

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 Hartmann¹ 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'otopiesis².

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. Hartmann³, cette modification de la pression du liquide

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

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

⁽³⁾ *Loc. cit.*, p. 164.

labyrinthique ne peut guère se produire, puisque ce dernier est en communication avec la cavité crânienne par l'aqueduc du limaçon et le trou auditif interne.

La persistance de catarrhes naso-pharyngiens chroniques plus ou moins intermittents peut également, chez certains sujets, créer cette forme particulière d'otite sèche; les adénoïdites à répétition, les catarrhes naso-pharyngiens aigus, en un mot, toute cause susceptible d'apporter un obstacle quelconque à la ventilation de la caisse pourra devenir le point de départ de l'affection.

La forme interstitielle, au contraire, ou sclérose, beaucoup plus rare chez les enfants, reconnaît généralement pour cause l'hérédité; on peut l'observer cependant, à la suite d'affections générales, telles que la goutte, le rhumatisme, etc. Dans ces cas, la caisse n'est pas traversée par des brides plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses; au contraire, la caisse ainsi que le tympan semblent conserver leur aspect normal, malgré une surdité très prononcée. Dans cette forme, en effet, les lésions portent sur l'appareil auditif tout entier; quelquefois même, elles débutent par les fenêtres, dont les parois ou les membranes se modifient, et très rapidement le labyrinthe se trouve envahi, presque dès le début de la maladie.

Symptômes. — Les symptômes fonctionnels des deux formes que nous venons de séparer, au point de vue étiologique et anatomo-pathologique, se confondent souvent entre eux. Dans quelques cas, en effet, si l'enfant est assez grand pour pouvoir expliquer ce qu'il éprouve, il se plaint de bourdonnements ressemblant, dans la forme adhésive, au bruit de coquillage, du vent dans les feuilles, de bruissement, d'échappement de gaz, etc.; et, dans la forme scléreuse, à des bruits de cascade, de chants d'oiseau, de murmure, de cloche, etc. Les bruits sont tantôt passagers et variables dans leur tonalité, tantôt, au contraire, ils sont continus et multiples, au point qu'ils se confondent les uns avec les autres, et que le malade ne peut pas nettement exprimer quelle est la nature des bourdonnements qu'il éprouve.

La surdité est généralement graduelle, lente à se produire, mais fatalement progressive; nous l'avons vue, chez quelques enfants atteints d'affections héréditaires, survenir en quelque sorte par poussées, à l'occasion de coryzas ou de catarrhes naso-pharyngiens, et, chaque fois que ces derniers étaient guéris, la diminution de l'ouïe pouvait être constatée directement, car elle ne suivait pas la marche régressive de la cause qui l'avait déterminée.

Dans la forme sèche adhésive, la surdité est généralement intermittente, ou tout au moins plus marquée dans certaines périodes de l'année que dans d'autres. Habituellement, les enfants sont plus sourds par les temps humides, et, au contraire, entendent mieux par les temps secs (chauds ou froids).

Dans la forme scléreuse, ces variabilités dans l'audition sont bien moins considérables. Toute irritation marquée de l'arrière-gorge ou plutôt de l'arrière-nez augmente dans les deux cas la diminution de l'ouïe, d'une façon momentanée, en général.

Les vertiges que l'on observe assez souvent chez les adultes, dans la forme scléreuse, sont très rares chez les enfants. Nous nous bornerons donc à les signaler ici. De même, je n'ai jamais constaté chez eux le phénomène appelé paracousie¹, et comme cette forme est très mal connue et même peu décrite, dans cette période de la vie, je ne crois pas que les différents auristes l'aient signalée dans leurs travaux. Du reste, il n'est pas toujours facile d'obtenir des enfants des réponses bien nettes et une observation suffisante d'eux-mêmes, pour leur permettre d'observer ce phénomène si fréquent dans la sclérose des adultes.

