

Enfin, un symptôme des plus importants de l'otite scléromateuse, c'est que, contrairement à ce que l'on observe dans le catarrhe véritable de l'oreille moyenne, la pénétration de l'air dans la caisse ne modifie que très-légèrement, ou même n'améliore en aucune façon la surdité et les bourdonnements.

La forme scléromateuse de l'otite moyenne chronique est extrêmement variable dans sa marche. Indépendamment de son début insidieux dont nous avons déjà parlé, elle peut offrir une aggravation extrêmement lente, ou, au contraire, déterminer assez rapidement des troubles fonctionnels très-graves et amener une surdité complète. Dans le premier cas, la maladie peut durer plusieurs années avant d'arriver à ce résultat. Quelquefois même elle semble s'arrêter dans sa marche, et la surdité persiste au même degré.

Mais on peut dire, d'une manière générale, que l'otite moyenne scléromateuse a une marche graduellement ascendante et conduit presque fatalement à la perte complète de l'ouïe. Il est ordinaire, en outre, de voir la maladie, après avoir débuté d'un côté, et après avoir déjà notablement compromis la fonction auditive, envahir l'autre oreille et présenter de ce côté une marche assez rapide.

DIAGNOSTIC. — S'il est assez généralement facile de reconnaître l'existence d'une otite moyenne chronique, les difficultés sont souvent très-grandes lorsqu'il s'agit de déterminer exactement le siège et la nature des lésions anatomiques. Aussi le chirurgien, manquant de données suffisantes pour établir un diagnostic précis, se trouve-t-il fréquemment dans la nécessité de réserver le pronostic et de rester dans le doute relativement à l'opportunité ou à l'efficacité d'un traitement curatif. C'est là une lacune bien regrettable, que les recherches ultérieures permettront sans doute de combler. Dans l'état actuel de la science, il est cependant possible, pour un assez grand nombre de cas, et par une analyse minutieuse des symptômes, de parvenir à une certaine précision dans le diagnostic de l'otite moyenne chronique.

La surdité causée par cette dernière maladie pourrait être confondue avec une surdité dépendant d'une lésion du labyrinthe ou du nerf auditif. Cette erreur était même constamment commise, il y a quelques années, et c'est à peine si l'on commence aujourd'hui à savoir l'éviter. L'examen physique de l'oreille, à l'aide des différents procédés que nous avons fait connaître, permet ordinairement de constater l'existence de lésions de l'oreille moyenne. Toutefois, on pourrait éprouver quelques hésitations, dans les cas où, les lésions siégeant principalement sur la paroi labyrinthique, la membrane du tympan se présente à l'examen avec des caractères à peu près normaux. Je reviendrai sur ce diagnostic différentiel à l'occasion des maladies du labyrinthe.

D'une manière générale on peut dire que lorsque le labyrinthe est atteint, on n'observe jamais ces alternatives d'amélioration et d'aggravation propres à l'otite moyenne chronique et surtout à sa forme catar

rhale. En effet, tant que le labyrinthe reste intact, les vibrations sonores parviennent au nerf auditif par l'intermédiaire des parois crâniennes, et la surdité n'est pas absolue. On peut donc établir que toutes les fois que la surdité sera complète, non-seulement pour les sons transmis par l'air, mais encore pour les sons transmis par les os du crâne, l'appareil nerveux est atteint.

Mais lorsqu'il s'agit de surdités incomplètes s'accompagnant des lésions manifestes de l'otite moyenne chronique, et surtout de l'otite scléromateuse, l'hésitation est permise. La surdité est-elle due uniquement aux lésions de la caisse, ou dépend-elle d'altérations concomitantes du labyrinthe? Cette question se présente journellement dans la pratique et sa solution est extrêmement importante au point de vue du pronostic. L'étude du mode de transmission des vibrations sonores par les os du crâne rend ici les plus grands services. Ce mode d'exploration a été décrit (voy. p. 21), et je me bornerai à indiquer les résultats qu'il est susceptible de fournir. Si le diapason mis en vibration et appliqué sur le sommet de la tête est mieux entendu par le sujet en expérience du côté où la surdité existe, ou les deux oreilles étant inégalement atteintes, du côté où la surdité est la plus prononcée, on peut en conclure que l'appareil nerveux est intact et que les lésions siègent uniquement dans l'appareil de transmission du son, c'est-à-dire dans la caisse et les parties qui y sont contenues. Les résultats de l'expérience sont encore rendus plus sensibles pour le patient, en lui faisant fermer légèrement le méat auditif avec la pulpe du doigt, au moment où le diapason est mis en vibration.

