

ment pour des affections oculaires et placés dans la même salle ont été épargnés. D'ailleurs les données de pathogénie générale ne contredisent pas cette hypothèse : les streptocopes de l'oreille pouvant aller coloniser à distance dans les fosses nasales et créer un foyer érysipélateux qui se propage plus tard sur la face. Nous avons assisté, dans ces conditions, à l'évolution d'un érysipèle du rhino-pharynx qui a donné lieu à une hyperthermie de près de 42° avec une adénite sous-hyoïdienne très volumineuse et qui a mis trois jours à paraître à l'ouverture des fosses nasales.

Ces lignes étaient écrites, lorsque nous avons eu connaissance d'un mémoire de Hessler (Munich, med. Wochenschr. n° 3, 1895) sur l'érysipèle consécutif aux otites. L'otologiste allemand établit, comme nous, un rapport entre les deux affections, mais dans la plupart des cas observés par lui, l'apophyse mastoïde était infectée : trois fois l'érysipèle se déclara après la trépanation, et deux fois, il lui fut antérieur.

Néanmoins, les malades furent opérés et guérirent.

Nous-même n'avons vu qu'une fois l'érysipèle suivre un acte opératoire : il s'agissait d'un homme atteint d'un abcès cérébral d'origine otitique et qui guérit malgré une volumineuse hernie du cerveau.

TRAITEMENT DES INFECTIONS PROLONGÉES DE LA CAISSE

Nous ne rappellerons pas tout ce qui a été écrit sur cette question ! Depuis l'ère pastorienne, les otologistes ont marché sur les traces des chirurgiens ou des bactériologistes et ont appliqué à l'oreille tous les antiseptiques en vogue. Chaque otologiste n'a pas tardé à chercher à acquérir le monopole d'un antiseptique ; et comme il a fait connaître sa pratique dans plusieurs publications, l'historique du traitement des otorrhées est devenu aussi long que superflu. Et c'est peut-être parce qu'on a trop écrit que les élèves ont tant de peine à apprendre !

Il ne faut pourtant pas se faire illusion : le choix d'un bon traitement est difficile et l'exposé de la thérapeutique des otites moyennes suppurées chroniques est un sujet délicat.

Mais si l'on veut admettre que tout traitement chirurgical doit

être gradué d'après les lésions, il devient évident que l'on doit placer en face de chaque lésion de l'oreille le traitement qui lui convient, en allant des plus superficielles aux plus profondes. On se trouve ainsi amené à exposer les moyens de désinfection de la caisse auxquels on doit toujours recourir et à passer successivement en revue les ressources thérapeutiques applicables aux polypes, aux ostéites des osselets et aux ostéites pariétales.

A. — Moyens de désinfection de la caisse.

La désinfection de la caisse est le principe de tout traitement. Elle peut suffire à assurer la guérison et elle est inséparable des interventions chirurgicales, quelles qu'elles soient. Elle s'obtient de deux façons : par des irrigations et par des pansements. Les irrigations sont elles-mêmes indirectes et directes.

Irrigations indirectes. — Ce sont les plus fréquemment employées. Elles consistent à faire passer dans le conduit auditif une grande quantité de liquide, dont une partie du courant est censée arriver jusque dans la caisse par l'ouverture pathologique du tympan.

Ces irrigations doivent remplir trois conditions : être prolongées, chaudes et insensibles ; autrement dit, il faut faire passer dans le conduit auditif un litre et demi ou deux litres de liquide à une température de 35° environ et sans que le malade éprouve de la douleur, de la céphalalgie ou du vertige.

Le meilleur liquide est l'eau bouillie. On peut y ajouter de l'acide borique ou un peu de sublimé (sol. à 1/3000). L'irrigateur peut être la seringue auriculaire ou la seringue à hydrocèle, manœuvrée par un aide et poussée doucement. Nous préférons le laveur cylindrique suspendu à 0^m50 au-dessus de la tête du sujet et muni d'un tube en caoutchouc terminé par un embout en verre. Le malade peut faire lui-même son lavage, et le jet est d'une très grande douceur, surtout s'il se brise d'abord sur la paroi postérieure du conduit auditif.

La fréquence de ces lavages varie suivant le pansement. On les prescrit chaque matin, si le pansement consiste dans l'introduc-

tion de quelques gouttes de liquide antiseptique au fond du conduit auditif.

