

SECTION DU PLI POSTÉRIEUR DE LA MEMBRANE DU TYMPAN

Indications. — La section du pli postérieur de la membrane tympanique, que j'ai le premier recommandée¹ (1871) et qui l'a été un an plus tard par LUCÆ², est indiquée dans tous les cas où la membrane présente les signes objectifs d'un bombement anormal vers l'intérieur, où, par suite, l'extrémité inférieure du manche du marteau se montre poussée en dedans et en arrière d'une façon anormale, tandis que la courte apophyse du marteau et le pli postérieur de la membrane qui s'en détache font une forte saillie vers le conduit auditif externe (pag. 312). Si ces modifications sont accompagnées de surdité grave et de bruits subjectifs considérables que les méthodes décrites de traitement local ne réussissent pas à améliorer d'une façon notable, l'essai de la section du pli postérieur de la membrane est alors justifié. Par cette opération, la forte tension du quadrant postéro-supérieur de la membrane, d'une importance particulière pour la transmission du son, est écartée et le manche du marteau acquiert une motilité plus grande.

Opération. — Pour faire la section du pli postérieur de la membrane du tympan, je me sers d'une petite lame bien aiguisée, à pointe arrondie, fixée sur un manche avec lequel elle forme un coude, ou bien j'emploie l'aiguille en forme de lance représentée pag. 265 (fig. 100). La section se fait de haut en bas, perpendiculairement à la direction longitudinale du pli, et la place la plus convenable est le milieu entre la courte apophyse et l'extrémité périphérique du pli de la membrane (fig. 116). La section est généralement



FIG. 116.

accompagnée d'un bruit de craquement; les bords de la plaie s'écartent l'un de l'autre et le manche tiré en dedans reprend une position plus verticale. L'hémorrhagie consécutive à l'opération est ordinairement légère; rarement les faisceaux vasculaires qui se rendent à la paroi supérieure du conduit auditif donnent lieu à une hémorrhagie plus considérable, mais alors on l'arrête vite en portant sur l'incision une petite boule de coton de BRUNS. Cette précaution est indiquée, même pour de faibles hémorrhagies, pour empêcher la formation de croûtes de sang desséché sur la membrane. Quelquefois le sang de la plaie s'écoule à l'intérieur vers la caisse, et ce n'est qu'après la résorption de l'écoulement que l'amélioration obtenue devient sensible.

Résultat de l'opération. — Les suites de l'opération dépendent surtout des modifications qui existent dans la caisse. L'accroissement de l'ouïe est

¹ « Des cicatrices de la membrane tympanique. » *Wiener med. Wochenschrift*, 1871.

² *Archives de chirurgie de Langenbeck*, vol. XIII.

d'autant plus considérable que la chaîne des osselets est moins chargée ou immobilisée par des produits pathologiques; mais là où il y a de fortes liaisons entre les osselets et les parois de la caisse, l'opération n'amène que peu ou pas d'amélioration de l'audition.

La section du pli postérieur de la membrane, même quand il n'y a pas amélioration notable de l'ouïe, exerce en beaucoup de cas une action considérable sur les bruits subjectifs, qui cessent complètement ou deviennent beaucoup plus faibles immédiatement après l'opération.

Pour ce qui concerne la durée de l'amélioration produite, on ne peut tenir compte que des cas que l'on a eu l'occasion d'observer pendant plusieurs années. L'observation de ceux que j'ai opérés m'a montré qu'assez souvent, même là où l'opération a été suivie d'une amélioration considérable de l'ouïe et d'une diminution des bruits subjectifs, la surdité antérieure reparaît peu à peu au bout de quelques mois, et les bourdonnements augmentent aussi progressivement. Quelquefois pourtant l'audition diminue, mais les bruits subjectifs ne reprennent plus leur intensité primitive. Je n'ai observé que rarement une amélioration de l'ouïe persistant plusieurs années et une disparition ou diminution permanente des bruits subjectifs. v. TRÖLTSCH a fait, à plusieurs reprises, la section du pli qui se détache en avant de la courte apophyse, et il a obtenu une amélioration subjective, le plus souvent passagère, avec une sensation de relâchement de la tension dans l'oreille.