Examen fonctionnel. — Si l'on pratique l'examen fonctionnel de l'ouïe, on constate habituellement que la perception crânienne à la montre est conservée dans toutes les parties du crâne (sauf dans les formes otopésiées graves). L'acuité auditive, à la montre, est très variable, et d'autant plus diminuée que l'affection est elle-même plus avancée. Le diapason vertex se latéralise d'une façon très nette du côté malade, si un seul est atteint, et du côté le plus sourd si les deux oreilles sont prises; le Rinne est franchement négatif, à moins qu'il n'existe des lésions nerveuses débutantes, ce qui est assez rare chez les enfants.

L'acuité auditive pour les sons graves est généralement perdue de très bonne heure, tandis que les sons aigus sont perçus jusqu'à leur extrême limite. Si l'on pratique l'examen direct de l'oreille, on constatera :

1° Dans la forme sèche adhésive, un changement dans la courbure de la membrane tympanique, qui est ordinairement déprimée; de telle sorte que le manche du marteau porté en arrière apparaît en raccourci, ce qui fait saillir plus ou moins son apophyse externe. La membrane est souvent assez transparente pour qu'on puisse apercevoir des brides fibreuses traversant toute la caisse dans différents sens et immobilisant certaines de ses parties ainsi qu'il est facile de le constater à l'aide du speculum pneumatique (voir p. 524) qu'il faut toujours employer dans ces cas pour reconnaître le degré de mobilité de la membrane tympanique et de la chaîne elle-même.

Souvent on trouve à la surface du tympan des dépôts blanchâtres circulaires ou oblongs, qui sont de véritables dépôts calcaires. Il n'est pas rare que le tympan soit assez mince et assez déprimé pour que l'on puisse voir au travers toutes les anfractuosités de la caisse, la grande branche de l'enclume et la tête de l'étrier venant faire saillie en quelque sorte à travers cette pellicule membraneuse. Il va sans dire qu'au lieu de conserver sa teinte opaline et régulière la membrane tympanique devient plus ou moins sombre, partiellement opaque, et que le triangle lumineux est souvent modifié comme aspect et comme situation.

Dans la forme scléreuse, au contraire, l'aspect de la membrane pourra être normal. Elle est cependant épaissie dans quelques cas, ou atrophiée dans d'autres, au point de ressembler à une véritable pelure d'oignon laissant apercevoir aisément toutes les saillies et anfractuosités de la caisse; le manche du marteau et le triangle lumineux ont conservé leurs positions

(¹) On désigne sous le nom de paracousie le phénomène qui consiste, pour certains sourds, à entendre mieux qu'un sujet normal lorsqu'il se trouve au milieu du bruit.

respectives, et, si l'on se bornait à faire un examen direct, on pourrait considérer l'oreille comme étant tout à fait normale. Seul le speculum pneumatique permet quelquefois de reconnaître une immobilisation plus ou moins complète de la chaîne des osselets. Toutefois cette dernière peut être mobile et l'on est forcé d'admettre qu'il s'agit alors de lésions occupant la paroi labyrinthique de la caisse et, en particulier, le pourtour de la fenêtre ovale, ou même la membrane ronde, qui échappent à notre regard. Les formes de sclérose grave sont relativement rares chez les enfants, et je ne crois pas que l'on ait signalé chez eux l'ossification du pourtour de la fenêtre ovale ou même des altérations de la membrane ronde, comme Politzer, en particulier, en a décrit chez les adultes.