On les fait seulement avant de renouveler le pansement si celui-ci doit rester en place pendant plusieurs jours.

Ces irrigations constituent le remède populaire des otorrhées, mais elles sont bien inférieures aux suivantes. Nous les réservons de préférence aux cas où le conduit auditif est enflammé et où l'introduction d'un corps étranger est douloureux. Nous les faisons répéter alors plusieurs fois par jour et nous maintenons l'oreille sous un grand pansement humide.

Mais si leurs effets sont incertains, elles ne sont pas nuisibles; et nous croyons qu'elles ne méritent pas les critiques qu'on leur a adressées, quand elles sont faites dans les conditions que nous avons spécifiées.

Irrigations directes. — On ne saurait trop féliciter Hartmann d'avoir rendu pratique ce mode d'intervention. Quand on veut d'ordinaire laver une cavité close qui ne s'ouvre à l'extérieur que par un petit orifice, on place un tube dans cet orifice et on inonde la cavité. De même il est rationnel, si l'on veut débarrasser la caisse des agents septiques, de faire pénétrer le liquide dans ses nombreuses anfractuosités. On obtient ce résultat en introduisant l'extrémité d'une canule dans la caisse à travers la perforation du tympan. L'injection est alors directe ou intratympanique. La canule dont nous nous sommes toujours servi est celle de Hartmann (fig. 46). Elle est en caoutchouc durci de deux millimètres et demi d'épaisseur et sept centimètres de longueur.

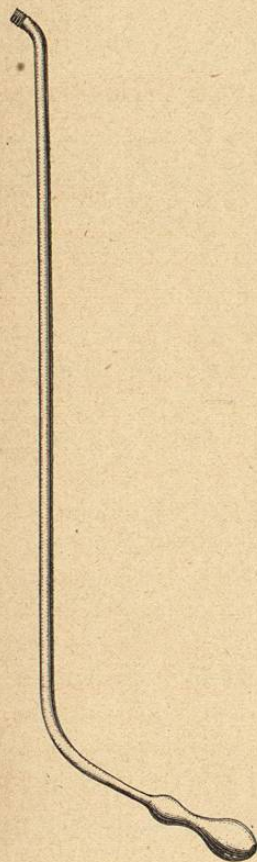


Fig. 46.
La canule de Hartmann
(grandeur réelle).

Elle représente une tige recourbée à ses deux extrémités. Mais tandis que la courbure de l'extrémité auriculaire est à angle droit et dépasse à peine un millimètre, l'autre extrémité est renflée et coudée à angle obtus. On adapte sur cette dernière extrémité un tube en caoutchouc d'une longueur de 0^m50 centimètres, noir ou rouge, aussi mince et aussi léger que possible, afin que son poids n'entrave pas la manœuvre de la canule. Enfin, on fait pénétrer dans la partie libre du tube l'extrémité d'une seringue. La seringue anglaise est, au dire de tous les otologues, celle qui convient le mieux. Nous n'avons fait usage que de la seringue à hydrocèle.

L'injection se fait de la façon suivante: le malade est placé dans la position de l'examen de l'oreille et incline un peu la tête sur l'épaule opposée. Le tympan est largement éclairé par le miroir frontal et un speculum métallique. Un plateau échancré, destiné à recevoir le liquide qui reflue par le conduit auditif, est maintenu par le malade au-dessous de son oreille, à la hauteur environ de l'angle de la mâchoire, pour ne pas gêner l'opérateur.

L'aide chargé de la manœuvre de la seringue est debout, à droite et près de l'otologue. Celui-ci, après avoir nettoyé le tympan et s'être rendu compte de la position exacte de la perforation, fixe le speculum avec la main gauche, saisit la canule entre le pouce, l'index et le médius de la main droite au niveau de la grosse extrémité et introduit l'autre extrémité dans la lumière de la perforation, de façon que le liquide soit dirigé vers l'attique (fig. 47).

Quand l'instrument est bien en place, l'opérateur commande à l'aide d'appuyer sur le piston de la seringue. La pression doit être lente et bien réglée pour que les premiers jets soient très faibles. Si le courant est bien supporté, on peut élever la pression peu à peu et avec prudence.

