

## III

**Nécrose des osselets. — Carie des parois, de l'attique, du mur de la logette, du plancher, du massif du facial. — Séquestres. — Paralysie de la face. — Irritation, destruction de la corde du tympan. — Troubles gustatifs dans l'otorrhée.**

Cet énoncé des lésions osseuses que l'exploration d'une caisse otorrhéique peut découvrir, montre la multiplicité possible des lésions et la diversité de leurs sièges, et des causes d'incurabilité de l'otorrhée; mais, de plus, les rapports si importants des régions otiques ainsi dénudées, cariées, font craindre avec raison les complications les plus sérieuses et les plus graves même pour la vie du patient. Ces lésions éternisent les menaces d'infection générale, de méningite, etc. Suivant leur gravité, leur siège, la thérapeutique peut aider à leur élimination, ou doit se contenter d'une expectation prudente. Le diagnostic posé, de l'aveu de tous les chirurgiens, à moins d'un séquestre superficiel, mobile, mastoïde, ou du mur de la logette, que l'opération réglée peut enlever, il est prudent de laisser le travail d'élimination naturelle se faire avec les pansements et avec les soins antiseptiques; on enlève le pus par des pansements quotidiens, des injections-lavages (*permananganate de potasse* au 1000<sup>e</sup>), on le tarit par des attouchements des fongosités, le Politzer, les bains d'*alcool boriqué*, de *sublimé* au 3000<sup>e</sup>, au 6000<sup>e</sup>; enfin le *naphтол camphré*, le *salol camphré*, l'*iodoforme*, la gaze iodoformée, etc., l'ouate et la solution de *phéno-salyl* au 100<sup>e</sup> comme pansement occlusif, etc. C'est le cas dans la nécrose de la paroi jugulaire, avec séquestre, soit de la paroi du massif du facial, soit de la voûte, soit de la paroi labyrinthique. Les osselets nécrosés sont faciles à extraire. (Voir plus loin.)

C'est pour rendre diagnostic et traitement possibles que l'on exécute les opérations suivantes. Dans une grande partie

des otorrhées, la caisse ayant été curettée, séchée, on voit le pus s'écouler encore; c'est de l'antre et des cellules mastoïdes que le pus vient dès lors (indication de l'ouverture des cellules mastoïdes).

Cependant, il suffit de rappeler que plusieurs points peuvent être cariés ou nécrosés à la fois (un osselet et le tegmen mastoïde, par exemple) pour rendre le pronostic et les opérateurs réservés; l'otorrhée peut continuer malgré l'intervention la plus logique (diabète, tuberculose).

A. — EXTRACTION DES VESTIGES DU TYMPAN,  
DU MARTEAU ET DE L'ENCLUME

1<sup>o</sup> *Indications.* — La caisse est nettoyée, la trompe libre, l'otorrhée dure; un vestige du tympan et quelques restes des osselets sont encore visibles au pôle supérieur du cadre. On peut modifier absolument cet état en enlevant ce qui persiste du tympan et des deux osselets. C'est cependant toujours un diagnostic délicat, au dire de Politzer, que le constat d'une nécrose des osselets, cachés dans l'attique. Mais il y a d'autres raisons à cette opération radicale; cette extraction dégage les abords de l'attique, et aussi l'accès de l'antre mastoïde; on doit extraire l'enclume avec le marteau; c'est lui surtout qui cache l'orifice des cellules mastoïdes et le rétrécit. Politzer n'admet cette opération radicale que si le danger presse: mais pourquoi attendre les complications? La persistance d'une suppuration rebelle et l'état des osselets dénudés, véritables corps étrangers, suffisent à indiquer la nécessité d'agir.

Il est vrai que le pus peut venir de l'antre par l'aditus et de toutes façons, l'opération rend les soins plus directs, et les pansements et nettoyages plus faciles et plus topiques.