Il n'est pas rare de voir, à travers le tympan, la paroi de la caisse rouge, hyperémiée, être le siège d'une congestion assez intense. Je considère avec Politzer¹ cet état comme étant d'un pronostic grave, parce que je l'ai observé surtout dans les formes héréditaires à marche rapide. Il m'a paru également être plus fréquent chez les jeunes filles que chez les garçons et s'accroître particulièrement chez elles aux périodes menstruelles.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de l'otite sèche adhésive est, comme nous l'avons déjà dit, habituellement intermittente, et si le traitement local actif était fait d'assez bonne heure, on pourrait souvent enrayer la surdité et guérir les petits malades. Malheureusement, on n'est généralement consulté que lorsque la surdité est déjà très avancée, et que les lésions de la caisse sont elles-mêmes impossibles à supprimer. Dans la sclérose au contraire, la marche est habituellement lente, mais elle est malheureusement progressive, et cela, souvent en dépit de tous les traitements. On peut même dire que lorsque la sclérose débute dans l'enfance, il y a bien des chances pour que, vers l'âge de 18 ou 20 ans, la surdité soit déjà très prononcée, malgré le traitement le mieux appliqué et le plus régulièrement suivi. La durée de ces deux formes peut donc être considérée comme étant indéfinie. Elles conduisent toutes deux à la cophose à peu près inévitable, surtout dans la forme interstitielle.

Diagnostic. — Le diagnostic est habituellement facile à faire par l'anamnèse, les parents racontant en effet que leurs enfants sont sourds depuis un certain temps, que cette surdité s'aggrave graduellement.

Seule, la forme sèche ou adhésive pourrait être confondue avec des synéchies cicatricielles, résultat d'une otorrhée cicatrisée; mais habituellement, dans cette forme, on rencontre sur la membrane tympanique des traces de perforation au niveau desquelles se sont faites surtout les adhérences, et, très souvent même, il existe encore des pertes de substance qui mettent bien vite sur la voie du diagnostic. Dans un cas douteux, l'interrogatoire du malade, l'existence d'un écoulement antérieur, permettront de fixer le diagnostic; du reste, l'erreur ne serait pas grave, puisque le même traitement serait applicable dans les deux cas.

La sclérose, au contraire, pourrait au premier aspect passer inaperçue,

⁽¹⁾ POLITZER. *Traité des maladies de l'oreille*. Traduction française. Paris, 1884, p. 315.

étant donnée l'intégrité apparente de la membrane du tympan, de la chaîne et de la caisse. Mais l'examen fonctionnel de l'oreille, la marche de la maladie, l'existence de bourdonnements, l'hérédité habituelle en pareil cas, permettront bien vite de lever tous les doutes, car l'on a moins à compter, à cet âge, avec la simulation au contraire possible chez l'adulte, dans certaines conditions.

Pronostic. — Le pronostic est, à mon sens, beaucoup moins grave, dans la forme sèche ou adhésive, si elle est traitée d'assez bonne heure, que, dans la forme scléreuse. Très souvent, en effet, il suffit de traiter la cause ou les poussées qu'elle provoque, pour voir, sinon diminuer, au moins s'arrêter l'affection, qui se modifie ensuite, sous l'influence d'un traitement local.

Un critérium important est l'influence de la douche d'air. Si lors du premier examen la pénétration de l'air dans l'oreille moyenne détermine une amélioration sensible de l'ouïe et une diminution des bourdonnements, on peut considérer le pronostic comme plus favorable que si l'aération de la caisse ne donne aucun résultat. Il faut bien savoir cependant que chez les enfants, et dans les formes scléreuses en particulier, l'insufflation produit souvent une amélioration de courte durée, et malgré ce résultat favorable immédiat le pronostic n'en reste pas moins grave, puisque l'on voit, en dépit de tout traitement, la surdité augmenter graduellement, et, à un moment donné, ne plus se modifier du tout sous l'influence de l'insufflation. Plusieurs fois j'ai eu l'occasion de soigner de petits scléreux héréditaires, qui, au début, semblaient retirer un bénéfice très net de leur traitement et qui, après quelques années, voyaient leurs trompes d'abord obstruées devenir perméables et néanmoins leur surdité augmenter. La diminution du bruit, sous l'influence de l'aspiration avec la poire ou avec le speculum de Siegle, rend en général le pronostic plus favorable. Il en est de même de l'existence d'une lésion nasale ou naso-pharyngienne.