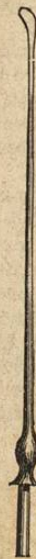


FIG. 117.

Il y aurait encore à parler ici d'une opération que j'ai pratiquée dans ces derniers temps, mais jusqu'ici dans un petit nombre de cas seulement. C'est la section du ligament antérieur du marteau. J'ai trouvé en effet, dans mes recherches expérimentales sur la détermination des rapports de tension de l'appareil de transmission du son, qu'après la section du tendon du tenseur tympanique, la membrane, tirée en dehors par aspiration dans le conduit auditif externe, revient presque à sa position antérieure quand cesse l'aspiration. En outre, la séparation des surfaces articulaires entre l'étrier et l'enclume et surtout la séparation de l'enclume et du marteau ont pour résultat un avancement plus considérable du manche vers l'extérieur; mais, même en isolant complètement la tête du marteau et en coupant les ligaments d'arrêt supérieurs et extérieurs, le manche du marteau poussé en dehors présente toujours une forte tension vers l'intérieur. Ce n'est que si l'on coupe le ligament antérieur du marteau (portion antérieure du ligament axial), que la traction du manche vers l'intérieur cesse presque complètement.

Comme il résultait de là que le ligament antérieur du marteau a une influence considérable sur la position du manche et sur la tension de la membrane du tympan, j'essayai plusieurs fois de faire la section de ce ligament, dans des cas où la membrane était tirée à l'intérieur et le manche du marteau fortement incliné en dedans, et où la douche d'air donnait momentanément une grande amélioration de l'ouïe. L'instrument, figuré ci-contre (fig. 117), consiste en une petite lame, tranchante à la pointe et du côté concave, légèrement recourbée, qui, après la section du pli antérieur de la membrane, est poussée de 2 mm à l'intérieur de la caisse, juste devant la

duit dans la caisse par quelques spécialistes *devant le manche du marteau* (WEBER-LIEL); par d'autres, *derrière le manche* (VOLTOLINI, SCHWARTZE, HARTMANN, ORNE GREEN). Le choix de cette dernière place offre beaucoup plus de sûreté pour la réussite de l'opération que l'introduction devant le manche du marteau. L'instrument en forme de faux indiqué par WEBER-LIEL, mobile à la façon du sphérotome de WREDEN, ne s'est pas montré pratique, parce qu'il entame une trop grande partie de la portion antérieure de la membrane du tympan, sans offrir de garantie pour la section certaine du tendon, dont la direction varie avec les individus.

L'aiguille à paracentèse à surface courbe, préconisée par JOS. GRUBER, et qui est introduite devant le manche du marteau pour faire la section du tendon de bas en haut, s'est montrée tout à fait impropre à l'opération. Si l'on essaye cet instrument sur le cadavre, on verra qu'à la façon dont l'opération est toujours conduite, le tendon est rarement coupé (HARTMANN), parce que le tranchant de l'instrument atteint le bord osseux de l'anneau tympanal avant le tendon du tenseur.

L'instrument indiqué par SCHWARTZE consiste en une petite lance arrondie en avant, à surface courbe, que l'on introduit *derrière le manche du marteau*, de façon à couper le tendon *de haut en bas*, procédé beaucoup plus difficile que la section de bas en haut.

Le ténotome de HARTMANN (fig. 118) est formé d'une lame à surface et arête courbes, dont la pointe s'avance de 1^m/_m au delà de l'arête supérieure. C'est de tous les ténotomes celui qui s'est montré le plus commode; avec lui l'opération se fait bien plus sûrement et sans blessure des régions voisines.

Pour juger avec certitude du résultat de l'opération, il est bon, comme HARTMANN l'a fait remarquer le premier, de couper d'abord le segment postérieur de la membrane du tympan, à environ 1^m/_m derrière le manche du marteau, puis de constater les modifications produites dans l'audition et les bruits subjectifs. Seulement alors le ténotome de HARTMANN est poussé, par la même ouverture, de 3^m/_m dans la caisse, ce qui amène l'instrument entre le manche du marteau et la longue apophyse de l'enclume, *sous le tendon*. En abaissant légèrement le manche de l'instrument, sa pointe tranchante est poussée assez loin vers l'espace supérieur de la caisse pour que le tendon soit coupé obliquement par le retrait du ténotome.

