

RF228

M5

1898

DES PRINCIPALES COMPLICATIONS SEPTIQUES

DES

OTITES MOYENNES SUPPURÉES

ET DE LEUR TRAITEMENT

La fréquence de l'infection de l'oreille moyenne est la conséquence de sa communication avec l'arrière-cavité des fosses nasales par la trompe d'Eustache.

Celle-ci sert de conduit aux nombreux germes septiques qui séjournent à l'état physiologique dans le carrefour naso-buccal et dont la virulence s'exalte lorsque la résistance organique s'amoindrit.

Dès que la fibro-muqueuse de l'oreille moyenne est infectée, elle se tuméfie, et laisse transsuder une sérosité mélangée à un plus ou moins grand nombre de globules purulents. Si ceux-ci sont peu nombreux par rapport à la sérosité, l'inflammation est catarrhale. Quand il y a surcharge d'éléments solides, l'inflammation est franchement purulente : le liquide sécrété est épais, jaune ou verdâtre.

Il ne faut pas longtemps pour que la petite cavité se remplisse de sérosité ou de pus ; et comme des six parois qui forment la caisse, une seule n'est pas osseuse, la paroi tympanique, c'est de ce côté que se portent l'action destructive du pus et la poussée d'évacuation de l'abcès intra-auriculaire.

La perforation du tympan peut être rapprochée du début des accidents et se produire quelques heures ou un, deux ou trois jours après la douleur initiale ; elle peut être retardée jusqu'au sixième, septième ou huitième jour et plus encore. Elle peut même ne pas

survenir spontanément. Une assez longue période d'écoulement succède à la fistulisation du tympan. Le pus ou le séro-pus sort par le conduit auditif, tant que la muqueuse de la caisse ne s'est pas débarrassée de ses éléments infectieux. Dès que ceux-ci ont été éliminés, la membrane du revêtement plus ou moins épaissie, plus ou moins transformée par des brides cicatricielles, reprend ses fonctions physiologiques et la fistule tympanique se ferme.

L'évolution anatomo-pathologique d'une otite moyenne suppurée comprend donc deux périodes : une première, pré-fistuleuse ; une deuxième, d'écoulement.

Les symptômes présentent naturellement des caractères différents pendant ces deux périodes.

Avant la perforation, dominent les phénomènes de compression : l'audition est plus ou moins diminuée, quelquefois la montre n'est même plus perçue au contact ; mais le diapason vertex est mieux entendu par l'oreille malade ; des bourdonnements, des vertiges sont l'indice d'une hypertension consécutive de l'oreille interne. Les douleurs sont excessivement vives ; les parois de la caisse étant inextensibles ne cèdent pas sous la poussée de l'épanchement qui comprime la muqueuse très riche en ramuscules nerveux.

Les comparaisons des malades varient à l'infini pour associer le médecin à leurs tourments : douleurs piquantes, déchirantes, pulsátiles, térébrantes. En tout cas, elles sont généralement persistantes, avec des exacerbations plus ou moins fréquentes : elles se calment un peu le jour pour augmenter le soir et dans la nuit. Si elles ont habituellement leur maximum dans le fond de l'oreille, elles peuvent irradier autour de la région auriculaire.

L'état général se ressent de cette inflammation locale : malaise, courbature, inappétence, insomnie ; quelquefois très légère élévation de la température.

Le conduit auditif est généralement normal à son orifice externe ; mais au voisinage du tympan et surtout sur la paroi supérieure, il présente une injection vasculaire plus ou moins marquée qui lui donne une teinte rouge et qu'on peut comparer à l'injection péri-kératique des inflammations de l'iris ou de la zone ciliaire. Le tympan a perdu son éclat et sa translucidité. Il est épaissi,

gris louche. Le triangle lumineux a disparu ; le manche du marteau recouvert de la couche dermique infiltrée est à peine visible. Les vaisseaux de la paroi supérieure du conduit auditif descendent sur la partie supérieure du tympan et se prolongent en traînées rouges le long du manche du marteau ; ou bien la rougeur s'étant diffusée sur toute la membrane, celle-ci est uniformément rouge.