Traitement. — D'après ce que nous venons de dire, le traitement de la forme adhésive devra surtout être nasal et naso-pharyngien. Autrefois, on avait attribué une importance considérable à l'hypertrophie des amygdales buccales et, en général, aux inflammations chroniques de l'arrière-gorge, sur la production de ces surdités infantiles, mais depuis que l'anatomie pathologique des fosses nasales a été mieux exposée grâce à des examens plus sérieux, plus méthodiques et plus approfondis, nous savons que le rôle de l'arrière-gorge peut être considéré comme absolument minime, tandis que celui du naso-pharynx est au contraire considérable.

Une fois cette région en bon état le traitement local devra consister surtout en douches d'air qui seront faites, suivant les cas, avec la poire de Politzer, ou, de préférence, avec le cathéter. Si l'opérateur est assez habile pour ne pas rendre son insufflation avec la sonde douloureuse, il peut considérer que le cathétérisme chez l'enfant est tout aussi simple et tout aussi facile que chez l'adulte. A la condition expresse de ne pas provoquer de douleur, il sera toujours possible d'user de ce moyen de traitement. L'insufflation avec la sonde a l'avantage énorme de permettre à l'opérateur de

grader à volonté l'effet de la pression de l'air envoyé dans l'oreille, et de limiter exactement l'action de cette douche à une seule caisse, ou d'une façon inégale aux deux oreilles, si les deux sont inégalement atteintes.

Le procédé de Politzer, au contraire, a l'inconvénient grave de faire pénétrer brusquement l'air dans les deux oreilles moyennes en même temps, et, tout en étant utile à l'une d'elles, d'être nuisible à l'autre. Néanmoins ce procédé nous rend des services précieux, chez certains enfants indociles ou rebelles à un traitement plus actif; il est également utile lorsque le praticien n'a pas l'habitude de manier le cathéter. Dans ces cas, il vaut mieux encore employer le procédé de Politzer ou ses dérivés, car la sonde, introduite par une main dure ou maladroitement, pourrait produire du côté des orifices tubaires des lésions irrémédiables, venant compliquer celles existant déjà.

Suivant les cas, on a conseillé d'insuffler dans les oreilles, tantôt de l'air sec, tantôt de l'air humide, sous forme de vapeurs simples, ou médicamenteuses. D'autres fois, au contraire, on insuffle de l'air contenant en suspension des substances irritantes, au nombre desquelles l'iode et le chlorhydrate d'ammoniaque semblent occuper le premier rang. Dans la forme sèche et adhésive la douche d'air et la libération des trompes suffisent en général pour améliorer le malade, et quelquefois même le guérir.

Dans la forme scléreuse, on n'a pas trouvé, jusqu'à ce jour, de traitement spécifique dans lequel on puisse avoir une confiance absolue.

Le massage du tympan, à l'aide d'une poire en caoutchouc qui comprime et décomprime lentement l'air du conduit, attire et repousse successivement la membrane tympanique et les osselets qui y sont enchâssés, constitue également un moyen thérapeutique, surtout employé chez les adultes, et difficile à appliquer régulièrement aux enfants. Cependant, dans un cas grave, on pourrait en recommander l'emploi. Ce qu'il faut avant tout, c'est de ne pas augmenter, par un traitement intempestif ou trop énergique, la lésion auriculaire, cause de la surdité. C'est ainsi que les insufflations dans la caisse, ou les massages faits d'une façon trop violente et trop souvent répétée, peuvent avoir l'inconvénient grave de rendre flaccide la membrane tympanique, et par conséquent de substituer à une dépression ou à une rigidité existante une voussure tout aussi préjudiciable à l'ouïe que l'était la lésion initiale. Il est donc important de ne pas prescrire ou faire des douches d'air continuées d'une manière empirique, sans en surveiller les effets, en examinant de temps à autre le tympan. Une saillie trop considérable de celui-ci après l'insufflation sera une indication formelle pour suspendre, momentanément au moins, le traitement local actif, que l'on ne reprendra ensuite que de loin en loin, en surveillant toujours les effets qu'il produit.

