

La *forme chronique*, qui existe depuis longtemps lorsqu'on est appelé à la traiter, se caractérise par de l'otorrhée souvent compliquée de crises exacerbantes.

Au cours de ces crises, des céphalalgies, des vertiges, de la fatigue intellectuelle et physique se montrent.

Pour pratiquer un examen, il est indispensable de débarrasser le conduit des débris épidermiques qui l'encombrent. Après cocaïnisation, un stylet coudé reconnaît la carie des parois ou des osselets. Elle occupe de préférence l'enclume (Ludewig) (1). Ces points de carie entraînent presque fatalement un écoulement fétide et une pullulation de polypes, parfois le développement d'un cholestéatome.

Au nombre des complications qui sont le plus à redouter en cas d'atticite, je mentionnerai les mastoïdites, car presque toujours l'infection de l'antre mastoïdien coïncide avec celle de l'attique, les caries du rocher, la phlébite des sinus, enfin les abcès cérébraux dans le lobe temporal.

**Traitement.** — J'indique la série des moyens à utiliser, en commençant par les plus simples. Si la perforation est assez large, on peut d'abord pratiquer des injections dans le *recessus epitympanicus* au moyen de la petite canule intratympanique coudée d'Hartmann.

Delstanche a présenté à la cinquième réunion annuelle des otolaryngologistes belges, en 1894, un petit appareil à injection de l'attique qui fournit une série de jets saccadés très favorables à l'évacuation de cette petite cavité.

L'injection la plus recommandable est la solution de sublimé à 1/2000. Ces lavages peuvent être faits *per tubam*, s'il y a indication particulière. On détruira les granulations avec le galvanocautère et on instillera dans l'oreille, tous les matins et soirs, cinq ou six gouttes de glycérine phéniquée à 1/10.

L'évacuation est-elle insuffisante? On pratique la paracentèse derrière le manche du marteau, à partir de la perforation et en descendant. Gomperz insiste sur les bons résultats de la méthode conservatrice; on obtient environ 50 p. 100 de guérisons.

Si pourtant la suppuration est intarissable, on procède à l'ablation du marteau et l'enclume, suivant les procédés de Schwartze ou de Kessel.

En dernier ressort, on recourt à l'opération de Stacke. Elle consiste à détacher le pavillon par une incision qui le circonscrit en haut et en arrière et se prolonge sur la moitié postérieure du conduit auditif membraneux. On approche ainsi de la membrane tympanique. Avec un petit bistouri spécial (tympanotome), on dessine une incision en U autour du manche du marteau. Puis, y insinuant une petite anse froide, on entraîne l'osselet par un mouvement de traction en bas et en dehors, on abat le mur de la logette avec une petite gouge,

(1) LUDWIG, De la carie de l'enclume et de son extraction (*Archiv für Ohrenh.*, Bd. XXXIX und XXX).

après avoir placé au delà de lui le protecteur de Stacke, qui prévient les échappées dangereuses. On peut encore recourir, pour cet abatage, à la pince spéciale qu'a fait construire Gellé (fig. 93). Le mur tombé

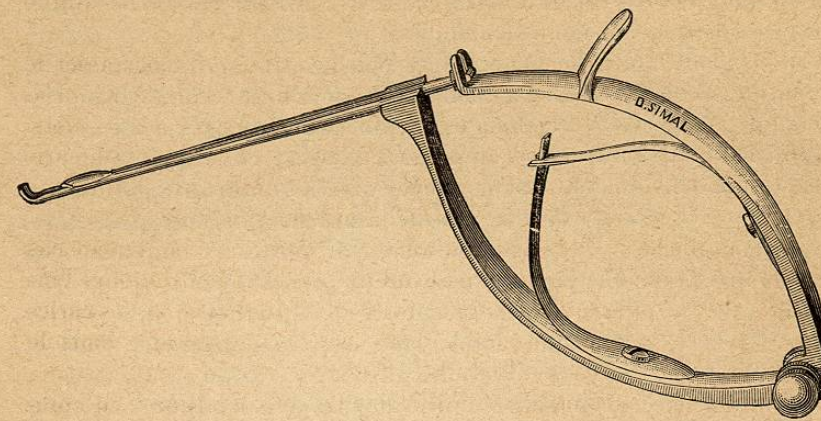


Fig. 93. — Pince pour abattre le mur de la logette (Gellé).

