

gauche percevait la plainte : « Oh ! la ! la ! » ou « Oh ! maman ! ». De là à l'hallucination, la distance est faible, et les nerveux la franchissent souvent. Ces divers bruits peuvent coexister et être plus tenaces les uns que les autres, si bien qu'on guérit les uns, sans pouvoir atténuer les autres.

Comme autres symptômes subjectifs, il reste à mentionner la sensation de resserrement ou de plénitude que les malades éprouvent dans l'oreille ou dans la tête, les vertiges, la paracousie de Willis, les névralgies faciales, l'inaptitude au travail, la diminution de la mémoire, et, comme aboutissant, la lypémanie qui leur conseille parfois le suicide.

Politzer a remarqué que les manifestations symptomatiques (surdité, tintouins, etc.), ne sont pas en proportion exacte avec le degré des altérations anatomo-pathologiques.

2° SYMPTÔMES OBJECTIFS. — Le conduit auditif externe est, chez ces malades, souvent élargi, à peau sèche ou pityriasique.

La membrane tympanique sera normale, plus ou moins scléreuse. Alors, elle se montre grisâtre et opaque, en totalité, ou seulement par places, et c'est principalement la périphérie qui est blanchâtre. Parfois, on y trouve des dépôts calcaires ou adipeux, affectant la forme d'un croissant dont la concavité regarde le centre de la membrane.

Le stylet coudé qui explore cette membrane la trouve tendue, et quelquefois anesthésiée.

Des synéchies se sont quelquefois produites entre la face profonde de la membrane et les parois de la caisse. Elles se traduisent par des opacités en forme d'étoiles, sur la membrane. A signaler aussi les plaques atrophiques, constituées par un amincissement pathologique et circonscrit de la membrane qui proémine en dehors, ou rentre vers la caisse, sous l'action du spéculum pneumatique de Siegle.

Le manche du marteau est relevé en dedans et en arrière. Son apophyse externe, proéminente en dehors, frappe le regard, dès qu'on examine. De cette apophyse externe se détachent, en avant et en arrière, deux plicatures arciformes (plis antérieur et postérieur). Ils résultent de l'enfonçure des parties centrales de la membrane. Avec le cadre tympanique, ils circonscrivent la membrane flaccide de Shrapnell.

Pratique-t-on la douche d'air avec la sonde d'Itard, les sensations perçues varient. Tantôt le médecin entendra des râles muqueux par le tube otoscope qui relie son oreille à celle du sujet malade. Ils indiquent que des mucosités encombrent la trompe. Tantôt, si ce canal de communication est élargi et sec, comme il arrive d'habitude, ce seront des souffles tubaire ou amphorique.

Le diapason mis sur le vertex montre que le diapason est plus entendu de l'oreille la plus scléreuse (épreuve de Weber).

Marche. — Terminaisons. — La marche, insidieuse au début, est fatalement progressive. Quand le malade reconnaît qu'il commence à perdre l'ouïe — ce que son entourage a remarqué avant lui — l'affection est déjà solidement installée. Favorisés sont ceux qui sont prévenus du danger par des bourdonnements ou autres bruits entotiques, car, suivant les cas, ce sont les bruits ou la dysécécie qui se montrent d'abord. Les deux oreilles sont prises, le plus souvent, à des degrés différents.

Toute inflammation intercurrente du rhino-pharynx ou de la trompe aggrave l'affection.

Elle met plus ou moins de temps à évoluer, de un à vingt et trente ans. Elle aboutit, à la longue, à la sclérose labyrinthique. La panotite est alors constituée et la surdité complète.

Diagnostic. — Quand on soupçonne la sclérose tympanique, d'après le récit du malade parlant de sa surdité et de ses bruits d'oreille, il faut d'abord s'assurer qu'on n'a pas affaire à une affection similaire comme :

1° Une otite moyenne catarrhale. En ce cas, la membrane est plus terne, des bulles d'air se montrent sous elle après l'insufflation par a trompe, celle-ci révèle l'existence de mucosités intratubaires. Enfin surtout, l'affection est moins ancienne et de marche plus rapide. Dans la sclérose, la membrane de Shrapnell reste mobile sous le Siegle, tandis qu'elle est soudée au col du marteau dans le catarrhe hypertrophique.

