

Mais la question de pathogénie mise à part, l'otite phlegmoneuse et l'ostéo-périostite du conduit et de la caisse nous semblent une même entité pathologique sous deux noms différents.

On en peut juger d'ailleurs par l'observation suivante empruntée à une clinique du Pr Duplay (Bull. Méd., 27 août 1890, n° 69).

« Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une malade de notre salle des femmes qui présente une affection que vous aurez souvent l'occasion d'observer.

Cette femme est généralement d'une bonne santé, bien réglée habituellement, elle n'a jamais fait de maladie grave et présente à peine quelques stigmates d'arthritisme ; névralgies faciales, douleurs vagues dans les membres ; ses antécédents de famille n'offrent rien de notable à relever.

Il y a un mois la malade fut prise d'une violente angine et fut forcée de prendre le lit. Le quatrième jour, elle crut pouvoir sortir, mais en rentrant elle ressentit une violente douleur à l'oreille, douleur qui persista très aiguë. Deux jours plus tard, il s'établit un écoulement par le conduit auditif ; le liquide, d'abord sanguinolent, devint rapidement purulent et l'écoulement persiste encore aujourd'hui. Dès son apparition, la douleur avait cessé ainsi que cela se produit d'habitude. L'écoulement durait depuis deux jours lorsque se produisit un nouvel accident ; il apparut un gonflement douloureux surtout localisé en avant et en arrière de l'oreille. Ce gonflement diminua peu à peu d'étendue et n'exista plus bientôt que dans les deux points où il était d'abord le plus considérable. La malade se décida à venir à l'hôpital.

A son entrée nous constatâmes facilement l'existence de deux tuméfactions bien localisées, l'une en avant, répondant au tragus, l'autre en arrière, répondant à l'apophyse mastoïde. La petite tumeur anté-auriculaire est grosse comme une noix, hémisphérique et semble collée sur les parties profondes. La peau qui la recouvre est saine et glisse un peu ; la fluctuation, très appréciable, indique qu'il s'agit d'une tumeur liquide. Enfin il y a à ce niveau des douleurs à la pression et des douleurs spontanées.

En arrière, sur le milieu de l'apophyse mastoïde, on trouve une autre tumeur, un peu moins grosse, aplatie, collée et fortement adhérente. Elle ne remonte pas jusqu'à la limite supérieure de l'apophyse et ne va pas en bas jusqu'à la pointe. Le sillon qui sépare l'oreille de l'apophyse, est respecté ; il semble même plus profond qu'à l'état normal. La peau est adhérente et on provoque des douleurs par la pression.

Des douleurs spontanées occupent toute la région de l'oreille ; elles

sont surtout provoquées dans les mouvements de la mâchoire, ce qui s'explique par le siège de la tumeur antérieure.

Le début de la maladie indiquait la nécessité de pratiquer l'examen de l'oreille au spéculum. Il fallut d'abord commencer par enlever avec des tampons et à l'aide d'injections détersives le liquide muco-purulent très abondant qui remplissait le conduit. Après ce nettoyage, on vit qu'il y avait un gonflement considérable de toutes les parties profondes de toute la portion osseuse. Le gonflement était tel que la lumière du conduit, qui revêt habituellement la forme d'un ovale à grand diamètre transversal, se trouvait réduite à une fente empêchant la vue des parties profondes et de la membrane du tympan.

Ce gonflement considérable des parties profondes caractérise une forme d'otite purulente, l'otite périostique ou ostéo-périostique du conduit et de la caisse. Il y a toujours en même temps inflammation de la caisse et c'est même par là que la maladie débute. »

Nous avons fait faire deux fois l'analyse bactériologique du pus de l'oreille de malades atteints d'otite moyenne phlegmoneuse et chaque fois le streptocoque y était seul et en grande abondance.

Est-ce la virulence du streptocoque qui produit l'intensité de la réaction inflammatoire ?

Netter, qui a été un des premiers à appliquer à l'otologie les données de la bactériologie, avait admis, dès 1888 (1), qu'il y avait plusieurs sortes d'otites et que chacune de ces espèces présentait des caractères spéciaux en rapport avec les propriétés des microbes pathogènes.