Si donc le malade ne perçoit pas mieux les vibrations transmises par les os du crâne du côté où existe la surdité, si l'application du doigt ne détermine pas un renforcement manifeste dans le son ainsi transmis, si, enfin, à la suite d'expériences plusieurs fois répétées, les vibrations transmises par les os du crâne sont moins bien perçues de l'oreille la plus sourde, on peut en conclure que le labyrinthe est atteint et participe aux lésions de l'oreille moyenne. Voilà pour les renseignements fournis par le malade.

On peut encore, ainsi que nous l'avons dit (voy. p. 23), s'éclairer sur ce point de diagnostic, en auscultant les deux oreilles du malade à l'aide de l'otoscope à trois branches, pendant que le diapason appliqué sur le sommet de la tête vibre fortement. Si, en fermant alternativement les deux branches de l'otoscope, on reconnaît que les vibrations sonores transmises par le côté malade sont beaucoup plus faibles que celles qui s'écoulent par l'oreille saine, on peut en conclure que les lésions de la caisse sont très-profondes. Si, au contraire, les vibrations recueillies comparativement par les deux branches de l'otoscope sont aussi fortes des deux côtés, il est probable que les lésions de la caisse sont très-légères et que la surdité dépend principalement d'altérations du côté du labyrinthe.

Je dois dire que ce mode d'exploration, d'ailleurs assez délicat, n'est

pas aussi rigoureux qu'on pourrait le croire. Les renseignements qu'il fournit, combinés avec ceux que donne le malade, ont cependant une importance réelle, et permettent d'établir, dans un certain nombre de cas, que les altérations de l'oreille moyenne, à peine visibles du côté de la membrane du tympan, sont, au contraire, très-graves du côté de la paroi labyrinthique de la caisse. et cette donnée est, comme on le conçoit, d'une extrême importance pour le pronostic.

**PRONOSTIC.**— La gravité de l'otite moyenne chronique ressort manifestement de l'étude précédente. Il faut que l'on se pénétre bien de cette idée, à savoir que la plupart des surdités sont dues à cette affection méconnue et négligée dans sa période initiale. Lorsque cette notion sera plus répandue, il est permis d'espérer que l'on verra diminuer le nombre des personnes atteintes de surdité.

Il existe, du reste, de notables différences au point de vue du pronostic, entre les formes de l'otite moyenne chronique. La forme humide, catarrhale, est, en général, moins sérieuse, et plus susceptible d'être guérie ou améliorée par le traitement, que la forme sèche, exsudative ou scléromateuse. Cette dernière surtout présente une extrême gravité, puisqu'elle aboutit le plus souvent à l'ankylose des osselets, à l'oblitération des fenêtres ronde et ovale, et se complique assez fréquemment de lésions labyrinthiques.

J'ai dit combien il était regrettable de ne pouvoir toujours établir, d'une manière positive, la nature et le siège des lésions anatomiques propres à l'otite moyenne chronique. Cette incertitude dans le diagnostic doit nécessairement, dans un grand nombre de cas, rendre hésitant dans le pronostic. En effet, si l'on pouvait reconnaître sûrement l'ankylose complète des osselets et surtout de l'étrier, l'oblitération des fenêtres, la participation du labyrinthe, toute chance de guérison disparaissant, il serait inutile d'entreprendre un traitement local. Si l'on excepte toutefois le cas où la participation du labyrinthe est nettement reconnue, ce qui est quelquefois possible, ainsi que je l'ai dit plus haut, si l'on excepte encore les cas où l'ankylose des osselets est complète, on peut dire, d'une manière générale, que le pronostic de l'otite moyenne doit être réservé, et que, en raison de la marche ordinairement envahissante de la maladie, il est indiqué de tenter un traitement qui, s'il ne réussit pas à amener une guérison complète, a du moins pour effet habituel d'enrayer la marche de la maladie et de rendre la surdité stationnaire. Outre ce résultat important, le traitement bien dirigé de l'otite moyenne chronique fait souvent disparaître les troubles subjectifs, qui sont, pour quelques malades, plus pénibles encore que la surdité.