Bientôt le conduit auditif se remplit de liquide chargé de débris blanchâtres qui tombent dans le plateau échancré, et le malade éprouve quelques phénomènes vertigineux. Il faut alors cesser. Si ceux-ci ne surviennent pas et si on avait la certitude d'avoir bien placé la canule dans la caisse, on continuerait le lavage jusqu'à ce que le liquide ressortît clair.

La canule doit être retirée avec douceur, sans que son bec accroche le tympan. C'est une question d'habitude ; car on ne peut plus se guider par la vue, lorsque le conduit auditif est plein d'eau.

La seule difficulté de cette petite opération est de maintenir pendant toute l'irrigation l'extrémité de la canule dans la caisse : pour cela, ni le malade, ni l'aide, ni l'opérateur ne doivent quitter leurs positions relatives. Si le patient remue, la main du médecin doit suivre sa tête, sans que la canule change de place.

Le liquide dont on fait usage doit être aussi chaud que pos-

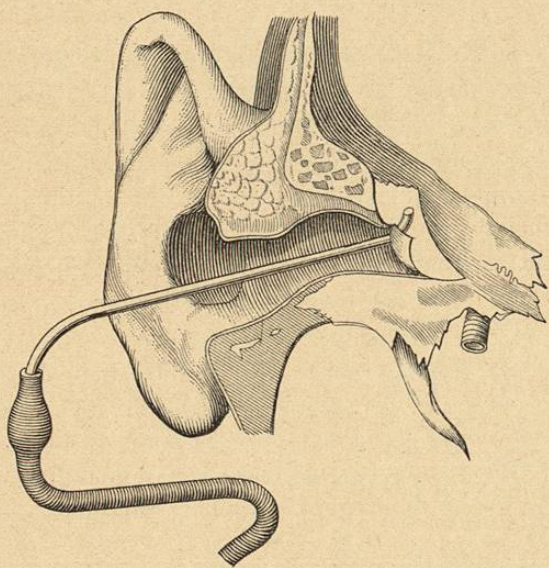


Fig. 47.

La canule de Hartmann en place (d'après Hartmann).

sible, c'est la première qualité. Il peut être aseptique ou antiseptique.

Nous nous servons volontiers du sublimé au 1/2000. Nous avons à peu près employé tous les antiseptiques jusqu'aux solutions plus au moins concentrées de nitrate d'argent, mais nous n'avons rien relevé permettant d'établir une préférence.

Les lavages directs de la caisse ont l'avantage capital de pré-

venir les phénomènes de rétention dans l'attique ou d'y mettre fin quand ils sont survenus. Il n'y a qu'à regarder sortir le liquide de l'injection, chargé de feuilletts épithéliaux, de pus et de matière grasse pour comprendre le bénéfice de ce mode de traitement.

On voit, au bout de quelques injections, la muqueuse de la caisse se déterger et les bords de la perforation devenir plus épais et plus réguliers. Les détails anatomo-pathologiques du tympan apparaissent avec la plus grande netteté, ce qui prouve qu'on a fait disparaître les couches de mucopus qui le recouvraient, et que les pansements les mieux faits laissaient persister. On sent que ces injections préparent les tissus à la réparation. D'un autre côté les sécrétions diminuent d'abondance et surtout elles sont moins épaisses et moins grasses, ce qui est un des caractères les plus importants de la guérison. Quant aux phénomènes subjectifs si pénibles et si inquiétants pour le malade et qui résultent de la rétention sustympanique, nous pouvons affirmer que les lavages directs de la caisse les font disparaître « comme avec la main » — qu'on nous passe l'expression : elle est d'un malade. Tel qui avait des douleurs de tête, des vertiges, de l'inaptitude au travail, est soulagé dans les quelques heures qui suivent l'injection.

Ceux qu'un premier lavage a ainsi améliorés accourent vers le médecin quand les phénomènes douloureux reparaisent, et sont assurés d'avoir le repos dès l'injection tympanique terminée. Ainsi les névralgiques demandent la morphine. Nous ne comptons plus les observations de ces heureux résultats.

