

l'existence de l'otorrhée est passée inaperçue; ce qui se comprend dans les cas où l'éclosion des phénomènes a coïncidé avec la suppression de l'écoulement par l'oreille. On pense alors, soit à une méningite, soit à une fièvre typhoïde. Il suffit d'être averti de la possibilité d'une pareille erreur.

Quant à faire le diagnostic entre la phlébite des sinus et l'encéphalo-méningite, c'est chose fort difficile, quelquefois même tout à fait impossible, puisque souvent, comme nous l'avons déjà indiqué, les deux ordres d'altérations coexistent. Cependant la prédominance des symptômes cérébraux, convulsions, paralysies, délire, fera conclure à l'existence de la méningite. Les grands frissons répétés, les brusques ascensions de température, l'apparition d'abcès métastatiques caractérisent la phlébite suppurée des sinus. Comme signe local, il convient d'ajouter aux symptômes précédents, un gonflement dur le long de la veine jugulaire, de la douleur le long de cette veine, et même des abcès profonds du cou, comme Sentex en a rapporté une observation dans sa thèse de 1865 sur ce sujet. Parfois aussi on note du gonflement et de l'empatement au niveau de l'apophyse mastoïde.

4° ULCÉRATION DES VAISSEAUX.

Le voisinage de vaisseaux volumineux explique les hémorragies formidables qu'on observe parfois dans le cours de l'otite moyenne suppurée. Ces hémorragies peuvent provenir de l'artère carotide interne, de l'artère méningée moyenne, ou des sinus veineux, sinus latéral, sinus pétreux, golfe de la veine jugulaire interne.

Nous n'insisterons ici que sur les ulcérations de la carotide interne et sur celles des sinus, qui sont les plus importantes.

a. Ulcération de l'artère carotide interne. — Cette lésion a été étudiée par Jolly, dans deux articles des *Archives de médecine* de 1866 et 1870. En 1874, M. Marcé en a fait le sujet d'une intéressante thèse inaugurale.

C'est généralement dans le cours d'otorrhées anciennes s'accompagnant de carie du rocher que s'observent les hémorragies liées à l'ulcération de l'artère carotide interne. C'est surtout quand les altérations osseuses s'étendent du côté de la paroi antérieure de la caisse qu'elles gagnent le canal carotidien et peuvent déterminer des ulcérations de l'artère. Celle-ci présente une ou plusieurs perfora-

tions qui sont en rapport avec la lésion osseuse elle-même. Tantôt le calibre de l'artère est libre, tantôt il est occupé par un caillot qui l'obture. M. Marcé a appelé l'attention sur une disposition dont on comprendra l'importance à propos des symptômes. L'ulcération de l'artère, en effet, pour cet auteur, ne communiquerait pas directement avec la caisse; mais il existerait entre l'artère et l'oreille moyenne une cavité anfractueuse dans laquelle le sang peut s'épancher et se coaguler. Cette disposition a été constatée par M. Terrier dans une autopsie qu'il a eu l'occasion de pratiquer.

Quant au mécanisme de l'ulcération artérielle, deux théories sont en présence: l'une, la théorie mécanique, qui attribue la lésion à un petit fragment osseux plus ou moins acéré venant déchirer les parois du vaisseau; l'autre qui voit dans l'ulcération de la carotide interne, dans les lésions du rocher, un cas particulier de l'ulcération des artères au contact des foyers purulents. Et de fait, on ne trouve pas toujours un fragment osseux capable de déterminer la perforation du vaisseau.

Symptômes. — Tantôt l'hémorragie est le premier symptôme de l'ulcération de la carotide, tantôt il y a eu quelques phénomènes précurseurs, tels que des douleurs, une teinte rouillée de l'écoulement purulent due au mélange d'une petite quantité de sang. L'hémorragie se manifeste sous la forme d'un jet considérable de sang artériel, rutilant, qui peut atteindre en quelques minutes une quantité énorme; quelquefois le sang s'écoulant en même temps par la trompe, est rejeté par le nez et par la bouche.