**TRAITEMENT.** — Le traitement général n'a le plus souvent qu'une action médiocre sur l'otite moyenne chronique. Cependant, il ne doit pas être entièrement négligé, et, dans quelques circonstances, il concourt, dans une certaine mesure, à assurer l'effet des moyens locaux. Ce traite-

ment varie nécessairement suivant une foule d'indications; on a vu que, dans l'immense majorité des cas, l'otite moyenne chronique résultait de la propagation à l'oreille moyenne de la phlegmasie de la muqueuse naso-pharyngienne, qui reconnaît elle-même de nombreuses causes. C'est le plus ordinairement en modifiant l'état de la muqueuse naso-pharyngienne que les remèdes généraux exercent une influence favorable sur l'état de l'oreille moyenne.

Les médications anti-scrofuleuses, anti-syphilitiques, anti-dartreuses, devront donc être prescrites selon que la maladie semblera avoir pris naissance chez un sujet manifestement soumis aux diathèses scrofuleuse, syphilitique ou dartreuse. Je ne crois pas utile de développer plus longuement ce point de thérapeutique.

La médication interne peut encore convenir pour combattre plus particulièrement certains symptômes de l'otite moyenne chronique, et en particulier les symptômes subjectifs, tels que les bourdonnements, les vertiges, les troubles encéphaliques, qui parfois semblent liés à un état congestif de l'oreille moyenne et interne. Les purgatifs fréquemment renouvelés, en exerçant une révulsion sur le tube digestif, le bromure de potassium, la digitale, l'aconit, en modifiant la circulation, peuvent amener parfois d'heureux résultats et procurer quelque soulagement aux malades. Les émissions sanguines générales ne me paraissent jamais être indiquées; quelques sangues appliquées à l'anus pourraient être utiles dans les cas de congestion habituelle de la tête.

Enfin je dois dire quelques mots des eaux minérales, de l'hydrothérapie et des bains d'air comprimés, qui sont quelquefois conseillés dans l'otite moyenne chronique. Relativement aux eaux minérales, elles sont susceptibles de rendre de fréquents services. Indépendamment de leur action locale, elles agissent comme les remèdes généraux sur l'état constitutionnel, qui a présidé au développement de la maladie. Le choix de ces eaux est donc subordonné à une foule de conditions que je ne puis examiner ici.

Si je me crois autorisé à conseiller l'usage des eaux minérales dans un grand nombre de cas d'otite moyenne chronique, il n'en est pas de même de l'hydrothérapie. L'action du froid, sous quelque forme que ce soit (bains, douches, etc.), me paraît avoir une influence manifestement nuisible sur les inflammations chroniques de l'oreille moyenne. J'en dirai autant du séjour au bord de la mer, dont les malades se trouvent généralement fort mal.

Les bains d'air comprimé ont été vantés d'une manière générale contre la surdité, et quelques faits prouvent que leur emploi peut être avantageux. Ils ne sauraient convenir, cependant, que dans la forme catarrhale de l'otite moyenne chronique, dans laquelle ils agissent de deux manières; d'une part, en modifiant l'état général de l'économie; d'autre part, en désobstruant mécaniquement la trompe, en évacuant les mucosités de la caisse et en régularisant la circulation des muqueuses naso-pharyngiennes chro-

niquement enflammées. Bertin (1), Pravaz (2) ont attiré l'attention sur ce mode de traitement des catarrhes de l'oreille moyenne qui pourrait rendre des services dans un certain nombre de cas et chez des sujets qui se refuseraient à l'emploi d'autres moyens plus directs et plus sûrs.

TRAITEMENT LOCAL. — Au risque de me répéter, je rappellerai la fréquence des lésions de la muqueuse naso-pharyngienne comme cause déterminante de l'otite moyenne chronique. On peut même dire que ces lésions sont constantes dans la forme humide, catarrhale, de l'otite moyenne chronique, si commune chez les enfants et les adolescents. Toutes les fois que l'existence d'un catarrhe naso-pharyngé est reconnu, le traitement local doit être primitivement dirigé de ce côté. Les insufflations de poudres médicamenteuses, les fumigations, mais surtout les douches naso-pharyngiennes forment la base de ce traitement, qui a été déjà étudié dans une autre partie de cet ouvrage. Souvent, lorsque l'hypertrophie des amygdales semble être une cause permanente de catarrhe pharyngien, il est utile de commencer par en débarrasser le malade, puis on s'applique ensuite à modifier l'état de la muqueuse naso-pharyngienne.

