellement; l'auscultation par le tube otoscope, tandis que la sonde envoie de l'air dans la trompe, fait entendre un bruit plus sourd et moins prolongé que dans une oreille normale.

Marche et terminaison. — La marche de l'affection dépend surtout de la cause qui l'a déterminée. Quand elle dépend d'un catarrhe naso-pharyngien simple, elle augmente ou diminue avec lui. Elle présente des aggravations ou des améliorations successives, principalement quand elle relève de l'arthritisme. Au contraire, dans l'ozène elle est tenace à l'égal de l'affection.

La marche n'est pas la même aux divers âges. Elle évolue plus vite vers la guérison chez l'enfant que chez les adultes.

La durée est encore en rapport avec la nature de l'exsudat. Est-il séreux? la résorption sera plus facile. Est-il muqueux? la disparition, plus lente, ne se fera guère sans qu'il persiste quelques fausses membranes.

Souvent il aboutit à la guérison s'il s'installe définitivement, l'audition restera diminuée, mais dans une proportion bien moindre que s'il s'agissait d'une sclérose tympanique.

Diagnostic. — Il s'établit assez aisément par l'examen de la membrane et de la trompe. L'amélioration de l'ouïe après la douche d'air est un bon signe diagnostique. La connaissance des causes aide encore à la reconnaître.

Il importe de ne pas confondre le catarrhe chronique avec les obstructions de la trompe. Celles-ci peuvent tenir à un épaissement des parois ou à la présence de mucosités dans sa cavité. On conclura à l'épaississement des parois lorsqu'après avoir cocaïnisé la trompe et introduit une bougie, on ne fait passer qu'une « veine gazeuse » étroite, sans production de crépitations. On pensera au contraire qu'il s'agissait de mucosités si, après le sondage, l'air passe largement en produisant du gagouillement. La rhinoscopie postérieure quelquefois permet de voir un bouchon muqueux dans le pavillon de la trompe.

Il arrive que la trompe et la caisse sont remplies à ce point que la douche d'air ne peut y prendre la place de l'exsudat. Pour ces cas, Miot et Baratoux conseillent la myringotomie inférieure qui donne issue aux mucosités, tout en établissant le diagnostic. On ne confondra pas la coloration jaunâtre d'un épanchement muco-purulent avec l'accroissement de la membrane au promontoire, car le stylet montre en ce dernier cas une résistance osseuse.

Pronostic. — Il est indiqué par l'effet de la douche d'air, car c'est uniquement si elle dégage l'audition que l'on peut espérer une heureuse terminaison. Les rechutes sont très à craindre. La cause intervient encore pour le jugement du pronostic. Quand le catarrhe est entretenu par des tumeurs adénoïdes, il suffit de les enlever pour guérir en même temps l'oreille moyenne. Celui qui complique les rhinoses hypertrophiques est plus tenace. Le pronostic s'améliore notablement si le malade peut habiter un climat sec et d'altitude élevée.

Traitement. — Il comprend des moyens locaux et généraux.

1° Le TRAITEMENT GÉNÉRAL s'adresse au tempérament du sujet ou à ses diverses propathies: scrofule, syphilis, arthritisme seront combattus par les ressources habituelles, et non sans confiance, car ils peuvent beaucoup en l'espèce. J'ai vu des malades guérir par l'administration presque exclusive du traitement antiscrofuleux.

2° TRAITEMENT LOCAL. — Une des premières indications est de rendre

la trompe perméable, car habituellement on est en face d'un état complexe (catarrhe tubo-tympanique). Le moyen le plus commode à employer tout d'abord est la douche d'air avec la poire de Politzer. Le malade l'utilisera matin et soir, tout en avalant des gorgées d'eau, six fois environ pour chaque côté du nez. Elles décongestionnent la muqueuse et favorisent la résorption des mucosités en les déplaçant. Les instillations d'eau alcaline dans les trompes aident à la désagrégation de ces bouchons muqueux. La douche d'air ne doit être employée que si toute phase aiguë a cessé, autrement elle serait douloureuse et pourrait accroître le mal. Les bains d'air comprimé sont employés pour remplir la même indication.

Quand les parois tubaires sont très tuméfiées, la veine gazeuse n'arrive pas à pénétrer dans la caisse. On peut alors élargir momentanément la trompe en y instillant cinq gouttes environ de la solution de cocaïne au dixième. On met en place la sonde d'Itard et faisant incliner la tête du côté malade on verse les gouttes dans le pavillon de la sonde. La douche d'air les projette ensuite dans la trompe. Ficano a vu que les instillations peuvent déterminer des accidents graves (vertiges et divers troubles du mal de mer), Suarez de Mendoza les a constatés de son côté.