Les injections intra-tympaniques n'ont aucun danger : elles ne peuvent amener aucune complication, si elles sont faites avec prudence. Mais elles déterminent des phénomènes passagers qu'il faut connaître et dont il faut prévenir le malade. Beaucoup de malades se plaignent de vertiges : il leur semble que tout tourne autour d'eux, et ceux qui connaissent le mal de mer comparent les deux malaises l'un à l'autre. Mais jamais le trouble ne va jusqu'aux vomissements. C'est d'ordinaire au bout d'une demi-minute ou d'une minute après l'injection que le premier vertige se manifeste. Bien entendu on ne continue pas, et le retour à l'état normal se fait promptement. Quelquefois le malaise se borne à un

léger étourdissement ou bien à une douleur dans les dents, à un picotement dans la langue : un de nos malades se mordait la langue à chaque lavage. Souvent le liquide descend dans la gorge par la trompe d'Eustache. Le nombre des sujets qui n'éprouvent aucun trouble est très restreint. Si l'on craint l'impressionnabilité du malade, il est prudent de faire précéder l'irrigation d'une légère instillation de cocaïne dans l'oreille, quoique le résultat de l'anesthésie soit très aléatoire, les phénomènes vertigineux dépendant plutôt de la pression intra-auriculaire, que de l'hyperesthésie muqueuse.

En résumé, nous plaçons les injections directes de la caisse au premier rang des moyens de traitement des otorrhées.

Elles sont particulièrement indiquées :

1° Dans les cas de troubles subjectifs :

Douleurs auriculaires et périauriculaires, pesanteur de tête, fatigue cérébrale prompte.

2° Quand les sécrétions sont grasses, parce qu'elles viennent le plus souvent de l'attique. Si le jet du liquide est porté dans toutes les directions de la cavité sus-tympanique, il entraîne les masses caséeuses soit sous forme de grumeaux, soit même en petits corps arrondis. Hartmann a été une fois assez heureux pour détacher des polypes qui siégeaient dans la partie postérieure de la caisse.

3° Dans les perforations de la membrane de Shrapnell, impossible de trouver un autre moyen de faire pénétrer les injections dans l'attique ; et c'est dans ces cas que l'irrigation est surtout nécessaire, parce que la rétention est de règle. L'extrémité de la canule doit être introduite avec soin dans l'orifice de la perforation, en prenant la précaution de tourner le bec de la sonde en arrière. On enlève, s'il y a lieu, les fongosités qui forment colle-rette autour de la fistule.

Si l'ouverture de la membrane flaccide était trop étroite pour la manœuvre de la sonde, ou pour la sortie des dépôts purulents, on l'agrandirait en faisant une section parallèle au manche du marteau.

Les injections intra-tympaniques ne se renouvellent pas chaque jour, comme les irrigations indirectes. Il suffit de les faire deux

fois par semaine : nous avons même obtenu de bons résultats en ne les faisant que tous les huit jours.

Pansements. — Le pansement ne doit être appliqué qu'après l'irrigation de l'oreille moyenne et avec toutes les précautions antiseptiques.

S'il n'est pas nécessaire de relever les manches de ses vêtements jusqu'aux coudes, il est indispensable que les parois du conduit auditif soient nettoyées avec soin, et que les instruments soient propres. Les speculums, les stylets, les pinces doivent séjourner dans un bain antiseptique, et quand ils ont servi à un malade, ils doivent être désinfectés avant d'être portés dans le conduit auditif d'un autre sujet. C'est le meilleur moyen de prévenir les lymphangites, les abcès, les furoncles du conduit auditif qu'on note comme des conséquences de l'otite moyenne, et qui ne sont souvent que des infections chirurgicales, sans compter le pus bleu.

Les pansements se font miroir au front du médecin et speculum dans l'oreille du malade, et non pas dans les ténèbres du conduit auditif externe. Qui donc oserait panser une plaie ordinaire les yeux fermés ?

Un certain nombre d'instruments est nécessaire : des stylets coudés, la pince coudée dite à oreille (fig. 48 et 49).

On nettoie les parois du conduit, la surface du tympan, les bords de la perforation, et même la muqueuse labyrinthique, si c'est possible avec des tampons de coton hydrophile, montés sur un stylet : tampons secs, si la sécrétion est abondante ; tampons humides, si la sécrétion est épaisse et grasse.

Nous ne croyons pas qu'on puisse adopter un pansement uniforme. Après de longs tâtonnements, nous restons convaincu que le pansement doit varier avec les qualités des sécrétions. La sécrétion est-elle fluide, séro-purulente ou purulente, les pansements secs sont indiqués. La sécrétion est-elle épaisse, grasse, accompagnée d'une abondante desquamation épithéliale, les pansements humides sont préférables. Comment applique-t-on les uns et les autres ?