Les moyens locaux appliqués au pourtour de l'oreille malade, et principalement au niveau de l'apophyse mastoïde, sont quelquefois utiles; Tels sont les émissions sanguines (sangsues, ventouses), les rubéfiants, les vésicants, les cautères. On a considérablement abusé de ces moyens, mais comme il arrive souvent, une réaction en sens inverse s'est produite, et l'on a refusé toute action à ces divers agents, que quelques auteurs ont même entièrement proscrits. Il y a exagération de part et d'autre, et je demeure convaincu qu'un agent de révulsion appliqué d'une façon permanente derrière l'oreille peut avoir une heureuse influence sur le processus inflammatoire chronique qui a son siège dans l'oreille moyenne; mais il faut éviter que cet agent devienne une cause d'épuisement et de souffrance pour le malade.

Relativement aux sangsues et aux ventouses appliquées à l'apophyse mastoïde, on doit toujours en user avec modération, en restreindre le nombre, et ne jamais tirer beaucoup de sang. Quant aux révulsifs proprement dits, je crois que l'on doit rejeter, dans le traitement de l'otite moyenne chronique, l'emploi des cautères et des sétons, et se borner aux rubéfiants et aux vésicants; l'usage prolongé de la teinture d'iode, étendue avec un pinceau sur toute la région mastoïdienne, me paraît être le meilleur procédé. On pourrait peut-être tirer quelque avantage d'une méthode révulsive, conseillée par Bonnafont, et qui consiste à pratiquer de temps en temps sur le pourtour de l'oreille des cautérisations ponctuelles avec un petit charbon incandescent.

(1) *De l'emploi du bain d'air comprimé dans le traitement de la surdité* (Montpellier médical, avril 1865).

(2) *Emploi de l'air comprimé dans le traitement du catarrhe de l'oreille* (Gaz. des hopitaux, 1866, n° 85).

Le médecin consulté pour une maladie de l'oreille manque rarement de prescrire des injections ou des instillations dans le conduit auditif externe. Dans l'otite moyenne chronique, cette pratique est pour le moins inutile; elle peut devenir extrêmement nuisible lorsque les injections ou les instillations, prescrites dans l'ignorance de la nature du mal, sont susceptibles de déterminer une inflammation du conduit auditif et de la membrane du tympan. Je citerai, comme exemple, les instillations d'éther sulfurique, qui ont joui, à une époque rapprochée, d'une certaine vogue, et qui ont eu souvent pour résultat d'aggraver l'état des malades.

Cependant, tout en proscrivant l'emploi de remèdes prétendus curatifs appliqués à la surface externe de la membrane du tympan, je conseille, dans quelques cas où la sécheresse du conduit auditif et de la membrane est excessive, les instillations de glycérine tiède, qui peuvent parfois soulager les malades, sans avoir aucune prétention d'agir sur les lésions de la caisse.

J'arrive enfin au véritable traitement de l'otite moyenne chronique. La seule voie par laquelle on puisse agir directement sur l'oreille moyenne est la trompe d'Eustache; mais il peut se présenter deux cas, selon que ce canal est resté perméable ou que son calibre est assez rétréci pour gêner ou même empêcher complètement l'accès des remèdes dans la caisse.

Lorsque la trompe est libre, il est facile de faire pénétrer dans la caisse des substances gazeuses ou liquides.

Nous connaissons déjà les divers procédés à l'aide desquels on peut insuffler de l'air ou des substances aériformes dans la trompe et dans la caisse. Cette méthode thérapeutique agit mécaniquement, d'une part, en déplaçant les mucosités qui engouent la trompe et la caisse et en favorisant leur issue à travers la trompe d'Eustache; d'autre part, en imprimant à la membrane du tympan et à la chaîne des osselets des mouvements qui préviennent les conséquences fâcheuses de leur immobilisation prolongée.

Dans les cas de simple catarrhe de la trompe et de la caisse, il suffit de répéter un certain nombre de fois les insufflations d'air dans l'oreille moyenne pour voir les symptômes diminuer graduellement et la fonction auditive revenir à l'état normal. La méthode de Valsalva est le plus souvent insuffisante, et il faut avoir recours à la méthode de Politzer, qui, chez les enfants, est d'un emploi beaucoup plus facile que le cathétérisme. Si la méthode de Politzer ne donnait pas de résultat satisfaisant, le cathétérisme suivi d'insufflation devrait être pratiqué.