2° Une otite interne labyrinthique. Celle-ci se caractérise par les vertiges. Le diapason-vertex est mieux perçu par la bonne oreille. L'épreuve de Rinne est positive. Les antécédents (syphilis, tabès) éclairent aussi le diagnostic. La disparition de l'audition des sons graves est un signe de sclérose labyrinthique.

3° La surdité nerveuse se reconnaît à l'absence des lésions constatables, au manque de bourdonnements, à l'apparition ou à la cessation brusques de la surdité.

Le diagnostic positif étant établi, il reste à se prononcer sur l'état des diverses parties.

Y a-t-il ankylose des osselets ? On le saura par l'emploi du spéculum pneumatique ou par l'épreuve des pressions centripètes de Gellé. Pour apprécier le degré de mobilité de l'étrier, Schwartze incise la membrane et va toucher directement l'osselet.

Le labyrinthe est-il intéressé ? C'est par la constitution de bruits musicaux (cloches, chants d'oiseaux), et par l'enquête aux diapasons qu'on sera fixé.

Pronostic. — Il est toujours grave, mais avec des degrés. Le traitement peut certainement arrêter le processus ou même le faire rétro-céder, mais, comme il est impossible de se prononcer dès le premier examen, il est prudent de remettre son jugement à quelques semaines,

lorsqu'on aura pu apprécier le résultat de l'intervention thérapeutique.

De prime abord, on peut considérer comme d'un pronostic fâcheux la tympano-sclérose des héréditaires ou des vieillards, celle des arthritiques, celle où la perception osseuse est mauvaise et les bruits intenses, continus. Au contraire, l'espoir est permis si le labyrinthe est indemne, si les premiers efforts du traitement donnent un résultat. La forme qui succède aux tympanites suppurées comporte un moins fâcheux pronostic. Il en est de même si on découvre une affection naso-pharyngienne causale sur laquelle on puisse agir.

Traitement. — Les moyens à utiliser contre la sclérose tympanique se divisent en traitement général ou local.

A. TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Il faut d'abord placer le malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. La suppression des excès cérébraux, ou autres, s'impose. On cherche si le malade n'est pas syphilitique ou arthritique, pour agir sur son état diathésique.

Deux médicaments ont une certaine action sur la sclérose tympanique, ce sont l'iode et le mercure.

Le premier s'administre sous la forme d'iodure de sodium, moins fatigant pour le malade que l'iodure de potassium. Il est mieux de l'administrer à dose faible, mais continue. Le malade prendra, tous les jours, pendant plusieurs périodes de quinze jours, une cuillerée à café de la solution :

Iodure de sodium.....	10 grammes.
Eau distillée.....	200 —

Toynbee a montré les bons effets du calomel et du sublimé. Il faisait prendre, chaque jour, pendant plusieurs mois, 3 centigrammes de calomel, ou 4 milligrammes de sublimé. Baratoux administre le sublimé par voie hypodermique. Il recommande la formule :

Bichlorure de mercure.....	50 centigr.
Chlorure de sodium.....	10 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	10 —
Eau distillée.....	50 grammes.

Dix gouttes en injection sous-cutanée.

B. TRAITEMENT LOCAL. — Le moyen le plus fréquemment employé consiste dans les insufflations d'air par la trompe d'Eustache, au moyen de la sonde d'Itard, pour désobstruer le canal, s'il y a lieu, mais surtout pour remettre dans la cavité tympanique la quantité d'air nécessaire qui y fait défaut partiellement et mobiliser la chaîne des osselets par l'irruption brusque de l'air qui refoule en même temps, en dehors, la membrane tympanique rétractée en dedans. Le moyen est un peu fatigant pour le malade, mais il est très utile au début du traitement. La difficulté est que l'intervention du médecin est indispensable chaque fois, car bien peu de malades arrivent à se passer la sonde d'Itard eux-mêmes.