La section du tendon du tenseur est souvent accompagnée d'un bruit de craquement particulier; quelquefois, après avoir enlevé l'instrument, on observe un fort épanchement de sang dans la caisse, qui se résorbe au bout de quelques semaines (SCHWARTZE). On n'évite pas toujours la section de la corde du tympan; je l'ai constatée une fois à l'altération du goût du côté correspondant, survenant immédiatement après l'opération. La sensation gustative normale, revenue au bout de quelques semaines, permit de conclure à la réunion des extrémités séparées du nerf.

Résultats de l'opération. — Immédiatement après la section du tendon du tenseur, on observe dans certain cas une position plus verticale du manche du marteau; plus souvent il conserve la position inclinée qu'il avait avant l'opération, sans qu'il puisse pourtant y avoir de doute sur la section effective du tendon. Ceci indique la présence des modifications adhésives dont il a été parlé et qui, indépendamment de la traction du tenseur tym-

panique, produisent l'inclinaison anormale du manche du marteau vers l'intérieur.

POMEROY, BERTOLET, ORNE GREEN indiquent, comme la modification subjective la plus marquée à la suite de l'opération, une diminution des bruits de l'oreille. Mais



FIG. 118. — Ténotome de HARTMANN, pour l'oreille droite et l'oreille gauche. (Voir son manche, p. 265.)

une diminution des bruits subjectifs résulte souvent aussi, comme nous l'avons vu, d'une simple incision de la membrane du tympan et de la section de son pli postérieur. Ces indications ne peuvent donc pas être acceptées comme probantes pour l'effet de la ténotomie sur les bourdonnements, parce que les spécialistes qui viennent d'être nommés ont négligé d'observer, avant de pratiquer l'opération, l'effet de l'incision seule de la membrane sur les bruits de l'oreille. Dans un cas opéré par HARTMANN, la section du pli postérieur de la membrane, entreprise d'abord, diminua beaucoup les bourdonnements, sans que la ténotomie venant ensuite ait augmenté cette amélioration. J'ai obtenu aussi le même résultat sur les malades que j'ai opérés, sauf un cas où la ténotomie donna une nouvelle amélioration, mais elle ne persista pas.

D'après l'opinion unanime des spécialistes, l'influence de la ténotomie sur l'audition est encore bien faible. Une amélioration considérable de l'ouïe par cette opération est un fait excessivement rare. Dans la plupart des cas, elle est insignifiante ou ne va pas au delà de celle obtenue par la section du pli postérieur de la membrane du tympan. Ceci se comprend quand on tient compte des autres modifications pathologiques concomitantes dans la caisse, qui gênent les vibrations des osselets.

Ce qui importe, pour fixer la valeur de la ténotomie, c'est les modifications qui surviennent plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'opération. L'expérience, d'après les sources dignes de foi, est défavorable; car, sauf quelques rares exceptions, l'amélioration de l'ouïe disparaît totalement ou en grande partie, les bruits subjectifs reprennent leur intensité antérieure, et il n'est pas rare que l'opération soit suivie d'une aggravation rapide qui, à en juger par la marche antérieure de la maladie, ne peut être attribuée qu'à l'opération. Chez plusieurs malades, venus chez moi quelques mois après s'être fait opérer, l'oreille correspondante était devenue *complètement sourde*, tandis qu'avant l'opération la dureté de l'oreille n'était pas grave et le processus pathologique suivait une marche lente depuis des années. La ténotomie du tenseur tympanique est donc une de ces opérations qui, non seulement n'ont qu'une utilité restreinte, mais ont souvent aussi une influence déplorable sur l'audition. On peut juger, d'après cela, la valeur des résultats brillants de la ténotomie du tenseur tympanique publiés par WEBER-LIEL et JOS. GRUBER.