Mais il arrive fréquemment que les insufflations d'air simple demeurent tout à fait insuffisantes, malgré l'emploi simultané d'un traitement général approprié et d'un traitement local dirigé contre le catarrhe naso-pharyngé. A chaque insufflation, une amélioration notable se produit, mais elle est de courte durée, et les symptômes reparaissent bientôt avec leur intensité primitive. C'est dans ces cas qu'il devient nécessaire de

joindre à l'action mécanique des douches d'air une action thérapeutique, en insufflant dans l'oreille moyenne des substances gazeuses propres à modifier l'état pathologique de la muqueuse. On a employé à cet usage des substances volatiles, tantôt seules, tantôt mélangées à de la vapeur d'eau. Je citerai : parmi les balsamiques, les fumigations de benjoin, de myrrhe, de tolu; parmi les aromatiques et les excitants, celles de genièvre, de lavande, d'acide acétique; parmi les résolatives, celles d'iode, de chlorhydrate d'ammoniaque, de calomel; enfin, parmi les narcotiques et les antispasmodiques, celles de jusquiame, d'éther, de chloroforme, de laurier-cerise, etc. Quelle que soit la substance médicamen-

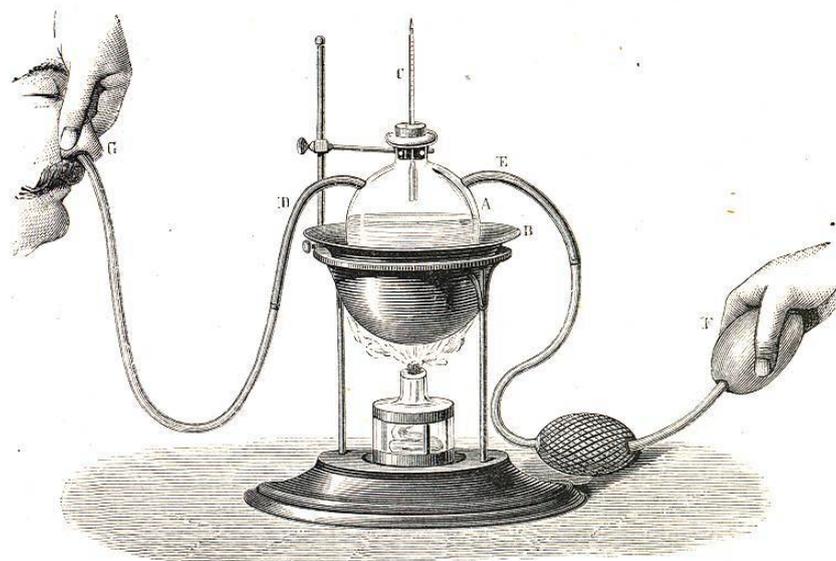


FIG. 23. — Appareil à fumigations

teuse, il est indispensable d'avoir à sa disposition un appareil particulier qui permette de projeter les vapeurs, soit dans les fosses nasales, si l'on veut faire pénétrer ces vapeurs sans avoir préalablement pratiqué le cathétérisme, soit dans le calibre de la sonde, ce qui assure la pénétration plus directe dans l'oreille moyenne. A défaut d'appareil plus perfectionné, je conseille le suivant (fig. 23), qui rend de véritables services.

Il se compose d'un ballon de verre A renfermant le liquide à volatiliser, et qui est chauffé au bain-marie dans un vase de métal B, afin d'éviter que les vapeurs renfermées dans le ballon n'acquiescent une température trop élevée et ne brûlent le malade. Lorsqu'il s'agit de sublimer une substance comme le chlorhydrate d'ammoniaque ou le calomel, on enlève le bain-marie et l'on chauffe directement le ballon avec la lampe à esprit-de-vin. Ce ballon présente trois tubulures : une supérieure, fer-

mée par un bouchon, par laquelle on introduit la substance à volatiliser, et à laquelle peut être adapté un thermomètre C; des deux autres tubulures latérales, l'une E est en communication avec un système de poires de caoutchouc F destiné à comprimer de l'air dans le ballon, l'autre porte un tube D par lequel s'échappent les vapeurs, et dont l'extrémité G est introduite dans la fosse nasale ou dans le pavillon de la sonde, préalablement placée dans la trompe.

A l'aide de cet appareil, on peut réaliser jusqu'à un certain point la méthode de Politzer, en ayant le soin de fermer les deux narines par-dessus le tube de dégagement, et en exécutant de temps à autre des mouvements de déglutition. Les vapeurs comprimées dans les fosses nasales pénètrent alors dans les trompes. Ces fumigations, que le malade peut répéter plusieurs fois par jour, me paraissent presque aussi utiles que celles que l'on dirige dans la caisse au moyen du cathéter. Car celles-ci, pour avoir une action réelle, devraient être beaucoup trop fréquemment renouvelées, ce qui est souvent matériellement impossible, et n'est pas sans inconvénient en raison de l'introduction répétée du cathéter dans les narines.