Généralement l'hémorragie s'arrête d'elle-même, grâce à la coagulation du sang dans la cavité osseuse intermédiaire à l'artère et à la caisse, que nous avons précédemment signalée. Mais, au bout de quelques jours, elle reparait, soit spontanément, soit sous l'influence d'un effort de toux. Les mêmes phénomènes se reproduisent un certain nombre de fois; puis, au bout de quelques semaines, la terminaison mortelle survient. Quelquefois l'hémorragie s'est accompagnée d'hémiplégie, comme à la suite de la ligature de la carotide primitive, et sans doute par le même mécanisme, l'artère étant oblitérée par un caillot et le cerveau étant privé de l'apport de sang.

b. Ulcérations des sinus et de la veine jugulaire. — Plus rares que celles de la carotide interne, les ulcérations des sinus et du golfe de la veine jugulaire coïncident souvent avec les lésions de

l'apophyse mastoïde, vu les rapports intimes entre cette apophyse et le sinus latéral. L'hémorrhagie à laquelle elles donnent lieu est habituellement très abondante, au point de pouvoir entraîner la mort à bref délai. Le sang ne coule pas en jet saccadé, comme dans les hémorrhagies artérielles. Il ne présente pas non plus la couleur rutilante. Toutefois il faut faire remarquer que, dans les cas d'hémorrhagies carotidiennes, vu l'existence de cette cavité intermédiaire entre l'oreille moyenne et la carotide ulcérée, dont nous avons parlé plus haut, le sang peut stagner, couler lentement, avec une coloration plus ou moins foncée. Par là, on s'explique la difficulté du diagnostic entre l'ulcération des sinus et celle de la carotide; inversement le sang venant des sinus crâniens peut présenter les apparences du sang artériel, et dans un cas, Syme d'Édimbourg lia la carotide primitive pour une otorrhagie qu'il rattachait à l'ulcération de ce vaisseau, tandis qu'elle provenait du sinus pétreux supérieur.

5° PARALYSIE FACIALE.

Déjà nous avons insisté sur les rapports intimes du nerf facial avec la caisse. Par là, on comprend aisément que l'inflammation gagne ce nerf, d'où la paralysie faciale. La paroi osseuse de l'aqueduc de Fallope est quelquefois même détruite par la suppuration; en pareil cas, le nerf baigne dans le pus: il est lui-même profondément altéré. Nous avons noté que l'inflammation pouvait suivre le trajet du nerf facial pour se propager au cerveau et aux méninges. Mais il n'est pas nécessaire qu'il y ait une otite moyenne suppurée et une carie du rocher pour voir survenir la paralysie faciale. Elle peut se montrer comme complication de l'otite externe ou de l'otite moyenne non suppurée. Mais il y a entre cette variété de paralysie faciale et celle qui est due à l'otorrhée une grande différence pronostique. Ici, en effet, il n'y a pas d'altération profonde du nerf, et la paralysie faciale peut disparaître avec la guérison de la lésion de l'oreille. Dans les cas d'otorrhée chronique, au contraire, outre que la lésion de la caisse n'a aucune tendance à la guérison, les altérations permanentes du nerf entraînent une paralysie faciale incurable.

Traitement des complications précédentes. — Le traitement doit être avant tout prophylactique; il consiste à assurer le libre écoulement du pus. Ici, comme dans toutes les parties de la chirurgie,

il bénéficiera largement de la méthode antiseptique. Déjà nous avons mentionné l'acide borique comme l'un des agents les plus recommandés aujourd'hui dans le traitement de l'otorrhée. Quelquefois les pansements restant insuffisants, il est nécessaire de recourir à la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Lorsque les complications encéphaliques sont survenues, trop souvent tous les traitements demeurent inutiles. Toutefois les révulsifs, le calomel à haute dose, les frictions mercurielles jusqu'à salivation, combattent la méningo-encéphalite; le sulfate de quinine sera employé contre les frissons et les accidents pyohémiques.

Lorsque des hémorrhagies surviennent, on peut les combattre par le tamponnement du conduit auditif, par la compression de la carotide. Mais si l'écoulement sanguin se reproduit, si l'on acquiert la conviction qu'il est dû à une ulcération de la carotide, il faut recourir à la ligature de la carotide primitive. Encore ne doit-on avoir en ce moyen qu'une confiance limitée; car l'hémorrhagie se reproduit parfois par le bout supérieur du vaisseau lésé, vu la largeur des anastomoses entre les deux carotides.

III

NÉOPLASMES OU TUMEURS DE LA CAISSE.

Outre les polypes de l'oreille qui prennent quelquefois naissance dans la caisse, et dont nous avons déjà parlé, on rencontre encore dans l'oreille moyenne des tumeurs malignes, des exostoses et des tumeurs perlées ou cholestéatomes.

a. Tumeurs malignes (épithélioma et sarcome). — Les formes anatomiques observées ont été l'épithélioma et le sarcome. Dans un fait de Brunner et dans un autre de M. Duplay, il s'agissait d'un épithélioma, ayant débuté probablement par la muqueuse de la caisse. Plusieurs exemples d'ostéosarcomes ont été publiés.