2<sup>o</sup> *Technique.* — La caisse est lavée, aseptisée et l'attique anesthésiée par la cocaïne. Éclairage: lampe électrique frontale; souvent l'enclume a disparu; avec le couteau, rasant le bord supérieur du cadre, on détache le tympan en avant et en arrière du manche ou de son vestige; puis le tendon du ten-

seur est sectionné; enfin le manche est saisi avec la pince fine analogue à celle de Duplay, à griffes, ou la pince de Sexton, et attiré à travers le conduit. Ce temps est le plus difficile; car on devra arrêter l'hémorragie en tamponnant au moyen d'ouate hydrophile, imbibée au besoin d'eau oxygénée. Je conseille de saisir le manche du marteau avec la pince aussi bas que possible pour qu'il se place obliquement à la sortie. Avec l'anse d'un petit polypotome, on peut mieux étreindre le manche et l'enlever facilement, sans être arrêté par le cadre.

Quand l'enclume subsiste, Urbantschitsch propose de fracturer la branche descendante; on peut facilement la désarticuler d'avec l'étrier; luxer l'ossetet avec le crochet de Ludwig; il vient aussitôt. Comme moyen préventif de l'hémorragie, une injection hypodermique d'*ergotine* est recommandée au début de l'opération. Celle-ci peut s'exécuter, le malade assis, et son oreille anesthésiée par la cocaïne; cependant si le sujet est pusillanime, et les vestiges du tympan d'une certaine étendue, on doit employer la chloroformisation pour être maître de lui. L'éclairage à la lampe électrique est nécessaire. Lavage avec la solution de *sublimé* (4000°); pansements avec la gaze *iodoformée*, ou avec l'ouate hydrophile trempée de sa solution de *phéno-salyl* au 100°; occlusion sous le gâteau d'*ouate salicylée*. Miot recommande, après le détachement du tympan, d'exciser le cadre tympanal, et de sectionner le col du marteau, laissant la chaîne intacte au delà; il aurait ainsi obtenu une plus fréquente persistance de la perforation tympanique dans l'otite sèche.

B. — DÉCOLLEMENT DU MANCHE DU MARTEAU SOUDÉ  
AU PROMONTOIRE

La perforation est étroite, ou si elle est large, on s'aperçoit que le pus sort difficilement en un point limité; on a sectionné le segment postérieur à ce niveau et sans résultat durable. D'autrefois, la surdité est extrême, le tympan cicatrisé reste immobile ou à peu près sous l'action de la douche d'air et du

Siègle; enfonçure extrême; manche fixe, presque horizontal; apophyse externe saillante. Il faut détacher le manche et le plus souvent son extrémité de la paroi interne de la caisse. C'est une opération qui donne de bons résultats et dont l'indication est assez fréquente. Après aseptie et antiseptie préliminaires, on enfonce la pointe du couteau, à lame courbe sur le plat, mouillée d'une goutte de solution cocaïnée (1 p. 100) au niveau de l'apophyse externe, derrière le manche; et, de haut en bas et de dehors en dedans, on sectionne vigoureusement les tissus en rasant le manche, sur lequel se guide la lame appuyée. Le marteau libéré est porté alors en dehors, en l'attirant avec la lame même ou un crochet; puis un Politzer refoule et redresse toute la membrane en dehors; pansement antiseptique, comme il a été dit; on surveille; on s'oppose à la rétraction par de nouvelles incisions, soit par les Politzer, soit par des *injections de vaseline* (méthode de Delstanche).

C. — DÉSENCHÂTONNEMENT DE L'ÉTRIER. — SA LIBÉRATION

Voici une cavité béante: tympan, marteau, enclume, tout est absent, un point blanc émerge dans le quart supérieur de la paroi labyrinthique; c'est la tête blanche de l'étrier ensevelie dans la muqueuse hypertrophiée indurée, et soulevée par les réseaux veineux sous-muqueux, et sous-périostiques persistants.

Pas de creux, pas de fossettes, tout est plan et plat. Si l'on touche avec la pointe du stylet la tête de l'étrier, on provoque du vertige, s'il est mobile; c'est l'indice de l'ensevelissement égal de la fenêtre ronde, couverte, cachée.