Les fumigations n'ont, il faut l'avouer, qu'une médiocre action curative; quel que soit le procédé que l'on adopte, on ne peut jamais employer que des substances faibles, sous peine d'impressionner douloureusement la muqueuse naso-pharyngienne et d'aggraver l'état inflammatoire; leur effet est de plus très-passager.

Elles sont surtout indiquées dans les cas légers, concurremment avec l'emploi des insufflations d'air agissant comme moyen mécanique. Dans les cas graves, et principalement dans la forme sèche de l'otite moyenne, les fumigations constituent plutôt un moyen adjuvant, susceptible de procurer un peu de soulagement au malade et de combattre certains symptômes. Le seul moyen véritablement curatif, ou du moins capable de modifier avantageusement l'état morbide de l'oreille moyenne, consiste dans l'emploi des injections liquides, dont l'action est plus prolongée et plus énergique.

On a discuté longuement sur la possibilité de faire pénétrer des liquides dans la caisse par la voie de la trompe d'Eustache. La question est aujourd'hui jugée, et la pénétration des liquides dans l'oreille moyenne ne saurait être contestée. Il est également reconnu que ces injections, loin d'avoir les conséquences graves que redoutaient certains médecins, ne déterminent qu'exceptionnellement l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, pourvu que le liquide injecté ne possède pas des propriétés trop irritantes, et que son emploi ne soit pas trop fréquemment renouvelé.

Relativement au procédé d'injection, Gruber (1), de Vienne, a indiqué une méthode qui permet au malade lui-même de faire pénétrer des liquides médicamenteux dans son oreille. Voici comment on procède : Le

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1869, n° 4.

malade, inclinant la tête du côté affecté, introduit dans la narine correspondante une seringue de verre contenant environ deux onces de la solution qu'il projette dans le pharynx, puis doucement, et sans exécuter de mouvement de déglutition, il exécute l'expérience de Valsalva. Lorsque la trompe est libre, ce que nous admettons pour le moment, il est rare qu'avec un peu d'habitude on ne parvienne pas à faire pénétrer une petite quantité de liquide dans l'oreille. Cette méthode peut rendre de grands services; mais elle est certainement inférieure à l'injection du liquide au moyen du cathéter.

La sonde étant bien placée dans la trompe, ce dont on s'assure par l'auscultation de l'oreille, on y laisse tomber à l'aide d'un compte-gouttes une petite quantité du liquide à injecter (de 4 à 10 gouttes); puis, recommandant au malade de faire un mouvement de déglutition, on insuffle un fort courant d'air qui entraîne dans la caisse une certaine quantité de liquide. L'auscultation de l'oreille permet de vérifier le résultat. Pour mieux assurer la pénétration des liquides injectés, Weber (1), de Berlin, a proposé d'introduire dans le cathéter ordinaire un petit tube élastique qui arrive jusque dans la cavité du tympan, et à l'aide duquel on pourrait, suivant l'auteur, pulvériser le liquide sur certains points limités. Je crains que Weber ne se soit exagéré les avantages de cette méthode, dont l'application me paraît assez rarement réalisable.

On a employé pour les injections intra-tympaniques un grand nombre de substances médicamenteuses, alcalines, astringentes, altérantes, caustiques, narcotiques, etc. Voici quelques-unes des solutions les plus fréquemment usitées. Pour 30 gram. d'eau distillée : carbonate de soude, 50 centigr. à 1 gram.; chlorhydrate d'ammoniaque, 50 centigr. à 2 gram.; sulfate de zinc et de cuivre, 5 centigr. à 50 centigr.; iodure de potassium, 50 centigr. à 3 gram.; iode, 5 centigr. à 50 centigr., dissous dans 1 gram. d'iodure de potassium. Les solutions de nitrate d'argent, quelque faibles qu'elles soient, ont pour conséquence habituelle de déterminer une otite purulente, suivie de perforation de la membrane du tympan.

Quant aux injections de substances narcotiques et principalement d'atropine que l'on a surtout conseillées pour combattre les bourdonnements, leur effet peut être considéré comme nul.