Enfin, quelques remarques relatives à la mobilisation et à l'extraction de l'étrier conseillées par KESSEL, en cas d'ankylose, peuvent trouver place ici. KESSEL s'appuie, pour proposer cette dernière opération, sur un essai pratiqué sur un pigeon gros-gorge; après l'extraction de la columelle et l'écoulement partiel de la périlymphe du labyrinthe, toute réaction cessa pour de fortes excitations sonores. Huit jours après l'opération, les sensations sonores reparurent avec l'arrêt de l'écoulement, et la dissection montra que la fenêtre qui avait été ouverte s'était refermée par une membrane nouvelle. KESSEL conclut de là que l'extraction de l'étrier sur l'homme, non seulement est sans danger, mais peut être d'une grande utilité.

La mobilisation de l'étrier, ainsi que son extraction, dans les affections adhésives survenant sans suppuration de la caisse, n'ont aucune valeur réelle tant qu'on ne réussira pas à maintenir ouverte l'ouverture artificielle de la membrane tympanique. Mais même alors que ce problème serait résolu, le résultat de ce mode opératoire me paraît bien douteux d'après les expériences que j'ai faites sur le cadavre; sur un grand nombre d'oreilles normales, où la membrane, le marteau et l'enclume avaient été enlevés et le tendon du stapédus coupé, je n'ai réussi, en prenant toutes les précautions, à extraire l'étrier que sur un tiers à peine des préparations; dans les deux autres tiers, les branches de l'étrier se brisaient sans que sa base fût enlevée de la fenêtre ovale.

Les essais furent complètement sans résultat sur cinq préparations où il y avait ankylose de l'étrier. Sur trois d'entre elles, il y avait ankylose des branches de l'étrier; dans les deux autres, ankylose de la base elle-même (pag. 305). Dans les tentatives, faites avec le plus de soin, de séparer les parties adhésives des branches de l'étrier de la paroi de la niche, les branches se rompirent, et là où il y avait ankylose

de la base elle-même, il y eut également rupture des deux branches malgré le peu de force employée pour tenter l'extraction. Je regarde d'ailleurs comme inexécutable la séparation complète de la base ankylosée des bords de la fenêtre ovale, parce que celle-ci est placée obliquement et cachée en partie, de sorte qu'il est impossible de voir le champ entier de l'opération. Or cette opération pratiquée à l'aveuglette ferait tomber des morceaux de la base de l'étrier brisé dans le vestibule, où ils produiraient facilement une inflammation purulente du labyrinthe, avec destruction du nerf acoustique, et peut-être aussi extension de l'inflammation vers les méninges par le conduit auditif interne.

Outre les traités et manuels de LINCKE, WILDE, RAU, TOYNBEE, BONNAFONT, v. TRÖLTSCH, MOOS, DE ROSSY, ROOSA et BURNETT, il faut citer encore : A. PAGENSTECHER : « Otiatrische Mittheilungen » (*Deutsche Klinik*, 1863, n^{os} 41, 42, 43), où cet auteur a, pour la première fois, appelé l'attention sur la forme scléreuse de l'otite moyenne. — H. SCHWARTZE : *Pract. Beiträge zur Ohrenheilkunde*, Halle, 1864. — VOLTOLINI : « Zur Function des Steigbügels und dessen Ankylose in der Fenestra ovalis. » (*Deutsche Klinik*, n^{os} 34 et 36, 1839). — WEBER-LIEL : *Ueber die Wesen und die Heilbarkeit der häufigsten Form progressiver Schwerhörigkeit*, Berlin, 1873. — HEDINGER : « Statistischer Bericht, » (*Med. Correspondenzbl. Württembergs* n^o 21, 1872). — LOUIS BLAU : « Ueber Cerebralerscheinungen beim chron. Mittelohrcatarrh » (*Deutsche Zeitschr. f. pract. Med.*, 1877). — A. POLITZER : « Zur Pathologie und Therapie des Spannungs anomalien de Trommelfells und der Gehörknöchelchen ». (*Allg. Wien. med. Ztg*, 1872.)

III. — OTITES MOYENNES PURULENTES

I

OTITE MOYENNE PURULENTE AIGUE

SYN. : Otitis media acuta suppurativa seu perforativa. — Antrotympanite des anciens auteurs. — Periostitis auris med. (RAU). — Acuter eitriger Ohrcatarrh (v. TRÖLTSCH). — Acute suppuration of the middle ear (ROOSA). — Otitis media piogenica a forma acuta (DE ROSSY).