C'est alors qu'on peut leur prescrire une poire de Politzer (avec orifice sur le côté de la poire et embout recouvert de caoutchouc). Avec cet appareil ils maintiennent plus aisément et augmentent même les résultats acquis par la sonde, en pratiquant trois insufflations en moyenne, matin et soir, dans chaque côté du nez. On suspendra les insufflations au bout de vingt-cinq jours environ, pour ne

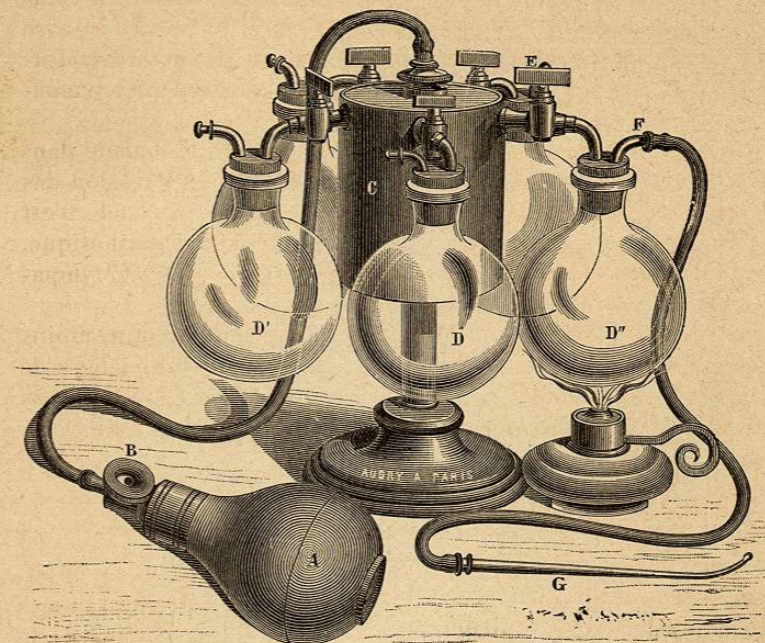


Fig. 90. — Appareil de Miot, pour insufflations. — A, poire en caoutchouc; B, soupape; C, caisse à air avec soupape; D, D', D'', ballons; E, robinet; F, tube en caoutchouc avec embout; G, sonde.

pas fatiguer l'oreille, puis on y reviendra : si dès les premières séances le mal s'aggrave, y renoncer immédiatement.

Les insufflations médicamenteuses ont pour but d'adjoindre à l'action mécanique du moyen précédent un effet thérapeutique direct sur les muqueuses. Les vapeurs les plus usitées sont celles de vapeur d'eau et de chlorhydrate d'ammoniaque (Triquet), d'iode, d'éther sulfurique (Itard), d'éther iodoformé, de chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant (Politzer), de menthol, d'iodure d'éthyle (Burekhardt-Mérian), d'hydrogène (Lœwenberg). Divers appareils sont utilisés pour les injections médicamenteuses. Je citerai la poire à chlorhydrate d'ammoniaque de Politzer; l'eau, quelques gouttes d'acide chlorhydrique, un peu d'ammoniaque y sont disposés séparément pour réaliser l'état naissant au moment de l'insufflation. A citer également les capsules à insufflation, en verre et remplies d'ouate sur

laquelle on dépose le liquide. Nous avons aussi les petits pulvérisateurs simples, agencés d'après le système de Richardson. Le grand, appareil de Bonnafont et celui de Miot à réservoir central et ballons multiples (fig. 90), enfin le petit ballon à chlorhydrate d'ammoniaque, de Baratoux. Les insufflations médicamenteuses doivent être pratiquées trois fois par semaine en moyenne, selon la tolérance du malade. A chaque séance cinq à six insufflations; traitement poursuivi pendant un ou deux mois environ.