Les injections intra-tympaniques semblent avoir une action commune : suivant leur degré de concentration, elles sont plus ou moins irritantes, augmentent momentanément la vascularisation de la muqueuse de l'oreille moyenne, modifient les sécrétions, et amènent en définitive une résorption des tissus hypertrophiés. Leur action doit donc être lente, et l'irritation qu'elles produisent maintenue dans de justes limites. Aussi ne doit-on les pratiquer que tous les deux ou trois jours et en continuer l'usage pendant six semaines ou deux mois. Quel que soit le résultat obtenu, après ce traitement, il est bon de répéter de temps à autre ces

(1) *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1868, n° 5.

injections, soit pour maintenir l'amélioration acquise, soit pour prévenir toute aggravation. Dans un grand nombre des cas se rapportant surtout à l'otite scléremateuse, on parvient, grâce à ce traitement, à arrêter la marche de la maladie, et ce résultat est encore loin d'être insignifiant.

Jusqu'à présent, j'ai supposé que la trompe était libre et permettait la facile pénétration des substances médicamenteuses à l'état gazeux ou liquide. Mais il peut se faire que, par suite de l'épaississement de ses parois, le canal tubaire soit notablement rétréci, ce dont on s'assure par l'auscultation de l'oreille. Dans ces cas, on devra commencer le traitement par la dilatation mécanique de la trompe. On se sert, à cet effet, de fines bougies de cordes à boyaux, de baleine, de *laminaria digitata* (fig. 24). Leur diamètre doit être gradué depuis un demi-millimètre jusqu'à 2 millimètres, limite extrême qui correspond à la largeur maximum de l'isthme de la trompe; leur extrémité doit être arrondie, afin de ne pas blesser la muqueuse, enfin, on doit préalablement marquer sur la bougie la longueur du cathéter, à travers lequel on la fait passer, et la longueur moyenne de la trompe qui représente environ 35 millimètres; de la sorte, on peut se rendre compte du moment où l'extrémité de la bougie, après avoir traversé toute la longueur de la trompe, arrive dans la caisse. D'ailleurs, le malade accuse fort bien la sensation de corps étranger dans l'oreille.

L'introduction des bougies est, en général, facile; on doit se servir de préférence d'un cathéter fortement recourbé, et insinuer son bec assez profondément dans le pavillon de la trompe; la bougie est alors insinuée doucement, et, grâce à l'index qu'elle porte, on suit le mouvement de pénétration à travers la trompe. Si la main éprouve quelque résistance, on retire légèrement la bougie ou on lui imprime un mouvement de rotation sur son axe. La dilatation de la trompe s'obtient généralement au bout de quelques séances, et lorsqu'elle est suffisante pour permettre l'emploi des injections gazeuses ou liquides dans la caisse, on complète le traitement selon les règles prescrites plus haut. Je ne crois pas devoir conseiller la cautérisation de la trompe dont quelques spécialistes ont fait grand abus; elles ont souvent pour effet de déterminer une violente inflammation suppurative de la caisse suivie de perforation du tympan.



FIG. 24. — Bougies dilatatrices pour la trompe d'Eustache.

Après avoir exposé les principes généraux qui doivent guider le chirurgien dans le traitement de l'otite moyenne chronique, il me reste à parler de certains moyens qui ont été préconisés dans le but de remplir quelques indications particulières, ou d'une manière tout à fait empirique; telles sont : la *perforation artificielle de la membrane du tympan*, la *section des adhérences intra-tympaniques*, l'*aspiration mécanique de la membrane du tympan au dehors*, l'*électricité*, enfin la *trépanation de l'apophyse mastoïde*.

La *perforation artificielle* ou *paracentèse de la membrane du tympan*, désignée aussi sous le nom de *myringotomie*, a été pratiquée pour la première fois à Paris, en 1760, par un charlatan nommé Éli. A la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, elle fut préconisée par Himly, en Allemagne, et A. Cooper, en Angleterre, mais elle ne tarda pas à être abandonnée comme ne fournissant que des résultats nuls ou passagers. Cependant, depuis que les lésions anatomiques de l'otite moyenne chronique sont mieux connues, la perforation artificielle de la membrane du tympan ne constitue plus un procédé empirique, mais peut répondre à certaines indications positives, c'est ce qui semble ressortir de travaux récents de Gruber (1), de Schwartz (2) et de Hinton (3).

Je n'ai pas à revenir sur la paracentèse de la membrane du tympan dans le cas de catarrhe aigu purulent de la caisse; cette opération est, comme je l'ai dit, aussi bien indiquée, dans ce cas, que l'incision de la peau dans les abcès.

