

analogue qui, on le sait, procure un sommeil suffisant pour permettre de pratiquer cette petite intervention. La paracentèse a le mérite énorme non seulement de calmer immédiatement les douleurs, en donnant issue au contenu de la caisse, mais aussi de faire une perforation à bords nets, située dans un point déclive dont la cicatrisation ne laissera plus tard aucune trace susceptible d'altérer l'ouïe de l'enfant.

On prescrira également des injections tièdes qui, suivant l'abondance de l'écoulement, seront pratiquées deux ou trois fois par jour : un demi-litre d'eau bouillie tiède chaque fois, additionné soit d'alcool saturé d'acide borique (une grande cuillerée par demi-litre d'eau tiède), soit de bi-carbonate de soude, ou d'acide borique en poudre, une cuillère à café par demi-litre d'eau. Ces injections devront être faites assez doucement pour ne pas produire de traumatisme au niveau de la membrane tympanique, et simplement enlever du conduit les produits de sécrétion qui tendraient à s'y accumuler. Une fois l'injection terminée, il sera bon de sécher l'entrée de l'oreille et de la fermer avec un tampon de ouate aseptique qui, dans les premiers jours, sera simplement placé dans la conque de l'oreille pour recevoir l'écoulement qui se fait à cette période, et qui plus tard sera mis dans le méat, lorsque la suppuration sera devenue moins abondante. Le coton sera renouvelé, non seulement après chaque injection, mais plusieurs fois dans la journée, s'il est trop souillé de pus. Si la suppuration n'est pas trop abondante, on pourra aussi essayer d'emblée les pansements secs, tels que nous le recommandons plus loin (voir page 365) en parlant du traitement de l'otorrhée chronique.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à propos de l'examen du naso-pharynx, parce que pendant la période aiguë il est difficile d'agir sur cette région. Il pourrait être bon, cependant, de faire introduire dans les fosses nasales du petit malade, et cela matin et soir, gros comme un pois, dans chaque narine, de vaseline boriquée à 2 pour 15. Habituellement, s'il n'existe pas de fièvre, l'otite moyenne suppurée n'entraîne pas le séjour du malade dans la chambre; il peut aller et venir au dehors, à la condition toutefois de prendre les plus grandes précautions, pour ne pas se refroidir ou infecter à nouveau son oreille et par conséquent empêcher la guérison de se produire. S'il existe une complication, soit du côté de l'apophyse mastoïde ou du cerveau, elle sera traitée, bien entendu, par l'un des moyens appropriés, que nous décrirons plus tard, à la suite de l'otorrhée.

#### OTITES MOYENNES CHRONIQUES

##### I. — FORME HUMIDE.

**Étiologie.** — L'otite moyenne à forme humide succède habituellement à l'aiguë. Elle est ordinairement en rapport intime avec les altérations de la muqueuse naso-pharyngienne, qui, selon l'heureuse expression de Gellé, commande, en cette circonstance, toute la pathogénie du catarrhe auriculaire. Si l'on veut incriminer les différentes affections générales, telles que

la grippe, les fièvres catarrhales, l'état plus ou moins lymphatique ou scrofuleux des jeunes sujets, il faut reconnaître que ces différentes causes prédisposantes agissent surtout chez les enfants porteurs de lésions naso-pharyngiennes. L'hérédité joue également un rôle assez considérable dans l'étiologie de cette affection, en créant surtout une prédisposition naso-pharyngienne qui seule, à mon sens, fait naître la maladie et l'entretient dans sa forme chronique.

**Symptômes.** — Le premier symptôme qui devrait attirer l'attention, ce sont les troubles de l'ouïe. Malheureusement, nous avons dit combien ils étaient difficiles à apprécier chez les jeunes enfants, surtout lorsque la diminution ou la perte de l'audition portait sur une seule oreille. Les parents sont d'autant plus disposés à n'attacher aucune importance à cette surdité partielle que, souvent, elle est intermittente, variant beaucoup avec l'état de l'atmosphère. C'est ainsi que, d'une manière générale, par les temps humides, l'enfant entend moins bien que par les temps secs (froid ou chaud).

Pendant la mastication, l'ouïe est toujours plus ou moins diminuée, mais il est assez rare que l'on s'aperçoive du trouble apporté à l'audition par l'affection auriculaire, chez des enfants que l'on n'a guère l'habitude d'interroger ou d'examiner à ce point de vue, pendant les repas. Les instituteurs dans les écoles s'aperçoivent bien qu'une série de leurs petits auditeurs sont étourdis, volages, turbulents, mais habituellement ils attribuent à l'indolence ou à la paresse des phénomènes liés, en réalité, à une altération de l'ouïe. Si l'on interroge les enfants, on apprend qu'ils éprouvent des bourdonnements ressemblant en général au bruit d'un coquillage appuyé sur l'oreille, au bruit de l'eau qui va bouillir ou à celui de la mer. Ces bourdonnements, ainsi que la surdité, diminuent quelquefois pendant l'action de se moucher, si l'air pénètre dans la caisse, ce qui rétablit, ou tout au moins améliore, pendant quelques instants ou quelques jours, l'audition de l'enfant. La voix des petits malades est plus ou moins altérée dans son timbre, et ce phénomène est d'autant plus prononcé que la faculté auditive est plus compromise.