Les injections ont été pratiquées depuis que Guyot eut l'idée d'injecter de l'eau tiède dans les trompes d'Eustache. On les pratique avec divers liquides dont voici les formules :

	Chlorhydrate d'ammoniaque.....	1 gramme.
	Eau distillée.....	30 grammes.
ou	Iodure de potassium.....	1 gramme.
	Eau distillée.....	30 grammes.
ou	Potasse caustique.....	0gr,05
	Eau bouillie.....	20 grammes.
		(SCHWARTZE.)
ou	Bicarbonate de soude.....	1 gramme.
	Glycérine.....	2 grammes.
	Eau bouillie.....	20 —
		(POLITZER.)

Ces diverses injections sont assez douloureuses et ont quelquefois déterminé des poussées aiguës. Ne les employer qu'avec réserve.

Les injections de cocaïne ne sont pas sans danger. Dans un cas où il avait injecté cinq gouttes d'une solution à 5 p. 100, Schwabach (de Berlin) a constaté des vertiges qui revinrent trois jours durant. Suarez de Mendoza a fait la même observation.

Delstanché a beaucoup prôné les injections massives de vaseline liquide; elles sont efficaces. On en introduit quelques gouttes dans la sonde d'Itard et on insuffle avec la poire au moment où le malade déglutit. Le liquide est de la sorte projeté en pulvérisation sur les parois de la caisse. En même temps le tube otoscope est mis entre l'oreille du malade et celle du médecin pour apprécier ce qui se passe dans la caisse. Hinton pense que l'amélioration obtenue tient surtout à la dissolution des mucosités qui encombrant la trompe, car les lésions de la caisse sont difficilement modifiables. Les inconvénients de ces injections sont une sensation de plénitude dans l'oreille, quelques douleurs ou même l'augmentation temporaire de la surdité et des tintouins. Dans des cas particulièrement malheureux, on a vu des mastoïdites ou des phlébites du sinus.

Ces diverses interventions *per tubam* peuvent être empêchées par un rétrécissement de la trompe ou son engouement par des mucosités. On doit alors introduire des bougies dans la trompe. Mettant en place

la sonde d'Itard, on y fait pénétrer une bougie fine, qui entre dans la trompe et détermine une douleur nette dans l'oreille, quand elle est parvenue dans la caisse. L'insufflation ou l'injection pratiquées après cette désobstruction par la sonde réussissent bien mieux. E. Ménière recommande les bougies, non seulement pour explorer et dilater la trompe, mais aussi pour y porter des substances médicamenteuses. Il recommande particulièrement la solution iodo-iodurée.

Un autre moyen d'agir sur la caisse et sur la membrane tympanique en particulier est de recourir au masseur du tympan (fig. 91). Ce petit appareil est une simple pompe aspirante et foulante adaptée à un tube muni lui-même d'un embout qu'on place dans le conduit auditif. Par ce moyen, le malade, raréfiant et condensant tour à tour l'air dans son conduit auditif externe, attire en dehors et refoule en dedans la membrane. Les osselets peuvent être mobilisés ainsi. Il faut que l'embout auriculaire soit ovalaire et recouvert de caoutchouc afin d'entrer à frottement dans le conduit. Faire mettre au malade, deux fois par semaine environ, dans son oreille, cinq ou six gouttes de glycérine neutre le soir, pour que sa membrane tympanique s'assouplisse un peu. Certains malades se trouvent mieux de ces massages spéciaux que des insufflations d'air par la trompe.

Lucae agit sur la chaîne des osselets en pressant directement sur le marteau au moyen d'un appareil qui consiste en une tige terminée par une petite pelote et mue par un ressort à boudin. Faire agir la pelote sur l'apophyse externe.

Ces actions directes sur la caisse ont pu aggraver l'état des malades, le cas est rare.