On peut dégager, désenchâtonner l'étrier enlisé ainsi, en agissant sur le revêtement à son pourtour. On y parvient en le circonscrivant par des incisions multiples qui doivent pénétrer jusqu'à l'os sous-jacent (promontoire). On en fera une horizontale au-dessous de la tête visible, très profonde; puis une en avant, verticale; une autre supérieure également horizontale; une quatrième verticale postérieure, ces dernières

plus superficielles (Poltzer, Gellé). J'ai réussi à faire émerger cet osselet, à le dégager au point de permettre l'audition, par des attouchements des parties circonvoisines au moyen de piqûres faites jusqu'à l'os avec l'*électro-cautère*; parfois avec la perle d'*acide chromique* fondu à la pointe du stylet; il faut plusieurs séances. Il y a lieu d'exécuter une antiseptie très soignée avant, pendant et après cette intervention, qui provoque une réaction à surveiller.

## IV

**Sclérose otique après l'otorrhée. — Soins à la perforation tympanique. — Tympan artificiel. — Myringoplastie.**

L'otorrhée est séchée, guérie; elle a laissé des ruines de ce qui fut un organe de l'ouïe : cependant l'appareil transmet encore certains sons; on désire améliorer l'audition. Le tympan s'est véritablement reformé en partie après la disparition des fongosités et de l'otorrhée, la perforation s'est réduite; ses bords sont libres, non adhérents. Dans un certain nombre de cas, il persiste un relâchement des tissus, amenant une détente de l'appareil, jointures des osselets et membranes des fenêtres labyrinthiques; et une légère compression augmente aussitôt le pouvoir auditif, pour la parole surtout. On obtient ce résultat par certains dispositifs qui le rendent pratique, c'est-à-dire permanent et facile. Ce sont les « tympan artificiels ».

C'est tantôt une rondelle de caoutchouc transfixée par un fil d'argent, tantôt une petite masse d'ouate aseptique (Year-sley). On place doucement la masse choisie au contact des vestiges du tympan déformé et perforé plus ou moins. Chez un certain nombre de sourds de cette catégorie, on obtient ainsi une excellente amélioration de l'ouïe. Nécessairement, dans chaque cas, il y a lieu de reconnaître l'action de ces procédés avant d'en recommander l'emploi.

Beaucoup ne tolèrent pas le corps étranger, et la suppuration reparaît malgré l'antiseptie difficile à obtenir, car le

sujet place lui-même avec quelques tâtonnements la petite masse; l'amélioration ne se produit que l'objet placé d'une certaine façon, sous une certaine pression, quand la tolérance est obtenue. Le tympan artificiel est retiré le soir, l'oreille est lavée et l'instrument aseptisé. Sans doute, à la pression légère exercée se joint, par une excitation réflexe, un réveil de l'action motrice et même du nerf sensoriel.

Quand la perforation est étroite, elle peut guérir, et en général la cicatrice est une pellicule molle et très mince, facilement dépressible et trop peu résistante à la douche de Poltzer qui la fait ballonner, de sorte que le marteau n'obéit pas au déplacement limité de la cloison.

Nous avons décrit les précautions nécessaires quand le tympan se cicatrise trop vite au contraire (incision en H et attouchements au pinceau trempé de perchlorure de fer).

Quand le tympan est décollé au niveau du cadre, en bas et en avant, il en résulte un obstacle intermittent à l'audition ou à l'issue du pus; en général, ce sont des fongosités intratympaniques qui entretiennent cette situation; j'en ai indiqué le traitement.

La perforation située dans le segment postérieur du tympan, peut avoir un de ses bords adhérents à l'enclume; c'est une cause de vertiges (V. Traitement des adhérences).

La perforation au niveau de la membrane de Schrapnell est punctiforme, ou coïncide avec une perte de substance du mur de la logette. Souvent cette perforation ne mène que dans l'attique séparée par des adhérences de la portion inférieure de la caisse du tympan conservée.

On regarde comme un danger permanent l'infection de la caisse, à travers la perforation par le conduit auditif, et on a conseillé l'obturation artificielle, ou la cicatrisation de cette voie d'infection.

On avive les bords de la perforation; et le moyen le plus simple est de brûler ces bords avec le *nitrate d'argent* (une ouate en pinceau fin au bout d'un stylet, mouillée et frottée sur le crayon de nitrate d'argent fondu).