L'examen à la montre et au diapason, lorsqu'il est possible (au-dessus d'un certain âge), donne les résultats suivants : la perception crânienne est conservée dans toutes les régions, bien que le tic-tac de la montre ne soit perçu par la voie aérienne qu'à quelques centimètres, parfois même seulement au contact. Le diapason vertex est latéralisé du côté le plus malade, si les deux oreilles sont atteintes, ou du côté atteint si une seule est malade. L'expérience de Rinne (voir page 320) donne un résultat franchement négatif. En un mot, tous les signes fonctionnels concordent d'une manière très précise pour démontrer l'intégrité de l'oreille interne, et l'existence d'une lésion occupant l'appareil de conduction du son.

Dans quelques cas, graves cependant, lorsque le gonflement de la muqueuse de l'oreille moyenne est très prononcé, ou qu'un exsudat liquide comprime fortement les fenêtres, il peut arriver que les réactions fonctionnelles fassent penser à une altération profonde, alors qu'en réalité la cause première siège dans la caisse.

A l'examen direct, le conduit auditif est absolument sain, mais, par contre, le tympan est vascularisé d'un rouge sombre ou d'un gris terne; toute la membrane apparaît comme infiltrée, au point que le manche du marteau semble être vu comme à travers un voile. Le tympan bombe surtout vers la partie postéro-supérieure, mais il arrive aussi qu'il est au contraire fortement déprimé, attiré vers l'intérieur de la caisse dont il moule tous les contours, faisant voir le manche du marteau en raccourci; l'apophyse externe est alors d'un jaune rosé, brillante, faisant saillie à l'extérieur. Toutefois, même dans ce cas, le fond apparaît rosé au centre, au niveau de la partie correspondant au promontoire, tandis que les bords sont plus ou moins jaunâtres et infiltrés. C'est la forme qui répond à ce que plusieurs auteurs anciens ont décrit sous le nom d'obstruction tubaire. Je considère, pour ma part, que cet aspect du tympan constitue pour ainsi dire la seconde étape de la maladie. En effet, la caisse doit rester pendant un temps assez long remplie de liquide, puis peu à peu, ce dernier se résorbant sur place et l'obstruction tubaire persistant malgré cette résorption, le vide se fait alors dans l'oreille moyenne, ce qui détermine cet accollement de la membrane aux différentes saillies de la cavité. C'est là, à mon sens, l'étape intermédiaire entre la forme sèche dont nous nous occuperons plus tard et la forme réellement humide que nous étudions en ce moment.

D'une manière générale, on peut dire que l'état de réplétion ou de vacuité de l'oreille moyenne est sous la dépendance de l'hypertrophie, ou tout au moins du gonflement momentané ou persistant, de la muqueuse naso-pharyngienne. C'est ainsi que l'existence d'hypertrophie adénoïdienne, pendant toute la première enfance, permet à la caisse d'être constamment remplie de liquide et de conserver longtemps une liberté relative aux articulations des osselets. Souvent nous avons vu l'otite moyenne humide persister, non seulement pendant toute l'enfance et l'adolescence, mais pendant l'âge adulte même, pour ne céder que beaucoup plus tard, lorsqu'on faisait un traitement convenable dans l'espace naso-pharyngien. De sorte que, dans les symptômes de l'affection qui nous occupe, nous devons faire rentrer tout ce qui a trait à la pathologie du naso-pharynx. C'est ainsi que le gonflement polypoïde de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs, l'hypertrophie granuleuse des lèvres de la trompe ou des fossettes de Rosenmüller, l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée elle-même, forment le cortège symptomatique habituel de cette affection; et l'examen de l'oreille de l'enfant doit toujours être complété, dans ces cas, par l'examen des fosses nasales, de l'arrière-gorge, et surtout de l'arrière-nez (voir t. III, p. 80 et suiv.).

Signalons, en terminant, l'influence heureuse de l'insufflation d'air dans la caisse, par le procédé de Valsava ou de Politzer, toujours facile à employer chez les enfants, cet examen complémentaire des trompes permettant, en général, d'assurer le diagnostic et même le pronostic de l'affection.