Nous avons une statistique de Bronner qui est instructive à cet égard. Sur soixante-quatre cas de massage du tympan, il a obtenu vingt améliorations, quarante-trois résultats négatifs, une aggravation.

La médication indirecte sur l'apophyse mastoïde (pommade excitante à la véraltrine, teinture d'iode, pointes de feu) n'a pas d'action bien efficace, du moins dans la sclérose tympanique.

Le traitement particulier des bruits subjectifs ne doit pas être négligé. Il est représenté par les courants galvaniques et surtout l'électricité statique (E. Ménière), l'administration du sulfate de quinine,

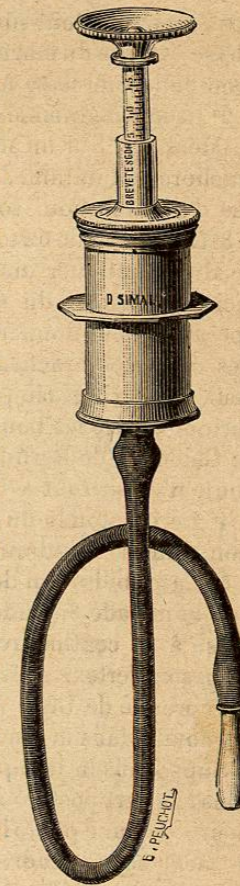


Fig. 91. — Masseur du tympan.

des bromures, les injections sous-cutanées de pilocarpine (Politzer). Elles agissent en provoquant dans la caisse une hyperhémie, puis une exsudation qui relâche les tissus sclérosés et les adhérences. Le séjour dans les hautes altitudes réussit parfois.

Si ces divers moyens n'ont procuré aucune amélioration, on envisage la question du traitement chirurgical.

C. TRAITEMENT CHIRURGICAL. — 1° Les plicotomies antérieure ou postérieure portant sur les plis antérieur ou postérieur qui, de l'apophyse externe du marteau, vont au cadre tympanique. Cette opération rend de la souplesse à la membrane.

2° La myringotomie donne quelques résultats. Voici ceux qu'indique E. Ménière : Sur un ensemble de cent cinquante et une interventions, amélioration durable, neuf ; amélioration passagère, cinquante-cinq ; pas d'amélioration, soixante-quinze ; aggravation, douze.

3° La ténotomie du muscle du marteau. On peut, suivant le procédé de Miot, pratiquer une incision devant le manche du marteau, puis inciser le tendon du muscle avec un ténotome courbe. Cette petite opération peut donner assez de sang à cause de l'artériole du tendon. Les opérés en crachent même quelquefois. Weber-Liel l'a pratiquée deux cent vingt-cinq fois, et constaté qu'elle agit favorablement surtout contre les bourdonnements et les vertiges. Suivant le conseil de Cholewa (de Berlin), opérer l'oreille la plus malade, à moins que l'ouïe n'y soit tout à fait perdue.

4° La ténotomie du muscle de l'étrier pratiquée à l'aide d'une incision dans le quadrant postéro-supérieur. (Kessel, Urbantschitsch.)

5° La mobilisation de l'étrier. Cette opération est acceptable, pourvu que le malade entende encore la voix haute à un mètre et la voix basse à 50 centimètres. Elle est contre-indiquée s'il y a surdité au diapason-vertex, si le malade n'entend plus de bourdonnements et si l'épreuve de Gellé (des pressions centripètes) montre que l'étrier est soudé dans la fenêtre ovale (*pelvis ovalis*).