La période d'épanchement intraauriculaire se termine souvent par une douleur vive, déchirante, suivie de l'émission de quelques gouttelettes de sang, et annonçant la perforation du tympan.

Les phénomènes les plus douloureux disparaissent dès que l'écoulement est assuré. L'état général se relève, et les malades sont très soulagés. La diminution de l'ouïe et l'écoulement restent les deux seuls symptômes. La sécrétion est séro-purulente ou franchement purulente. Profuse au début, elle diminue progressivement en perdant peu à peu ses caractères purulents et en finissant par une sérosité louche. Les taies d'oreillers, quand on ne prend soin d'envelopper l'oreille, sont les témoins les plus fidèles de l'abondance de l'écoulement.

La fistule tympanique par laquelle se fait jour la sécrétion siège d'ordinaire dans le quadrant inférieur en arrière ou en avant du manche du marteau, et a les dimensions d'une tête d'épingle. Facilement visible parfois, elle peut être masquée par la sécrétion. Elle se révèle alors par un petit point brillant agité de pulsations isochrones au pouls. On la rend évidente par l'expérience de Valsalva qui consiste à faire souffler fortement le malade, le nez et la bouche étant fermés avec soin : les bulles d'air bouillonnent à travers le pus de la caisse et viennent se rompre au niveau de la perforation. Si même aucun signe physique ne permettait d'affirmer l'existence d'une perforation, l'écoulement abondant du pus par le conduit auditif externe en serait une preuve certaine : car les muqueuses ou les séreuses sont les seules membranes susceptibles de donner lieu à une sécrétion profuse ; et la caisse étant la seule partie de l'oreille revêtue d'une muqueuse ne peut communiquer à l'extérieur que par une fistule de sa paroi externe.

Au bout de quinze à vingt jours, la suppuration auriculaire s'arrête et le tympan se cicatrise. L'oreille conserve un peu de diminution de sa faculté auditive.

Telle est, dans sa marche, l'otite moyenne suppurée aiguë. L'observation suivante confirme cette description pathologique :

B... Jules, 22 ans, soldat depuis six mois. — Pas d'antécédents pathologiques méritant d'être relevés. Affirme avoir toujours eu une acuité auditive normale.

Aux environs du 10 mai, rhino-pharyngo-laryngite.

Le 17 mai, B... ressent dans l'oreille droite une douleur d'abord sourde qui augmente progressivement et devient très violente le troisième jour. Malaise général, inappétence. A la suite d'une injection émoulliente très chaude dans le conduit auditif, déchirure du tympan, écoulement purulent, soulagement très notable.

Cinq jours après, entrée du malade à l'hôpital. L'oreille gauche est normale.

Phénomènes subjectifs : Montre à 0, 05.

— Épreuve Weber : latéralisée à droite.

— Épreuve Rinné : négative à droite.

Douleurs : bornées à quelques élancements et un peu de tension dans l'oreille droite. Pas de bourdonnements, de sifflements, d'étourdissements ni de vertiges.

Phénomènes objectifs : Pharynx un peu rouge; la luette est œdématisée et allongée. Pas d'hypertrophie des amygdales.

Fosses nasales : normales.

Apophyse mastoïde : sans œdème, sans douleurs spontanées ou à la pression.

Pas de ganglions hypertrophiés dans les régions périauriculaires.

Conduit auditif : Contient du pus épais et jaune sale : l'écoulement est assez abondant pour souiller le lobule de l'oreille et obliger le malade à envelopper l'oreille d'un pansement.

Tympan : Recouvert de pus, rouge vif dans son ensemble; petite perforation arrondie dans le quadrant antéro-inférieur, reconnaissable à un point brillant animé de battements isochrones au pouls. Bruits de gargouillement par le cathérisme de la trompe d'Eustache.

État général. — Redevenu normal. Bon appétit et sommeil régulier.

Traitement. — Irrigations chaudes antiseptiques.

L'écoulement diminue peu à peu. L'ouïe s'améliora progressivement et le 15 juin le malade quitta l'hôpital.

A sa sortie : montre entendue à 0^m 25.