C'est principalement dans les cas où l'insufflation améliore l'audition que l'on est tenté de dépasser le but, en employant trop souvent ou trop fortement ce moyen thérapeutique. Lorsque cet accident survient, le seul remède est de faire une résection de la membrane dilatée (myringodectomie partielle ou totale), susceptible de parer aux accidents que nous venons de signaler. Certains auteurs, Urbantschitsch en particulier, préconisent le bourrage de la trompe, dans le but de dilater cette dernière et de faciliter la

pénétration de l'air. Ils emploient même cette méthode comme une sorte de massage de la trompe d'Eustache, et, au dire de ces auteurs, ce traitement produirait les meilleurs effets sur les bourdonnements et sur l'audition. J'avoue ne pas avoir constaté les améliorations signalées, sauf dans les cas où le conduit tubaire était nettement rétréci et avait besoin d'être dilaté.

Dans la sclérose, au contraire, les trompes sont suffisamment larges et perméables pour qu'il n'y ait rien à espérer d'un pareil traitement, souvent dangereux dans les mains de quelques opérateurs (emphysème, etc.).

En dehors du traitement médical, on a préconisé depuis déjà bien longtemps un certain nombre de traitements chirurgicaux, que nous ne ferons que signaler, pour ne pas trop sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Ce sont, d'abord, la myringotomie ou simple perforation de la membrane tympanique que l'on a généralement beaucoup de peine à maintenir béante; et il y a déjà bien des années que Bonnafond, et avec lui d'autres praticiens, avaient proposé l'introduction d'œillets métalliques ou autres dans la perforation, pour tâcher de la maintenir ouverte. La myringodectomie, ou ablation d'une partie du tympan, que l'on pratique de préférence aujourd'hui, à l'aide du galvano-cautère, offre les mêmes inconvénients que l'opération précédente. C'est quelquefois après deux ou trois interventions un peu larges que l'on peut arriver à maintenir béante la perforation ainsi créée. La plicotomie, ou section du pli postérieur de la membrane tympanique, la ténotomie du muscle tenseur du tympan, surtout préconisée par Weber-Liel, Miot, Kessel, etc., ou même du muscle de l'étrier, ne semblent pas, jusqu'à ce jour, avoir donné les résultats auxquels on était en droit de s'attendre, et ne sont guère entrés dans la pratique courante. De même, la section des brides adhésives, la mobilisation de l'étrier nous paraissent avoir à leur actif bien peu de guérisons définitives. Je ne parlerai que pour mémoire de l'ablation du tympan et des osselets (Kessel, Miot, etc.), car toutes ces interventions sont généralement pratiquées chez des adolescents ou des adultes, et très exceptionnellement chez l'enfant. Il va sans dire que le traitement général sera appliqué suivant les indications de chaque sujet; ici encore, d'une façon générale, l'air de la mer ne convient pas aux enfants sourds. Souvent, sous cette influence, leur affection auriculaire s'aggrave et leur surdité fait des progrès irrémédiables. Au contraire, le traitement hydro-minéral, dans une station adéquate à l'état général de l'enfant, pourra, dans certains cas, être favorable à l'état de ses oreilles.

III. — FORME PURULENTE CHRONIQUE, OTORRHÉE.

Les suppurations chroniques de la caisse comptent parmi les maladies les plus importantes de l'oreille moyenne chez l'enfant, non seulement à cause de leur fréquence et de la diminution de l'ouïe qui en résulte, mais surtout en raison des complications graves qu'elles déterminent. Ici, en effet, ainsi que le dit Politzer¹, non seulement la membrane tympanique est

⁽¹⁾ *Loc. cit.*, p. 575.