Le meilleur *pansement sec* est fait avec la gaze iodoformée ou

salolée, si l'on craint la mauvaise odeur de l'iodoforme. On coupe des petits rectangles de gaze de deux ou trois centimètres de long et d'un centimètre de large. On en porte un premier, avec la pince coudée, au contact de la membrane du tympan, et

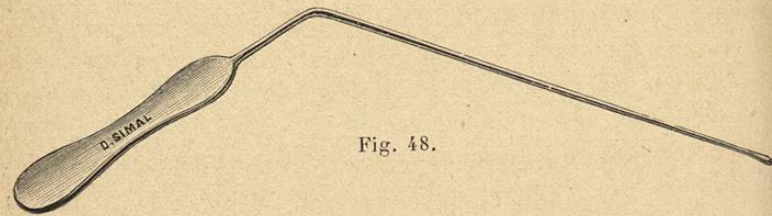


Fig. 48.

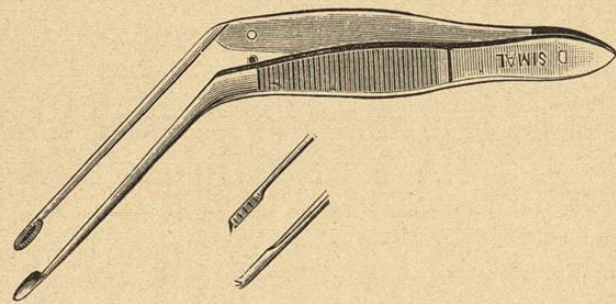


Fig. 49.

on essaie de faire pénétrer son extrémité dans l'intérieur de la caisse, si la perforation est assez large. Mais il ne faut pas le tasser. Au-dessus de ce premier tampon, on en met un deuxième de même grandeur qui vient prendre contact avec le premier. Puis un troisième est encore introduit jusqu'au précédent. Nous insistons beaucoup sur la recommandation de ne pas tasser ces mèches de gaze; car elles comprimeraient l'oreille moyenne et détermineraient de la douleur et des phénomènes inflammatoires. Les tampons mollement placés dans le fond du conduit entretiennent une atmosphère antiseptique et drainent facilement le liquide sécrété par l'oreille moyenne.

Le renouvellement du pansement est subordonné à l'imbibition de la gaze; et celle-ci dépend de l'abondance de la sécrétion. Nous avons toujours pu laisser les tampons pendant 48 heures

(car nous ne parlons que des otites chroniques). Si le pus apparaît à l'ouverture du méat, il faut changer les gazes. En règle générale le pansement reste en place pendant quatre jours. Certains malades l'ont conservé dix jours, sans qu'il y ait d'odeur.

Les résultats obtenus ainsi sont des plus satisfaisants, et nous avons pu guérir des malades chez lesquels toutes les autres tentatives thérapeutiques avaient échoué. De plus, c'est un pansement rare qui permet à un malade de rester trois ou quatre jours sans s'occuper de son affection.

Les pansements humides se font avec des substances liquides et grasses qui ne se dessèchent pas et ne dessèchent pas la muqueuse.

Nous employons indifféremment :

La glycérine phéniquée au 1/25 ou le mélange de :

Iodol.	1 gr.
Huile de paraffine.	30 gr.

On prend une très petite boule de coton hydrophile, on la trempe dans un de ces liquides, et on l'étale avec la pince sur la membrane du tympan. Comme elle est très humide, une partie du liquide pénètre dans la caisse par la perforation.

On peut mettre par dessus cette première couche, une autre petite boule de coton également trempée dans la solution antiseptique.

Dans la crainte que le liquide ne ressorte par le méat, il est bon de fermer celui-ci avec un tampon de coton sec qui reste dans la conque et qui par conséquent est assez volumineux.

Ce pansement doit être renouvelé au moins tous les deux jours.

Le pansement sec et le pansement humide peuvent s'employer alternativement chez le même malade, suivant l'état momentané de la sécrétion. Les inflammations de la caisse qui s'accompagnent d'ordinaire des desquamations épithéliales les plus épaisses, peuvent, à un moment donné, présenter un écoulement purulent, soit qu'un refroidissement ait amené un réveil des germes infectieux, soit que le traitement ait modifié la nature de la sécrétion. L'oto-