La perforation tympanique est cicatrisée : la surface de la membrane s'est détergée : quelques lamelles épidermiques desséchées masquent encore sa translucidité; mais on voit nettement le manche du mar-

teau. La courte apophyse est un peu saillante. Triangle lumineux ponctiforme.

Nous avons traité à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce (1), pendant les années de 1892 à 1896, six cents malades atteints d'otites moyennes suppurées et nous devons reconnaître que la marche de l'infection de l'oreille moyenne, telle que nous venons de l'exposer, n'a pas été la règle chez les adultes de 20 à 30 ans que nous avons observés.

Il y a déviation de la forme clinique précédente, dans un cinquième des cas environ. Quelquefois, ce sont les phénomènes du début qui prennent une gravité exceptionnelle et se présentent avec les caractères d'une inflammation suraiguë : douleurs vives, réaction locale violente, abattement de l'état général.

Le plus souvent, c'est par la longue durée de la période de suppuration que se distinguent les observations de nos malades. L'écoulement n'est qu'une récurrence, le rappel d'un écoulement antérieur; ou l'écoulement n'est qu'une exagération d'un suintement qui n'a jamais cessé depuis l'enfance. Ces suppurations prolongées sont entretenues par des lésions diverses de la caisse et offrent au traitement une résistance à laquelle doivent être opposés les soins les plus minutieux.

De temps à autre, on voit l'inflammation primitivement localisée dans l'oreille moyenne s'étendre au delà des limites de la caisse, soit par propagation directe, soit par transport à distance des germes septiques. Les régions périauriculaires deviennent alors le siège de complications variées susceptibles de masquer par leur gravité l'affection initiale dont elles sont nées. Tantôt le foyer septique secondaire se développe dans la région parotidienne, et tantôt dans la région temporale. Il se localise aussi à la région sterno-mastoïdienne; le plus souvent il gagne l'apophyse mastoïde dont les nombreuses lésions occupent une large place dans la pathologie auriculaire. Enfin il s'étend parfois à la cavité crânienne.

Ce sont ces diverses complications septiques de l'otite moyenne

(1) Nous ne comprenons dans notre statistique que les malades hospitalisés, sans tenir compte des consultants.

suppurée qui ont frappé notre attention et que nous avons réunies dans ce travail qui est le compte-rendu de notre service hospitalier pendant les années 1892-1896.

Il contient peu d'observations empruntées à la littérature et est basé presque exclusivement sur des faits recueillis au Val-de-Grâce.

L'otite moyenne suppurée est une affection grave. Elle entraîne assez souvent la mort des malades. Le traitement de quelques-unes de ses complications exige des connaissances anatomiques précises et une technique opératoire délicate.

Si l'inflammation auriculaire intéresse plus particulièrement le spécialiste dans sa forme simple, ses complications doivent être connues de tous les chirurgiens. Et combien s'éclaire la pathologie de l'oreille moyenne, si obscure dans tant de livres classiques, lorsqu'on veut appliquer à son étude les grands principes de la pathologie générale.

Nous devons commencer par faire choix d'une classification.

On peut étudier les complications septiques des otites moyennes suppurées d'après leur durée et les diviser en aiguës et chroniques. La classification est bonne, mais incomplète.

On peut prendre comme bases de la description les lésions des tissus osseux, vasculaires, ganglionnaires, épiméningé et cérébral. C'est s'exposer à la confusion et au désordre.

On peut considérer la topographie des lésions, et décrire successivement les complications suivant leur siège régional.

C'est ce dernier mode de classification que nous adopterons. Il a le grand avantage de répondre aux données cliniques ; car le diagnostic se déduit de la localisation du foyer inflammatoire ; et c'est la localisation de ce foyer qui guide l'intervention chirurgicale.

Les complications septiques des otites moyennes suppurées se trouvent ainsi divisées en deux grandes classes :

- 1° Intraauriculaires ;
 - 2° Périauriculaires,
- qu'il faut encore subdiviser.