on est dans l'attique, d'où il est possible d'extraire l'enclume et où l'on peut curetter les parois. Inévitablement on lèse la corde du tympan. C'est sans gravité. On peut rendre l'opération plus complète en ouvrant, après l'attique, l'antre mastoïdien et l'aditus qui les fait communiquer.

Sur une première série de 33 cas, Stacke avait obtenu 19 guérisons.

## VI

### MALADIES DE LA TROMPE D'EUSTACHE

Pour examiner, à tour de rôle, les diverses affections de la trompe, je les répartirai en : *traumatiques, vitales, organiques* (1).

**I. Traumatismes, corps étrangers.** — La trompe peut être rupturée dans les traumatismes graves qui atteignent la tête, par exemple dans les fractures du crâne, mais le traumatisme le plus habituel consiste dans sa déchirure par les divers instruments introduits dans son intérieur. La sonde d'Itard, entre les mains d'élèves

(1) DENNERT, *Deutsche Zeitschr. für prakt. Medicin*, 1878, n° 44. — WEBER-LIEL, Tympano-Koniathrose (*Congrès méd. intern.*, 1881). — URBANTSCHITSCH, *Wiener medic. Presse*, 1883, nos 1, 2, 3. — HARTMANN, *Mitth. in der Otol. Sektion der Naturf. Fribourg*, 1883. — MERCIÉ, *Trait. des rétrécissements de la tr.* par l'électrolyse (*Acad. de méd.*, 11 mars 1884). — CARL LAKER (de Grätz), *Arch. für Ohrenh.*, Bd. XXVIII, 3° livr. — MÉNIÈRE, *France méd.*, 2 avril 1889. — SUAREZ DE MENDOZA, Note sur le traitement galvanocautérique des obstructions de la trompe (*Soc. fr. d'otol.*, 1889). — VERDOS, *Revista de rinologia*, avril 1890.

inexpérimentés, peut lacérer les parois. Une fausse route se produit principalement lorsqu'on y introduit des bougies pour dilater un rétrécissement. Pour peu que la muqueuse soit ulcérée ou simplement ramollie, le bout de la bougie pénètre dans les parois. Si, immédiatement après, on donne la douche d'air, de l'emphysème se produit. Cet accident n'offre en général que peu de gravité. Dans deux circonstances où je l'ai vu se produire, tout s'est borné à de la gêne pour déglutir, car le voile du palais et les piliers postérieurs se montraient infiltrés, à la sensation de crépitation gazeuse constatée sur le côté correspondant du cou, tandis que les malades se trouvaient un peu oppressés et avaient la voix sourde. Dans les quarante-huit heures tout avait disparu. Dans un cas observé par Verdos, l'emphysème s'est généralisé parce que le sujet, qui avait un peu d'infiltration palpébrale et de gêne au pharynx, se livra, pour s'en débarrasser, à de violents mouvements d'expiration. Pour éviter cette complication, il est de règle de ne pas faire l'insufflation d'air lorsque, ayant trouvé quelque difficulté à faire pénétrer la bougie, on la retire couverte de sang à sa pointe.

Il y a lieu de rappeler ici les contaminations possibles, que j'ai signalées déjà à propos de l'examen de l'oreille. Comme la syphilis et d'autres infections se localisent volontiers dans le naso-pharynx, on ne doit pas employer une sonde d'Itard ou tout autre instrument destiné à la trompe, sans une désinfection préalable. Pour la sécurité du malade, l'auriste lui conseille d'avoir une sonde qui ne serve qu'à lui; sa responsabilité personnelle est ainsi à couvert si des accidents syphilitiques ou autres se montraient quelque temps après son intervention.