L'otite moyenne suppurative aiguë est caractérisée par une hyperhémie de la muqueuse de la caisse, accompagnée des symptômes d'une violente réaction, qui conduit à l'écoulement rapide d'un exsudat purulent et à la perforation de la membrane tympanique, avec inflammation simultanée de celle-ci. Les modifications anatomiques sont celles que nous avons apprises à connaître dans l'otite moyenne aiguë, avec cette différence que, dans la forme suppurative, l'hyperhémie, le gonflement et la tuméfaction de la muqueuse sont beaucoup plus intenses, que l'écoulement est plus considérable et renferme de plus grandes quantités de globules de pus, et qu'il se produit une perforation de la membrane du tympan.

Il y a pourtant de fréquentes exceptions pour les modifications du revêtement de la caisse que nous avons indiquées. Chez les phthisiques, en particulier, qui sont atteints dans les derniers jours de leur vie d'une otite moyenne purulente aiguë, l'hyperhémie manque presque complètement, et l'on trouve plus souvent la muqueuse de la caisse recouverte d'une couche

de pus ayant l'apparence de la crème, sans gonflement notable, pâle et la muqueuse du tympan vide de sang, ramollie et perforée en un point.

On observe aussi quelquefois une sécrétion qui n'a pas la même consistance que dans la forme purulente ou muco-purulente, surtout dans les premiers temps qui suivent la perforation. L'écoulement, renfermant très peu de globules de pus, présentera par exemple l'apparence d'un sérum sanguinolent, ou d'un liquide visqueux, clair, jaune, qui ne revêt le caractère purulent qu'au bout de quelques jours.

Les cas d'otite moyenne aiguë, où il y a exsudation hémorrhagique (otitis med. hæmorrhagica, ROOSA, MATHEWSON) ou exsudation fibrino-hémorrhagique, sont très rares. J'ai décrit un cas de cette dernière sorte avec perforation de la membrane du tympan et guérison complète, dans mes *Beleuchtungsbildern des Trommelfells*, 1865, pag. 86.

Les modifications pathologiques, dans cette forme d'inflammation, s'étendent presque toujours à toute la muqueuse de l'oreille moyenne. Elles se propagent de la caisse à la trompe d'Eustache, dont le canal est plus ou moins rétréci par le gonflement, et au revêtement des cellules mastoïdiennes, où l'on trouve toujours un exsudat purulent. Dans le labyrinthe, par suite des rapports anastomotiques de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, il se produit une forte hyperhémie, une exsudation séreuse, rarement une inflammation purulente.

Étiologie et production. — L'otite moyenne suppurative aiguë se présente, soit d'une façon idiopathique, à la suite d'influences extérieures, de refroidissements, soit par l'extension à l'oreille moyenne d'un catarrhe naso-pharyngien aigu ou chronique. On la rencontre en outre dans le cours de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, du typhus, de la tuberculose, de la diphthérie¹, pneumonie, grippe, coqueluche, et dans le puerpérisme. Quelquefois la suppuration aiguë de la caisse provient d'une cause traumatique, à la suite de la paracentèse ou d'autres opérations pratiquées sur la membrane du tympan, ou à la suite d'un coup reçu ou d'une chute sur le crâne ou sur l'oreille, d'essais violents d'extraction de corps étrangers de l'oreille; enfin, elle peut être amenée par l'échaudage et les brûlures de l'oreille. Nous avons dit déjà que la suppuration aiguë de l'oreille moyenne peut résulter de la douche nasale de WEBER, des injections d'eau froide dans le conduit auditif externe, des bains froids de rivière et de mer (KNAPP, MORPURGO).

L'otite moyenne suppurative aiguë se présente plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte, on l'observe plus souvent au printemps et en automne qu'en été et pendant les froids de l'hiver. Au printemps, elle montre quelquefois un caractère épidémique. Les circonstances climatologiques ne paraissent pas avoir une grande influence sur la fréquence de cette forme

¹ D'après des communications orales des médecins d'enfants les plus occupés de Vienne, la diphthérie pharyngienne pure, non scarlatineuse, s'accompagne très rarement d'otite moyenne consécutive, mais celle-ci est très fréquente dans la diphthérie naso-pharyngienne scarlatineuse.