La marche de la maladie est excessivement rapide. Au début, elle se caractérise par des douleurs très violentes à forme névralgique; auxquelles se joignent de la surdité et des bourdonnements. Bientôt aussi l'écoulement de sérosité sanguinolente par l'oreille, et même de véritables otorrhagies se joignent aux symptômes précédents.

L'examen direct permet de constater une tumeur molle, grisâtre, saignant au moindre contact. On peut être embarrassé pour savoir s'il s'agit d'une tumeur maligne ou de simples fongosités. En pareil cas, l'excision d'une partie de la tumeur et son examen au microscope trancheraient le diagnostic. Plus tard, l'extension rapide du mal, l'engorgement ganglionnaire, l'altération de la santé générale, achèveront d'éclairer le chirurgien.

Le pronostic est d'une extrême gravité; la maladie détermine en effet des altérations de voisinage, encéphalo-méningite et hémorrhagies, promptement mortelles. Ce qui aggrave encore le pronostic, c'est l'impossibilité où l'on est d'enlever le mal en totalité; on se trouve donc réduit à un traitement purement palliatif.

b. Exostoses. — Dans l'otite moyenne scléreuse, on observe des productions osseuses anormales dans l'intérieur de la caisse. Sur un jeune garçon de neuf ans, Zaufal a trouvé une exostose partant de la paroi interne de la caisse et remplissant toute sa cavité. Cette tumeur était probablement d'origine congénitale.

c. Tumeurs perlées ou cholestéatomes. — Ces tumeurs sont constituées par un amas de cellules épithéliales au milieu desquelles on rencontre des cristaux de cholestérine. Elles ont été décrites par certains auteurs, Wendt, Urbantschitsch, Troeltsch, sous le nom d'otite desquamative. Ils supposent en effet qu'elles sont dues à une inflammation de la muqueuse de la caisse, et à une desquamation épithéliale, dont les produits se sont accumulés.

Ces tumeurs déterminent des vertiges, de l'otorrhée; elles amincissent et perforent les os. Elles s'étendent dans tous les sens, et peuvent amener des phénomènes inflammatoires du côté du cerveau et des sinus crâniens. Elles se reconnaissent à l'existence d'une masse d'un blanc nacré, crayeuse, adhérente aux parois de la caisse. Parfois leur teinte brunâtre a pu les faire confondre avec un bouchon cérumineux.

Le traitement qui convient à ces tumeurs n'est autre que l'extirpation au moyen du grattage et des injections. Lucae a même trépané l'apophyse mastoïde pour favoriser leur extraction.

ARTICLE III

MALADIES DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

Intermédiaire à la cavité pharyngienne et à l'oreille moyenne, la trompe d'Eustache participe aux inflammations de ces deux cavités. Aussi n'y a-t-il guère lieu de décrire isolément son inflammation. Nous dirons ici seulement quelques mots des lésions traumatiques de la trompe et de son obstruction qui met obstacle à la pénétration de l'air dans la cavité tympanique.

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA TROMPE.

La trompe peut être lésée dans les fractures de la base du crâne; mais c'est surtout dans les tentatives chirurgicales faites pour franchir un rétrécissement de ce conduit qu'on observe les déchirures de sa muqueuse. Elles se reconnaissent à ce qu'on retire le cathéter taché d'une gouttelette de sang. Il faut, en pareil cas, s'abstenir de pousser une injection d'air dans la trompe, sous peine de voir se développer un emphysème qui peut gagner les parois latérales du cou, s'étendre à la paroi postérieure du pharynx et même à l'extrémité supérieure du larynx et déterminer la suffocation. Il faut, dans ce dernier cas, pratiquer une petite ponction pour donner issue à l'air infiltré. Celui-ci s'échappe avec un sifflement et le malade est immédiatement soulagé.

Un autre danger du cathétérisme de la trompe, c'est la possibilité des inoculations syphilitiques. Il faut se rappeler la grande fréquence des lésions secondaires au niveau de la trompe et de la cavité nasopharyngienne, et entretenir toujours minutieusement la propreté des instruments.

La trompe peut encore être altérée par le fait du tamponnement postérieur des fosses nasales; si, en effet, le tampon reste trop longtemps en place, le sang retenu dans le pharynx se décompose, pénètre dans l'orifice tubaire, et de là dans la caisse, où il peut déterminer une inflammation purulente extrêmement aiguë. M. Gellé a appelé particulièrement l'attention sur ces accidents dont il a observé deux