*Corps étrangers.* — Le canal tubaire est souvent rempli de mucosités plus ou moins concrètes, qui gênent la circulation de l'air. Une aspiration, pratiquée avec la sonde et la poire, lui rend en partie sa perméabilité. Elles se dessèchent surtout au voisinage du pavillon, et il n'est pas rare de retirer du *cavum* des croûtes verdâtres sur lesquelles se sont moulés les pavillons tubaires. Gellé en a entraîné qui s'étaient embrochées sur le bec de la sonde. L'expulsion d'un bouchon muqueux peut s'accompagner d'un bruit de détonation, avec retour immédiat de l'ouïe (Semeleder). Les trompes peuvent encore contenir du pus, du sang; c'est ce qui se produit notamment après certains tamponnements des fosses nasales lorsque le sang ne peut s'échapper ni en avant, ni dans l'oro-pharynx. Les principaux corps étrangers solides trouvés dans les trompes sont des vers lombrics qui ont pu sortir par le conduit auditif externe (Audry), des épis de graminées (Fleischmann), une plume de corbeau (Heckscher), des parcelles alimentaires (Moos et Wolf), des séquestres (Urbantschitsch), des tiges de laminaire, mais surtout des fragments de bougies et de sondes: enfin Meissner et Voltolini ont vu des polypes qui, prenant naissance dans la cavité tympanique, s'étaient engagés dans les trompes.

Quelques-uns de ces corps étrangers faisant saillie dans la lumière du pavillon peuvent être aperçus par rhinoscopie postérieure et extraits avec des pinces courbes.

**II. Inflammations.** — Elles se présentent sous les deux modes ordinaires: aigu, chronique.

La *salpingite aiguë* ou catarrhale complique habituellement la tympanite aiguë (*catarrhe tubo-tympanique*) ou surtout la rhinopharyngite, dans le cours d'un coryza, par exemple, à la suite d'un refroidissement de la tête ou des pieds.

On éprouve une douleur au niveau de l'angle de la mâchoire, avec quelques irradiations dans le cou. Elle est parfois lancinante.

Le malade a la sensation d'une tension entre son pharynx et son oreille. La douleur augmente s'il déglutit ou s'il se mouche. L'oreille même a la sensation d'être pleine et elle bourdonne. La surdité est très accusée de ce côté. La douche d'air est douloureuse. Le malade peut percevoir un petit bruit sec et spasmodique dans son oreille; c'est le *bruit de Leudet*, également perceptible par l'auriste au moyen du tube otoscope. Ce bruit s'explique par un spasme réflexe du muscle péristaphylin externe. Si on regarde la membrane tympanique, on constate qu'au même moment elle éprouve une petite secousse révélée par le déplacement du manche du marteau et du triangle lumineux.

La rhinoscopie postérieure montre le pavillon rouge et tuméfié, tandis qu'avec le spéculum de Toynbee on constate un peu de dépression de la membrane et de la rougeur dans la paroi profonde de la caisse. L'air traverse avec peine l'étendue de la trompe, mais s'il y parvient l'ouïe s'améliore et la sensation de tension diminue.

Le *pronostic* est en rapport avec le degré de perméabilité tubaire. Il est surtout grave si la caisse se trouvait antérieurement atteinte.

Le *traitement* ne pouvant pas atteindre directement l'intérieur de la trompe, il faut se contenter d'agir sur la rhino-pharyngite causale, au moyen de pédiluves, sudations, fumigations aromatiques, chlorhydrate de quinine. La douche d'air ne doit être donnée que lorsque l'état aigu est tombé. Laker (de Grätz) introduit divers médicaments dans les trompes au moyen d'une seringue de Pravaz armée d'un cathéter.

La *salpingite chronique* est caractérisée par des lésions plus profondes qui amènent une diminution de calibre, d'abord au niveau de l'isthme. L'épithélium vibratile a disparu par places, le chorion muqueux est très épaissi. La surface présente des élevures papillomateuses ou conoïdes qui sont produites par l'hypertrophie des glandes en grappe. La lumière de la trompe est encombrée d'une sécrétion visqueuse (*engouement tubaire*). Si du pus s'écoule par le pavillon, on dit qu'il y a *otorrhée tubaire*.