Si le passage ne se fait pas avec les moyens précédents, on en arrive à l'introduction des bougies. Après avoir placé dans le pavillon tubaire le bec de la sonde, on fait pénétrer la bougie en gomme, plus souple que celle en celluloïde, sans oublier qu'elle ne doit pas pénétrer au delà de 4 centimètres, longueur maxima de la trompe. Le malade a du reste bien la sensation que la bougie pénètre dans son oreille moyenne. Ces sondages peuvent être répétés tous les deux jours environ et la sonde peut être laissée en place de quelques minutes à une heure. L'action des bougies est aidée par quelques instillations tubaires soit à la solution de nitrate d'argent (1 : 20), soit à celle de sulfate de zinc (1 : 40).

Les douches d'air arrivent assez souvent à vider la trompe et la caisse pleines de liquide, surtout si on emploie concurremment les douches médicamenteuses et si on fait pencher en avant la tête du sujet. Elles réussissent mieux chez l'enfant dont la trompe est large et les mucosités peu adhérentes.

Pour évacuer la trompe et la caisse du tympan, on peut recourir à l'aspiration pratiquée pour la première fois par Bonnafont avec une sonde introduite dans la trompe et une poire en caoutchouc préalablement comprimée. Ce procédé ne vide que la trompe. Son effet est rendu plus efficace, si on incline la tête du côté sain.

Ménière père et Weber-Liel ont transporté l'aspiration jusque dans la caisse au moyen de sondes et de bougies creuses (cathéter tympanique de Weber-Liel). Ce procédé difficile et douloureux est moins adopté.

Enfin, si le cas l'indique, si en particulier la cavité tympanique est remplie de liquide au tiers environ, on pratique la paracentèse de la membrane. La myringotomie sera faite en bas suivant une ligne courbe à une concavité supérieure, pour que, le lambeau supérieur se rétractant, l'ouverture ait chance de persister plus longtemps. L'épreuve de Valsalva ou la douche d'air assurent l'évacuation du tympan. Hinton et Schalle ont pratiqué l'aspiration du liquide par le conduit auditif.

Des lavages *per tubam* ou par l'extérieur, au moyen de la canule coudée d'Hartmann complètent l'évacuation quand il est nécessaire.

Itard recommandait la solution suivante, pour dissoudre le secretum tympanique :

| | |
|-----------------------|------------|
| Sulfate de soude..... | 2 grammes. |
| Eau bouillie..... | 100 — |

L'incision peut à la rigueur n'être qu'exploratrice.

Il va sans dire que la thérapeutique doit s'appliquer particulièrement à l'état du cavum et du pharynx (naso-pharyngites, adénoïdes, grosses amygdales), points de départ fréquents du catarrhe tubo-tympanique.

C'est principalement contre cette affection de l'oreille, qu'une saison hydrominérale sulfureuse peut être prescrite.

A. Bronner préconise le procédé connu du massage du tympan et des osselets. Sur un ensemble de 64 cas, il n'a eu que 20 améliorations certaines. Cinq fois la guérison fut définitive, sept fois elle persista une ou deux semaines, huit fois elle fut plus courte encore.

III. — OTITE MOYENNE CHRONIQUE SÈCHE.

Sclérose tympanique.

Cette variété de processus chronique représente un des cas les plus habituels de la pratique otologique, comme aussi l'une des plus rebelles (1). Elle est désignée par des noms différents, mais qui tous marquent sa nature scléreuse : *sclérose de la caisse*, *catarrhe sec de*

(1) LADREIT DE LACHARRIÈRE, De l'emploi des préparations iodées dans les affections de l'oreille (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1876, p. 178). — WEBER-LIEL, *Virchow's Arch.*, LXII. — KOSEGARTEN, *Arch. of Otol.*, n° 2, 28. — SCHWALBACH, *Therap. Monats.*, mars 1890. — A. BRONNER, *Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890. — CHOBWER, *Arch. of Otol.*, n° 23 1890. — KATZ, *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 40, 1890. — SAMUEL SEXTON, *Brit. med. Journ.*, 11 janvier 1890. — SUAREZ DE MENDOZA, *Soc. fr. d'otol.*, septembre 1890. — DELSTANCHE, *Soc. belge d'otol. et lar.*, 17 mai 1891. — THEOBALD, *Americ. Ass. Otol.*, Washington, septembre 1891. — MIOT, *Soc. fr. d'otol.*, mai 1891. — LADREIT DE LACHARRIÈRE et CASTEX, Le traitement marin dans les maladies du larynx, du nez et des oreilles (*Presse méd.*, 1894). — E. MÉNIÈRE, Manuel d'otologie clinique, 1895.