

particulièrement les fongus de la dure-mère, qui quelquefois se sont fait jour à l'extérieur par l'oreille.

Relativement au cancer primitif, je ne saurais dire, faute d'observations suffisantes, s'il naît plus fréquemment de la muqueuse ou de l'os sous-jacent. Dans un des faits que j'ai observés, comme dans un cas rapporté par Brunner⁽¹⁾, il s'agissait d'un épithélioma ayant probablement pris naissance dans la muqueuse tympanique; tandis que, chez mon second malade, la tumeur était constituée par un ostéosarcome. Il en était de même dans un cas rapporté par Boke⁽²⁾.

Chez un malade soigné par Gruber⁽³⁾, il s'agissait d'un carcinome provenant de la muqueuse de l'oreille moyenne qui pendant longtemps fut considéré comme une simple otite moyenne suppurée; cette erreur de diagnostic est très fréquente. Gruber a vu, depuis cette présentation, trois autres malades atteints de la même affection.

Le début du cancer de la caisse est extrêmement insidieux et marqué par des douleurs dans l'oreille et dans tout le côté correspondant de la tête, douleurs quelquefois extrêmement vives et qu'on met le plus souvent sur le compte d'accès névralgiques.

Il existe en même temps de la surdité et des bourdonnements. Puis il survient par l'oreille un écoulement purulent, souvent mêlé de sang, et quelquefois même de véritables otorragies.

La maladie est généralement considérée comme un simple catarrhe purulent de l'oreille, et traitée comme telle, jusqu'au moment où l'examen direct permet d'établir le diagnostic.

On trouve alors le fond du conduit auditif rempli par une tumeur plus ou moins volumineuse, offrant l'apparence des fongosités osseuses. Cependant, quoique dans le fait rapporté par Brunner la tumeur épithéliale de l'oreille ait présenté tous les caractères de couleur et de consistance propres aux vrais polypes de l'oreille, je dois dire que, dans les deux cas que j'ai observés, l'aspect de ces fongosités m'a tout de suite inspiré des doutes. Elles offraient une coloration d'un gris jaunâtre, différente de la couleur rosée ou rouge des polypes ordinaires; leur consistance était aussi beaucoup plus ferme; enfin, la matière de l'écoulement mérite d'être notée: elle était constituée par un liquide séro-sanguin et séro-purulent.

Dans tous les cas, d'ailleurs, où l'on concevrait quelques doutes sur la nature des fongosités, il serait indispensable d'en enlever quelques fragments et de les soumettre à l'examen microscopique. Car c'est principalement au début ou dans les premières périodes de la maladie qu'il importe d'être fixé sur le diagnostic.

Le cancer de la caisse suit une marche assez rapide, soit qu'il reste borné à l'oreille et détermine la mort par suite de quelque complication, soit qu'il se propage aux parties avoisinantes, ce qui est le cas le plus fréquent. On voit alors survenir un gonflement qui occupe toute la région mastoïdienne et temporale; l'articulation de la mâchoire ne tarde pas à être envahie; des abcès se forment au pourtour de l'oreille. Mais il est aisé de voir que l'inflammation de l'os et du périoste ne sont que des phénomènes accessoires et que la maladie est constituée par une dégénérescence osseuse.

(1) BRUNNER, *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. V, p. 28.

(2) BOKE, *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. I, p. 556.

(3) GRUBER, *Monat. für Ohr.*, nov. 1895.

En même temps que la maladie fait des progrès, les douleurs augmentent d'intensité et ne laissent plus aucun repos au malade, l'ouïe se perd complètement; les bourdonnements cessent parfois ou persistent jusqu'au dernier moment. Enfin on peut voir survenir une hémiplegie faciale.

La mort est le plus souvent causée par quelque complication, telle qu'une méningo-encéphalite, ou une hémorragie plus ou moins abondante. C'est ce dernier accident qui a enlevé un de mes malades. L'autre paraît avoir succombé à l'épuisement, sans que j'ose affirmer cependant que quelque complication cérébrale ne soit pas survenue dans les derniers jours de la vie, l'autopsie n'ayant pu être faite.