Ces malades ont de la surdité, des bourdonnements d'oreille comparables au bruit de la mer ou au murmure que l'on entend dans les

grands coquillages. Ils ont la sensation que leur oreille est remplie et éprouvent quelquefois des vertiges. La membrane tympanique présente avec l'enfonçure les diverses modifications que nous avons signalées déjà.

Le traitement consiste dans la douche d'air qui désobstrue et au besoin dans l'introduction de bougies. S'il existe en même temps de la pharyngite ou de la rhinite chronique, il convient d'en faire le traitement.

**III. Obstructions, rétrécissements, oblitérations.** — L'obstruction du conduit tubulaire est produite le plus souvent par des sécrétions condensées que l'air ne parvient pas à déplacer. Les bouchons muqueux, sécrétés par les nombreuses glandes mucipares du pavillon, ont été vus par Dauscher, Lœwenberg. Ces mucosités agglutinent aussi les parois à ce point que la lumière de la trompe ne peut s'ouvrir sous l'action des muscles. Cet état s'observe chez les enfants, comme d'ailleurs les diverses affections des trompes plus particulièrement fréquentes à cet âge. (Bezold.)

C'est avec la poire de Politzer qu'on vient à bout de ces obstructions. Une forte pression est douloureuse et inutile. Hartmann a pu constater qu'une pression de 70 millimètres de mercure en moyenne suffisait pour forcer l'obstacle. En cas d'insuccès on met en place la sonde d'Itard, et, au lieu de refouler l'air, on l'aspire au moyen de la poire préalablement vidée.

Le rétrécissement tubaire est *intrinsèque* ou *extrinsèque* selon que son calibre est diminué par une lésion intérieure ou par une affection de voisinage. Les premières sont réalisées par des cicatrices survenant après des cathétérismes malheureux ou par l'épaississement des parois dans les salpingites chroniques. Les rétrécissements valvulaires décrits par Bonnafont ne sont pas démontrés. Comme altération de voisinage, il y a lieu de mentionner les tumeurs adénoïdes et l'hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets inférieures (*queues de cornet*) qui arrivent à couvrir plus ou moins le pavillon tubaire ou à l'aplatir dans le sens antéro-postérieur.

Dieffenbach a signalé, sous le nom de *collapsus de l'orifice tubaire*, un état particulier du pavillon que l'on peut rencontrer dans les paralysies et les divisions du voile du palais. Dans ces deux cas les muscles du voile ne fonctionnant pas régulièrement, les trompes ne s'ouvrent pas.

Le rétrécissement tubaire a pour symptômes principaux les changements survenus dans la membrane tympanique et le retour de l'audition sous l'action de la douche d'air. La membrane s'enfonce vers la paroi profonde de la caisse, parce que l'air raréfié dans celle-ci ne permet plus à la membrane de résister à la pression atmosphérique qui agit sur sa surface extérieure; le manche du marteau est refoulé en haut et en arrière, son apophyse externe forme une saillie

blanche, très visible dans le quart antéro-supérieur de la membrane. En avant et en arrière de cette petite saillie se détachent les plis antérieur et postérieur. Le triangle lumineux est très aminci, parfois même il a disparu. Un peu au-dessous du centre de la membrane une tache grisâtre s'accuse : c'est la saillie du promontoire sur laquelle la membrane est venue s'appliquer après que l'insufflation a rempli d'air la caisse, la membrane du tympan se montre boursouflée par places ou plissée à cause de l'extension que lui a fait subir son refoulement en dedans.

Si, pendant que l'air est envoyé dans la trompe, on examine ce qui se passe du côté de la membrane, on se rend bien compte de la difficulté qu'éprouve l'air à arriver dans la caisse. C'est d'abord le quart postéro-supérieur de la cloison qui vient bomber en dehors, puis c'est la partie placée en avant du manche du marteau qui se dilate, et c'est seulement en dernier lieu que la portion sous-ombilicale se porte également en dehors. Plusieurs séances sont quelquefois nécessaires pour décoller ainsi toute l'étendue de la cloison.