Il en est de même pour le catarrhe chronique, lorsque, la trompe étant rétrécie ou obstruée, il existe un épanchement dans l'intérieur de la caisse. Suivant Hinton, ces épanchements intra-tympaniques seraient beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense, et la paracentèse de la membrane du tympan rendrait dans ces cas les plus grands services. L'opinion du chirurgien anglais me paraît très-exagérée, et le plus souvent on parvient, par le traitement qui a été décrit plus haut, à guérir le malade sans être obligé d'avoir recours à la perforation de la membrane. Cette opération me paraît seulement indiquée lorsque l'épanchement est assez abondant pour faire bomber la membrane au dehors. L'indication est encore formelle dans les cas où il existe une obstruction complète et incurable de la trompe.

On a préconisé aussi la paracentèse de la membrane du tympan dans les cas d'adhérences, d'épaississements avec tension considérable de la membrane. Quoique l'opération ait pu réussir quelquefois dans de telles circonstances, le résultat est extrêmement douteux, parce que l'on ne sait

(1) *Die Myringotomie* (Allg. Wien. med. Zeitung, 1863 et 1864, et Arch. für Ohrenheilkunde, t. II, p. 59).

(2) *Studien und Beobachtungen ueber die kunstliche Perforation des Trommelfelles* (Archiv für Ohrenheilkunde, t. II, p. 24, 239, 245, et t. III, p. 281).

(3) Holmes, *A System of Surgery*, t. III, p. 297 et suiv.

jamais si les lésions observées du côté de la membrane constituent la seule cause des troubles fonctionnels.

La myringotomie est très-facile à pratiquer. On a imaginé divers instruments dans ce but, mais il suffit d'avoir à sa disposition une aiguille à cataracte légèrement recourbée. L'instrument conseillé par Schwartz est très-convenable, c'est une aiguille de 5 centimètres et recourbée à angle obtus, dont la pointe présente un double tranchant; le manche d'ivoire mesure 10 centimètres. Le corps de l'aiguille doit être assez fort pour ne pas plier au moment où l'on incise la membrane.

Le lieu où l'on pratique l'incision varie selon les cas. Lorsqu'il y a voussure de la membrane, on incise sur le point le plus saillant; la perforation est généralement faite en arrière du manche du marteau et parallèlement à cet osselet. Il est bon de ne pas se borner à faire une simple ponction, mais une incision de 2 à 4 millimètres. Quelquefois même, si l'on veut tenter de maintenir ouverte la perforation, il peut être utile d'exciser un lambeau de la membrane. Wreden a même conseillé, pour mieux assurer le maintien de l'ouverture anormale, de réséquer une portion du manche du marteau. J'ignore si cette opération présente quelque sérieux avantage.

La myringotomie est quelquefois tout à fait indolente, principalement dans les cas où la membrane est repoussée en dehors par un épanchement intra-tympanique; elle est le plus souvent accompagnée d'une douleur vive, mais de courte durée. Rarement elle est suivie de phénomènes inflammatoires.

La conduite ultérieure du chirurgien varie selon le but qu'il s'est proposé de remplir. Lorsqu'il s'agit de livrer issue à un épanchement intra-tympanique, il est bon, aussitôt l'incision faite, de donner une douche d'air, et même, si le liquide s'écoule difficilement, d'injecter par le cathéter une solution alcaline. Suivant Hinton, l'opération peut être répétée un certain nombre de fois sans inconvénient, et jusqu'à ce que les troubles fonctionnels aient subi une amélioration suffisante.

Lorsqu'on se propose de maintenir l'ouverture, comme par exemple dans le cas d'obstruction complète de la trompe, on se heurte à des difficultés presque insurmontables. Malgré les cautérisations, malgré l'introduction de corps étrangers dans la perforation artificielle, il est impossible de lutter contre la tendance réparatrice de la membrane; la perforation ne tarde pas à se cicatrifier, et l'on perd ainsi le bénéfice que l'on avait obtenu.

La *section des adhérences*, dont on peut rapprocher la *ténotomie du muscle tenseur du tympan*, a été proposée par Weber (1), qui a imaginé un instrument spécial, le *tympano-ténotome*. J'ignore les résultats de ces tentatives, mais je doute qu'ils aient été bien satisfaisants, puisque l'auteur ne les a pas fait connaître.

(1) *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1868, n° 12.