S'il importe d'établir de bonne heure le diagnostic du cancer de la caisse, c'est presque exclusivement au point de vue du pronostic, car la thérapeutique est entièrement nulle. L'incertitude où l'on se trouve le plus souvent sur les limites du mal interdit de tenter de le détruire par une opération sanglante ou par la cautérisation. Le rôle du médecin doit donc se borner à calmer les douleurs et à combattre les autres accidents qui peuvent survenir.

b. Exostoses. — En faisant l'histoire de l'otite moyenne scléromateuse, j'ai signalé le développement d'exostoses et d'hyperostoses de la caisse. Mais, en général, ces productions pathologiques n'atteignent pas un développement considérable. Zaufal⁽¹⁾ a observé, sur le cadavre d'un jeune garçon de neuf ans, une tumeur beaucoup plus volumineuse, naissant de la paroi postérieure et interne de la caisse, remplissant une partie de cette cavité et oblitérant la fenêtre ronde. Cette tumeur, formée de tissu compact et éburné, était probablement congénitale.

c. CHOLESTÉATOMES (2). — On donne le nom de *cholestéatomes* à des amas de produits de sécrétion dans la caisse et ses anfractuosités qui se forment lorsqu'il existe des obstacles s'opposant à la libre évacuation du pus.

La nature des cholestéatomes a été méconnue pendant assez longtemps: ces amas avaient été observés, mais on leur donnait le nom de tumeurs sébacées.

Ce fut *Cruveilhier* qui constata le premier leur existence; il les appela *tumeurs perlées*. Müller les désigna du nom de *cholestéatomes*. Citons également les travaux de *Virchow*, de *Toynbee*, d'*Itard*, de *Bonnafont*, de *Gruber*, de *Hinton*, de *Wendt*, d'*Habermann*, de *Bezold*.

Les obstacles qui empêchent le libre écoulement du pus sont les perforations tympaniques trop étroites, principalement celles de la membrane de *Schrapnell*, les adhérences vicieuses de la membrane, les polypes, les rétrécissements et gonflements des conduits, la stagnation de l'écoulement dans les espaces pneumatiques de la caisse et de l'apophyse mastoïde. Ajoutons à toutes ces causes la prolifération excessive des cellules épithéliales au niveau de la muqueuse malade. Il se forme une véritable stratification des cellules qui par leur agglomération lente et continue constituent des tumeurs qui remplissent ces différentes parties de l'oreille.

La *pathogénie* du cholestéatome a donné lieu à un grand nombre de discus-

(1) *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. II, p. 48.

(2) HARTMANN, *Loc. cit.* — POLITZER, *Loc. cit.* — LICHTWITZ et SABRAZÈS, *Bulletin médical*, 28 mars 1894. — On trouvera dans ces différents travaux la bibliographie complète de la question, principalement dans le travail de Lichtwitz et Sabrazès. Voy. également le travail de HESSLER, *Die Epidermisspfröpfe des Gehörganges*. *Arch. für Ohrenh.*, 4 février 1897.

sions : certains auteurs considèrent le cholestéatome comme une tumeur primitive; il semble plus juste d'écarter cette opinion, et d'admettre que c'est une complication tardive des inflammations chroniques de l'oreille.

Cette complication secondaire serait liée (von *Trœttsch*, *Wendt*) à une transformation de l'épithélium cylindrique, qui tapisse normalement la muqueuse de l'oreille moyenne, en un épithélium pavimenteux stratifié sous l'action irritante du pus. Comme on observe parfois des cholestéatomes sacciformes où l'épithélium cylindrique a persisté, cette explication ne peut être admise.

Nous croyons, avec *Habermann* et *Bezold*, qu'il s'agit bien plutôt d'une prolifération exagérée de l'épiderme du tympan et du conduit auditif externe, épiderme qui s'est propagé jusqu'à la caisse et l'a envahie.

D'après *Habermann* ⁽¹⁾, lorsque la muqueuse de l'oreille moyenne est chroniquement enflammée, l'épiderme du tympan, au niveau du conduit auditif externe, subit, au voisinage des régions malades, une telle suractivité nutritive, que l'on voit assez souvent cet épiderme s'étendre au delà du bord de la perforation tympanique, recouvrir bientôt la muqueuse exulcérée de la caisse et, petit à petit, celle de l'antra mastoïde; les produits de desquamation cornée ne pouvant pas s'éliminer s'accumulent en lamelles concentriques. Le cholestéatome est ainsi constitué et peut devenir le point de départ d'autres ramifications.

Il semblerait que le cholestéatome soit plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte.

Anatomie. — Les cholestéatomes forment des masses qui peuvent être prises à un examen superficiel pour de véritables tubercules et qui ont été décrites quelquefois sous ce nom : ces tumeurs sont nettement limitées, parfois recouvertes d'une pellicule brillante, nacréée; elles ont le volume d'un grain de chènevis, et peuvent atteindre celui d'une noix. Généralement arrondies, elles prennent souvent la forme des dépressions et des cavités dans lesquelles elles se développent. Parfois elles ont une surface glanduleuse, irrégulière. Au microscope on trouve de grosses plaques épithéliales rondes ou polygonales, des gouttelettes de graisse, des cristaux de cholestérine, des détritits divers, et un grand nombre de microbes. Sur des coupes on voit des stratifications de tissu corné disposées en couches continues.