La résistance qu'oppose la trompe à la ventilation indique le degré de son rétrécissement. On peut être obligé d'avoir recours à des pompes foulantes pour forcer l'obstacle. La résistance est-elle promptement vaincue, on en peut conclure que l'obstacle siègeait au pavillon. Si, au contraire, la résistance se prolonge, on doit penser qu'il est vers le milieu du conduit.

Le diagnostic est complété par l'introduction de bougies qui indiquent le degré du rétrécissement et son siège. D'après Urbantschitsch, l'insufflation peut se faire sans obstacle, et cependant la bougie exploratrice montrer un rétrécissement.

Dans ces explorations, il faut craindre de déchirer la muqueuse souvent ramollie. On prend idée du *calibre* du rétrécissement par celui de la bougie qui a été employée, et de son *siège* par l'emploi de bougies graduées. Moure (de Bordeaux) a présenté au dernier Congrès de rhinologie (Paris, 1896) des mandrins gradués très utiles pour le bougirage des trompes.

Ces divers rétrécissements de la trompe doivent être traités par la mise en état du rhino-pharynx (curettage des tumeurs adénoïdes, résection des queues de cornets), si l'obstacle est périphérique, et par le passage des bougies dilatatrices, si c'est le calibre même du conduit qui est rétréci.

Les salpingotomies et électrolysations n'ont pas donné de bons résultats. La coarctation se reproduit au bout de quelque temps. En tous cas il importe de traiter sans retard ces divers rétrécissements, sinon les troubles fonctionnels persisteront, même après qu'on aura rétabli la circulation de l'air. (Duplay.)

L'oblitération complète de l'orifice tubaire s'observe à la suite des lésions ulcéreuses de la région, surtout dans le cas de syphilis, où

une portion du cartilage tubaire peut être détruite. Grubert, Dennert, Hartmann ont observé des cas de ce genre. La rhinoscopie postérieure montre l'absence d'orifice tubaire et l'audition est notablement diminuée. Les deux trompes peuvent être oblitérées en même temps. Cette altération des trompes ne peut être guérie sur place. Inciser dans la trompe serait illusoire. Mieux vaut alors pratiquer une ouverture dans la membrane du tympan, en réséquant le manche du marteau pour que la perforation soit permanente. On atténue de la sorte les divers troubles imputables à cette altération.

IV. **Dilatation de la trompe.** — On observe cette altération dans un très petit nombre de circonstances, lorsque par exemple un amincissement ou une atonie des parois eustachiennes ne leur permet plus de s'accoler. Ce peut être le résultat d'une rhino-pharyngite atrophique. Hartmann l'a observée à la suite d'une pneumonie qui avait beaucoup amaigri le malade. Celui-ci éprouve un phénomène très caractéristique : sa voix résonne exagérément dans ses oreilles au point d'être douloureuse (*tympanophonie, autophonie*). Il entend même les mouvements respiratoires sous forme d'un bruissement désagréable. Les *r* sont particulièrement retentissantes. Une actrice, citée par Hartmann, entendait ainsi fortement sa voix en chantant, ce qui la troublait beaucoup. J'ai observé ce phénomène chez une femme qui ne pouvait supporter la douche d'air avec la poire de Politzer, tant le choc se transmettait brusquement à travers ses trompes dilatées. L'autophonie cesse lorsque le sujet se place dans le décubitus dorsal ou sternal.

Le pronostic de ce trouble est peu favorable, surtout s'il accompagne la rhinite atrophique.

Le traitement consiste à agir sur les affections causales (émaciation, etc.). On peut diminuer la largeur de l'orifice tubaire au moyen de galvanocautérisations. Hartmann s'est bien trouvé d'instillations à la glycérine dans l'oreille externe avec occlusion ouatée hermétique pratiquée ensuite.

## VII

### MALADIES DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

Ce sont les affections inflammatoires qui l'emportent de beaucoup en fréquence à l'apophyse mastoïde (1).