**Marche. Durée. Terminaison.** — La marche de l'otite moyenne chronique humide dépend, ainsi que nous venons de le dire, de l'état de la mu-

queuse naso-pharyngienne. Abandonnée à elle-même, cette affection peut persister jusque dans l'âge adulte; mais la plupart du temps on voit, à mesure que l'enfant avance en âge, le liquide se résorber, le tympan se déprimer, des brides cicatricielles se créer entre la membrane tympanique et la paroi interne de la caisse, ou entre les osselets eux-mêmes. Bientôt, si l'on n'y prend garde, pour peu que l'hérédité soit de la partie, l'otite sèche est confirmée, et alors, en dépit de tout traitement, on voit la surdité faire des progrès lents, mais incessants, et devenir rebelle à tous les moyens employés pour la combattre. La durée dépend donc de la période à laquelle on assiste, du moment précis où se fait le diagnostic et où est appliqué le traitement. Fort longue dans quelques cas, elle peut être très courte, si l'enfant est traité de bonne heure et surtout s'il n'a par devers lui aucune tare héréditaire.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est habituellement facile, non seulement par la marche même de la surdité, mais surtout par l'existence de poussées aiguës survenant de temps à autre, quelquefois tous les hivers et même beaucoup plus souvent, poussées aiguës caractérisées surtout par l'apparition de douleurs et une aggravation plus ou moins marquée de la surdité habituelle. Les variations de l'ouïe, suivant la température ambiante, et l'état hygrométrique de l'air, l'amélioration de l'acuité auditive après l'insufflation d'air, tels sont autant de signes qui, indépendamment de l'examen direct de l'oreille, permettent de faire le diagnostic de l'affection et d'établir son pronostic.

**Traitement.** — Le traitement doit avant tout s'adresser à la cause même du mal; aussi, d'après ce que nous venons de dire, est-ce presque toujours du côté du naso-pharynx qu'il faut porter la médication active. Elle pourra consister simplement, dans les cas légers, en douches nasales (douche de Weber) alcalines, faites, par exemple, tous les matins, avec une cuillerée à café de bicarbonate ou de borate de soude par demi-litre d'eau tiède. Ces dernières auront l'avantage, non seulement de nettoyer l'entrée des trompes des diverses sécrétions qui pourraient s'y accumuler, mais encore de diminuer la turgescence inflammatoire des follicules clos de cette région, et par conséquent, de rendre aux trompes leur liberté, assurant ainsi la pénétration de l'air dans l'oreille moyenne. Toutefois, si l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne est trop considérable, les douches nasales doivent être absolument proscrites, parce que le liquide introduit par une narine, ne trouvant pas d'issue facile du côté opposé, pourrait pénétrer dans l'oreille moyenne et déterminer l'infection de cette cavité, entraînant à sa suite une otite moyenne aiguë suppurée. Nous n'avons pas à insister ici sur les moyens d'appliquer ce mode de traitement qui est exposé à la partie réservée aux maladies des fosses nasales.

Ajoutons seulement qu'il ne faut ni se moucher, ni faire d'insufflation dans les trompes aussitôt après l'irrigation.

On pourra également essayer les cautérisations de la muqueuse nasale, du naso-pharynx, les insufflations de poudre d'alun et de sucre dans l'intérieur de ces cavités. Nous recommandons même volontiers de faire priser

aux enfants, ou de leur insuffler dans le nez, deux ou trois fois par jour, une pincée de la poudre suivante :

Chlorhydrate de cocaïne . . . . .	0,05 à 0,15 centig.
Alun pulvérisé . . . . .	0,10 à 0,15 —
Acide borique pulvérisé . . . . .	8 grammes
Aristol pulvérisé . . . . .	4 —

Cette poudre a non seulement l'avantage de décongestionner la pituitaire, mais elle produit très souvent l'éternuement, ou force les enfants à se moucher, et par conséquent, à renouveler l'air contenu dans leur cavité tympanique.

Les insufflations dans les caisses par le procédé de Politzer, faites de temps à autre, une ou deux fois par semaine au maximum, peuvent aussi avoir l'avantage d'améliorer momentanément l'ouïe, et quelquefois même de guérir définitivement les petits malades; mais on doit bien savoir que le tympan, fortement ramolli dans ces cas, peut facilement céder sous l'influence de la douche d'air faite brusquement avec la poire, au point de se perforer, ou tout au moins de se relâcher d'une manière exagérée. Il faut réserver la douche d'air aux formes absolument bénignes et presque passagères, car, il faut bien le dire, le meilleur traitement dans ces cas est encore le curetage de la cavité naso-pharyngienne. Si petits que soient les follicules hypertrophiés, leur raclage et leur destruction complète constituent, à mon sens, le traitement de choix qui guérit définitivement les troubles auriculaires constatés. Je dirai même que l'examen de la membrane tympanique me permet habituellement, chez mes adénoïdiens à symptômes auriculaires, de reconnaître si l'opération pratiquée a été complète, ou s'il reste encore des traces de tissu adénoïde ayant échappé à la curette.