Symptomatologie. — Dans certains cas le malade n'est pas incommodé. On croit que le malade est atteint d'une otite moyenne suppurée chronique. Le plus souvent les signes observés sont une sensation de pression et de lourdeur dans la tête, des vertiges, de la fièvre; parfois on a noté des exacerbations aiguës. Tous ces malades présentent un écoulement plus ou moins marqué. Si l'issue de la sécrétion est totalement entravée, on observe les signes les plus violents, fièvre intense, douleur très vive, vertiges, vomissements, etc.

Dans l'eau de lavage on trouve de temps en temps des petits grumeaux ou de gros lambeaux jaune blanc : écrasés entre les doigts, ils dégagent une mauvaise odeur, et le microscope permet d'y reconnaître les éléments dont nous avons parlé. Si après plusieurs lavages on voit sans cesse apparaître ces grumeaux, il est certain qu'on a affaire à des cholestéatomes et non pas à de simples masses grumeleuses se formant dans la caisse ou le conduit chez les malades qui ont négligé les lavages.

(¹) Cité par Lichtwitz et Sabrazès.

Souvent enfin on aperçoit à l'otoscope, par la perforation, un petit morceau saillant d'un grumeau épidermique, ou une masse jaunâtre ou nacréée.

Grâce aux injections ou naturellement, les cholestéatomes peu développés peuvent être éliminés et le malade guérit. S'il n'y a pas grand obstacle à la sortie spontanée de l'épithélium détaché, l'affection durera des années sans produire de graves désordres.

Mais si l'écoulement de l'exsudat est empêché (polypes, rétrécissements, etc.), ces produits accumulés donnent naissance à des complications parfois redoutables; ils exercent en effet sur les parois osseuses une irritation qui peut en amener l'atrophie par pression, et la carie; ils se logent peu à peu dans les cavités de l'apophyse mastoïde et de la caisse et pénètrent même dans le conduit auditif externe, et sortent spontanément. Les cholestéatomes de l'attique amènent la carie des osselets et de la paroi osseuse, et l'inflammation se propage aux méninges. Dans les cholestéatomes de l'antra et de la caisse l'extension se fait aux dépens du rocher : ces masses se font jour au dehors par la surface externe de l'apophyse mastoïde, ou font irruption dans les vaisseaux du voisinage et de la cavité crânienne.

Par suite de cette destruction du tissu osseux, on trouve à l'autopsie « des lacunes et excavations plus ou moins grandes dans le temporal, qui sont remplies complètement de ces masses. La destruction osseuse atteint quelquefois une telle étendue que, par suite de la disparition d'une grande partie du rocher, de la partie mastoïdienne et de la paroi du conduit auditif, il se forme une cavité irrégulière considérable dans le temporal, limitée par une paroi lisse ou rugueuse par places, accidentée. Parfois, à côté des parois détruites il y a une carie prononcée » (*Politzer*). La carie, en effet, joue un rôle important dans ces délabrements, qui ne sont pas toujours produits par l'usure due à la pression.

Le pronostic peut être grave, à cause des complications dont nous avons parlé.

Traitement. — Comme les cholestéatomes sont provoqués par la stagnation du pus, il importe, dans les otites, de surveiller l'écoulement, de chercher à le tarir, et de ne pas considérer, comme on le fait encore si fréquemment, les écoulements d'oreille comme un émonctoire utile à la santé. Les lavages antiseptiques, les insufflations de poudre, etc., devront être employés avec persévérance.

Contre les cholestéatomes on cherchera à faciliter l'écoulement par l'ouverture du tympan, l'ablation des polypes; on nettoiera les parois malades à l'aide d'injections antiseptiques répétées, soit par le conduit, soit par la trompe. Lorsque l'attique sera atteinte, il sera nécessaire d'employer des injections au niveau de la membrane de Schrapnell avec la canule recourbée de Hartmann.

Ces moyens donnent parfois d'heureux résultats. Mais s'ils ont échoué, on devra recourir au traitement chirurgical.

Selon les indications, on fera l'excision des osselets cariés, ou bien l'opération de *Stacke*, qui permettra d'enlever à la gouge la paroi externe de l'attique et la paroi osseuse postéro-supérieure du conduit.

Si les tumeurs ont envahi l'apophyse mastoïde, on aura recours à la trépanation et au curettage de cette région. (Opération de *Schwartz* ⁽¹⁾).

(¹) Nous renvoyons pour tous les détails opératoires au travail de *Schwartz*, *Handbuch der Ohrenh.*, 1892.