(1) WILDE, On aural Diagn. and Diseases of the Mastoid. Process (*Med. Times*, May 1862). — TOYNBEE, *Med. Times*, 3 mars 1869, p. 238. — RONDOT, *Ann. des mal. de l'or.*, 1875, p. 227. — PRINCE, De l'emploi de l'eau oxygénée dans les abcès mastoïdiens (*Saint-Louis med. Journ.*, mars 1884). — GILES, Carie de l'apophyse mastoïde sans perforation du tympan (*Glasg. med. Journ.*, mai 1889). — GRUBER, Polypes des cellules mastoïdiennes (*Allg. Wien. med. Zeitung*, 1889). — AYRES

1° **Maladies inflammatoires.** — D'après la profondeur du siège de l'inflammation, on peut distinguer quatre variétés cliniques.

a. PHLEGMON SUPERFICIEL (*Abcès sous-cutané*). — Il n'est pas à proprement parler de l'apophyse mastoïde même, mais seulement de la région mastoïdienne. Il est la conséquence des érosions superficielles au pavillon de l'oreille ou au cuir chevelu qui s'infectent et arrivent à déterminer un adéno-phlegmon sous-cutané dans la région de l'apophyse. Quand la tuméfaction est entièrement développée, le sillon rétro-auriculaire est conservé, détail important pour le diagnostic. Si le chirurgien n'intervient pas, l'ouverture spontanée peut se faire derrière le pavillon ou dans le méat auditif; s'il pratique l'incision, il doit explorer avec la sonde cannelée pour s'assurer que la suppuration ne vient pas de l'intérieur de la mastoïde.

b. ABCÈS SOUS-PÉRIOSTIQUE (*Ostéopériostite*). — Cette variété survient le plus ordinairement dans le cours d'une otorrhée tympanique ancienne et surtout chez l'enfant, dont le conduit auditif osseux est peu développé et la caisse peu profondément placée. C'est souvent à la suite d'un coup de froid qu'on voit éclater l'accident. L'inflammation, partie du périoste de la caisse, se propage à celui du conduit auditif et de là aux périostes de la surface mastoïdienne et de la fosse temporale.

Le malade est pris de douleurs intenses dans toute la moitié correspondante de la tête. La fièvre se déclare, accompagnée parfois de délire. Dans les quelques heures qui suivent, un gonflement rouge, œdémateux se prononce derrière le pavillon de l'oreille. Celui-ci est bientôt repoussé en avant et en dehors. Le gonflement se propage vers la fosse temporale. La suppuration peut être tardive (Gervais). Elle s'ouvre quelquefois dans le conduit auditif ou se propage vers le crâne, la face, la gaine du sterno-cléido-mastoïdien. On a signalé comme complications divers troubles oculaires (strabisme, myosis).

L'incision doit être pratiquée, longue et profonde, derrière le pavillon, dès que la suppuration est manifeste. La sonde cannelée explore soigneusement les surfaces pour s'assurer que les cellules mastoïdiennes ne participent pas à l'infection. Si l'on pousse une injection dans l'incision, on voit ressortir le liquide par le conduit auditif, ce qui prouve bien l'origine tympanique et sous-périostique de la collection purulente.

Des fistules plus ou moins durables s'établissent quelquefois à la suite de ces périostites mastoïdiennes pour ne prendre fin qu'après l'expulsion de petits séquestres.

(de Cincinnati), *Arch. of Otol.*, nos 2, 3, 1890. — MOOS, Sur la mastoïde de Bezold (*Arch. of Otol.*, 1890). — 7. MOURE, Mastroïdites primitives grippales (*Soc. fr. d'Otol.*, mai 1890). — KÖRNER, Mastroïdites diabétiques (*Arch. für Ohrenh.*, Bd. XXIX). — GUYE, Traitement des abcès mastoïdiens (*Soc. belge d'otol.*, mai 1891). — POLITZER, *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1892, p. 317. — A. BROCA, Le traitement des mastoïdites, in *Traité de thérap. infant.* Paris, 1894.