La première classe comprend, en effet, les otites phlegmoneuses où les signes inflammatoires dépassent le degré moyen ; et les

otites suppurées chroniques dans lesquelles la suppuration se prolonge au delà de la durée moyenne.

La seconde classe comprend les accidents des diverses régions périauriculaires.

Ces accidents ont pour siège l'un des quatre secteurs périauriculaires antérieur, supérieur, postérieur et inférieur que représente le schéma ci-joint (fig. 1).

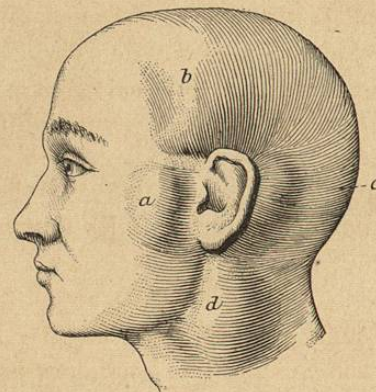


Fig. 1.

Cette figure montre les quatre zones périphériques de localisation des complications septiques des otites moyennes suppurées, avec leurs limites à peu près constantes.

a, la zone parotidienne ; b, la zone temporale ; c, la zone mastoïdienne ; d, la zone cervicale ou sterno-mastoïdienne.

La zone parotidienne est nettement séparée de la temporale par la saillie de l'arcade zygomatique.

La zone mastoïdienne se limite à la pointe ou un peu au-dessous de la pointe de l'apophyse.

La zone cervicale est limitée en avant par le bord postérieur du maxillaire inférieur et n'a pas de limite inférieure précise.

En avant, dans le secteur parotidien, on observe surtout des tuméfactions ganglionnaires.

En haut, dans la large zone temporale se développent les phlegmons temporaux douloureux dans leur évolution, menaçants par leurs décollements profonds.

En arrière de l'oreille, se localisent les accidents se rapportant à l'apophyse mastoïde et aux tissus qui la recouvrent.

En bas, dans le secteur sterno-mastoïdien, se groupent des adénites, des phlegmons, des abcès ossifluents avec leurs fusées pu-

rulentes et les thromboses de la veine jugulaire interne ou de ses affluents

L'oreille moyenne est aussi reliée au pharynx par la trompe d'Eustache ; et des abcès périltubaires se collectent dans le tissu cellulaire *rétro-pharyngien*.

Enfin, la *région encéphalique* en rapport immédiat avec les cavités de l'oreille moyenne, soit par les canaux auriculaires, soit par la table interne du crâne, est exposée à des propagations septiques qui constituent le principal danger des suppurations de l'oreille moyenne.

CHAPITRE PREMIER

OTITE MOYENNE PHLEGMONEUSE

La définition de cette forme d'otite moyenne est assez difficile.

Nous nous la représentons comme une affection dans laquelle tous les signes inflammatoires sont à leur plus haut degré ; et nous ferions volontiers, entre elle et l'otite moyenne suppurée ordinaire, la différence établie en pathologie générale entre un abcès et un phlegmon. Nous pourrions dire aussi à un autre point de vue que l'infection atteint dans cette forme d'otite son plus haut degré de virulence.

Mais si la définition est malaisée ; la symptomatologie est nette.

L'otite moyenne phlegmoneuse se produit le plus souvent à la suite d'une maladie infectieuse (fièvre éruptive ou angine grave).

La fièvre est allée de 38° à 40° et plus dans les cas que nous avons observés.

Les douleurs très vives, sont limitées au fond de l'oreille, comme pour indiquer le foyer principal de la lésion, ou rayonnent autour de l'oreille. C'est un endolorissement de toute la moitié de la tête, avec irradiations du côté de la face, du cou et quelquefois du larynx. A ces douleurs s'ajoutent des phénomènes de compression de l'oreille interne : bruits, sifflements incessants, bourdonnements intenses.

L'irritation peut se communiquer à l'œil lui-même et causer de la photophobie et du larmolement.

La mastication et la déglutition sont quelquefois pénibles ; et les mouvements un peu brusques de la tête arrachent un cri au malade.

La surdité est parfois absolue.

L'œdème qui est le phénomène objectif principal s'étend à tout