Dans la plupart des cas, il suffit de débarrasser complètement l'arrière-nez pour voir en très peu de temps, un mois ou deux au plus, les caisses se vider, et le tympan reprendre son aspect normal opalin, en même temps qu'on constate le retour de l'ouïe *ad integrum*.

Chez certains malades, le traitement général s'impose également et, suivant les cas, on se trouvera bien de l'huile de foie de morue, de l'iodure de fer, bains sulfureux, etc.; ce qu'il faut savoir cependant, c'est que l'air de la mer, habituellement conseillé à ces sortes d'enfants lymphatiques, est absolument contraire à leurs oreilles. Très souvent on voit, au bord de la mer, non seulement les enfants devenir plus sourds, mais l'affection subir sous cette influence une véritable poussée aiguë. Il survient des douleurs d'oreille, et l'otite moyenne chronique se transforme en une inflammation purulente aiguë. Il m'est arrivé de voir des enfants partis pour le bord de la mer avec des otites catarrhales fort légères et des végétations adénoïdes de volume moyen, revenir en ville avec une aggravation très marquée de leur affection auriculaire et une hypertrophie telle de leur tissu adénoïde que l'opération s'imposait et devait être rapidement exécutée.

D'une manière générale, l'air de la mer est d'autant plus mauvais que les vents viennent du large au lieu de venir de la terre, de telle sorte qu'il

peut se produire ce fait anormal en apparence : qu'une première année, ou pendant une période de temps, un enfant déplacé au bord de la mer ne ressent aucun mauvais effet de son séjour, bien au contraire, paraisse amélioré, puis dans une autre période ou une autre année, ce même air lui sera nuisible. Cela tient évidemment à ce que, dans les deux cas, les saisons n'ont pas été pareilles et que le régime des vents aura été absolument différent. Dans le premier, il aura eu un temps sec et des vents venant de la terre, tandis que, dans le deuxième, les vents venant du large lui auront apporté non seulement une humidité nuisible, mais un air irritant dont il ressentira les mauvais effets.

## II. — FORME SÈCHE. SCLÉROSE.

L'otite moyenne chronique sèche reconnaît deux formes très distinctes désignées sous les noms de forme hyperplasique ou adhésive, et interstitielle ou scléreuse. C'est à tort que, très souvent, ces deux états pathologiques sont confondus entre eux, parce que, à mon sens, ils ne comportent pas un pronostic également grave, ni une étiologie absolument commune. Toutefois, il faut bien remarquer avec Hartmann<sup>1</sup> qu'il peut exister, entre ces deux types, des degrés intermédiaires appartenant à l'un et à l'autre. Pour la commodité de la description, nous ne prendrons, bien entendu, que les cas absolument nets.

**Étiologie.** — La forme sèche ou adhésive succède généralement à l'otite humide que nous venons de décrire; c'est au moment de la résorption du liquide épanché dans la caisse que l'on voit se produire les synéchies qui envahissent différentes saillies ou anfractuosités de la caisse, ou se bornent à laisser des tractus fibreux allant du tympan aux différentes parties de la caisse, ou des osselets au pourtour de leur loge. Dans d'autres cas, c'est sur les articulations elles-mêmes que porte la lésion, et c'est par une raideur articulaire plus ou moins considérable que se manifeste l'altération morbide.

Cette forme adhésive, assez rare chez les enfants, survient au moment de la régression spontanée ou de la suppression trop tardive des lésions rétro-nasales ou naso-pharyngiennes; alors, par le mécanisme que nous avons indiqué plus haut, suivant que les trompes se libèrent par moments et que l'air pénètre dans la caisse, il se produit des synéchies partielles ou diffuses dans l'intérieur de cette cavité. Si, au contraire, les conduits tubaires restent obstrués, la disparition du liquide et de l'air contenus dans la caisse amène une adhérence totale de la membrane tympanique, créant cette lésion à laquelle M. Boucheron avait autrefois donné le nom d'otopiesis<sup>2</sup>.

Cette dénomination n'est cependant pas très exacte, puisqu'elle supposerait une augmentation de la pression intra-labyrinthique, par suite de l'enfoncement de la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale. Mais ainsi que le fait remarquer M. Hartmann<sup>3</sup>, cette modification de la pression du liquide

<sup>(1)</sup> *Les maladies de l'oreille et leur traitement.* Traduit par Potiquet. Paris, 1890, p. 222.

<sup>(2)</sup> *Revue de laryngol. et otol.* du Dr Moure, 2 février 1885, n° 2.

<sup>(3)</sup> *Loc. cit.*, p. 164.