Supposons-la indiquée : Une incision est conduite, périphérique, dans le quart postéro-supérieur. On peut après débrider la lèvre supérieure par une petite incision perpendiculaire à la première, si l'étrier se cache sous le cadre tympanique. C'est l'incision recommandée par Miot. Politzer taille, dans la même partie de la membrane, un lambeau triangulaire à sommet supérieur qui se rabat autour de sa base, mettant à découvert l'étrier. Avec un stylet à palette on cherche alors à le mobiliser en tous sens, en agissant au-dessous de l'articulation incudo-stapédale. S'il est nécessaire, on sectionne la branche descendante de l'enclume. Les accidents à craindre sont la lésion de la corde du tympan, la dislocation incudo-stapédale, la fracture des branches de l'étrier. Les résultats de cette opération, appliquée à la tympano-sclérose, sont encore discutables. Si certains cas ont été améliorés, d'autres sont aggravés. Le bénéfice est plus certain contre les bour-

donnements que contre la surdité. Nous en dirons autant de l'extraction des osselets.

En somme : administration des iodures, cathétérismes, massage du tympan et au besoin mobilisation de l'étrier, telles sont nos usuelles ressources contre cette affection, très rétive à la thérapeutique.

IV. — OTITE MOYENNE CHRONIQUE SUPPURÉE.

Otorrhée.

Cette variété d'otite, désignée par Itard sous le nom d'*otorrhée*, est encore très exactement dénommée par Urbantschitsch *tympanite suppurée chronique*. Elle consiste dans une suppuration chronique de la cavité tympanique et se présente souvent aux soins du médecin auriste (1).

Étiologie. — Elle peut succéder à une otite moyenne aiguë, mais, le plus généralement, elle s'installe d'emblée. Ses causes *générales* sont surtout la scrofule et la tuberculose. La rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, sont assez souvent l'origine d'otorrhées rebelles. C'est ainsi qu'on l'observe principalement chez l'enfant ou l'adulte.

Les causes *locales* sont variées. On la voit succéder à l'otite externe ou à la rupture traumatique de la membrane. Il n'est plus possible d'admettre l'*otorrhée cérébrale*, à laquelle croyait Itard. D'après cet auteur, elle consistait en des abcès cérébraux qui venaient se faire jour à travers les cavités de l'oreille. Son interprétation était erronée, car, dans les faits évoqués pour établir cette variété (observations de Lallemand, Malherbe, Bertin), on a trouvé des otopathies primitives, telles que fractures du rocher, précédant l'abcès cérébral.

Anatomie pathologique. — La muqueuse de la caisse est épaissie et granuleuse, rappelant l'aspect de certaines conjonctivites granuleuses. Ce sont ces granulations qui, augmentant de volume, arrivent à constituer les polypes qu'on voit apparaître au méat auditif. L'épithélium, qui manque par places, prolifère exagérément en d'autres, au point d'emplir presque complètement la cavité du tympan (lympa-

(1) HAGEN, Die Karbolsäure und ihre Anwendung. Leipzig, 1863. — GRUBER, Monats. für Ohrenh., 1873, p. 10. — GUYON, Ann. des mal. de l'or. et du lar., 1876, p. 362. — MOSLER, Virchow's Archiv, Bd. XIV, p. 557. — BEZOLD, Arch. für Ohrenh., Bd. XV, p. 1. — URBANTSCHITSCH, Wiener med. Presse, n° 23, 1876. — FANTON, Affectations de l'oreille moyenne consécutives aux fièvres exanthématiques, thèse de Montpellier, 1878. — E. MÉNIÈRE, Du traitement de l'otorrhée purulente (Congrès intern. d'otol., 1880. — LUDWIG, Carie et extraction de l'enclume (Arch. für Ohrenh., Bd. XXIX, 4^e livraison). — NOQUET, Otite purul. chronique chez les alcooliques (Rev. de laryngol., 1882). — LUC, Deux cas de guérison de suppuration chronique de la caisse par excision du marteau (Soc. de laryngo-otol. de Paris, 1891). — SEXTON et BRYANT, Med. Record, New York, 18 avril 1891. — MARTHA, Arch. de méd. experim., 1^{er} janvier 1892. — BONNIER, Otorrhée bilieuse au cours d'un ictère grave (Soc. de laryngol. de Paris, 1893).