Il avait établi, pour ainsi dire, une équation entre la gravité de l'évolution des inflammations de l'oreille et la virulence des germes développés dans la caisse. Il avait différencié les otites à streptocoques des otites à pneumocoques, à microbes de Friedlaender, et à staphylocoques. Les premières étaient les plus graves et les plus fréquentes. Elles se compliquaient souvent d'autres manifestations purulentes, consécutives à l'activité du microbe pathogène. L'otite pneumococcique était une affection cyclique, comme la pneumonie. Début brusque, évolution rapide, guérison habituelle. La description des caractères cliniques des deux der-

(1) Annal. des maladies d'oreilles et du larynx, 1888.

nières variétés d'otite était réservée, à cause du petit nombre d'observations recueillies.

Moos, Lévy et Schader, Hessler, Zaufal, Habermann, Hajek et d'autres ont poursuivi les mêmes recherches microbiologiques, et quand on examine, sans idées préconçues, les résultats de ces remarquables travaux, il semble bien difficile de conclure à un rapport entre la présence d'un microbe et une modalité clinique. Le streptocoque et les divers staphylocoques pyogènes se trouvent dans presque toutes les inflammations. Nous avons lu attentivement la thèse du Docteur Lionel de Crévoisier de Vomécourt, Paris, 1892, sur le rôle des microorganismes dans les otites moyennes purulentes, et nous avons été frappé de la fréquence de la présence du streptocoque. Il existe dans les otites typhiques (Zaufal) où le bacille d'Eberth n'a pas été trouvé. Il existe dans les otites moyennes tuberculeuses, dans les otites diphtéritiques où le bacille de Loeffler n'a pas encore été constaté. Il est l'élément pyogène de l'otite érysipélateuse. Charrin l'a observé dans les otites d'oreillons. Il ne manque ni dans les otites pyohémiques, varioleuses, scarlatineuses, ni dans les otites grippales. Par contre, dans la même thèse, est consignée une observation de M. Gérard Marchand où le processus infectieux de l'oreille a été tellement aigu que le malade a présenté une ostéite de l'occipital, et où l'analyse bactériologique faite par M. Morax, à l'hôpital Laennec, a fait reconnaître la présence du pneumocoque.

On peut supposer que les otites phlegmoneuses sont produites par le streptocoque, étant données les circonstances où on les observe : mais celui-ci est-il le seul agent capable de les faire naître ? c'est ce que nous ne saurions dire.

Nous devons remettre à une époque ultérieure la solution du problème de la cause de l'intensité du processus infectieux, si toutefois il est possible de la découvrir un jour. Les conditions anatomiques locales et les conditions physiologiques générales sont probablement des éléments aussi importants que la qualité des parasites phlogogènes. Hôtes habituels de l'arrière-gorge, les germes ne se multiplient et ne deviennent nocifs que si des causes secondaires favorisent leur développement et leur action morbide.

Le traitement qui convient à l'otite moyenne purulente suraiguë ou phlegmoneuse est celui qu'on applique à tout phlegmon, quel que soit son siège.

a). — Ouverture hâtive du foyer infecté.

b). — Désinfection permanente du foyer purulent par des irrigations, des bains prolongés et un enveloppement antiseptique de la région.

c). — Mise au repos de l'organisme.

A). — L'ouverture du tympan est la première indication à remplir. Si la perforation ne s'est pas faite spontanément en vingt-quatre heures, il faut pratiquer la paracentèse.

C'est une opération tellement simple qu'on n'a aucune excuse pour la différer. Si on ne possédait pas l'aiguille à paracentèse, on pourrait employer, ainsi que nous l'avons fait deux fois, le couteau de Græfe, qui est moins en main, il est vrai, et dont la forme rectiligne gêne un peu l'éclairage du conduit auditif.

Une solution de cocaïne au 1/5 assure l'anesthésie, et on prend soin de désinfecter le conduit auditif avec une solution phéniquée ou au sublimé.

Où ponctionner le tympan ? en bas et en avant, ou en bas et en arrière ?

Où l'on pourra, pourvu que ce soit en bas.

Il ne faut pas tarder ; car l'œdème diminue rapidement la lumière du conduit auditif, et l'opération devient moins aisée.

Qu'il s'écoule peu ou beaucoup de liquide séro-purulent ou purulent, le soulagement éprouvé par les malades est immédiat, semblable à celui que donne l'incision d'un panaris.

On doit compléter l'action de la paracentèse par une forte insufflation d'air qui chasse l'exsudat hors de la caisse.

B). — On commence aussitôt après la paracentèse la désinfection de l'oreille moyenne par un grand lavage ; et toutes les deux heures, on fait avec un laveur de larges irrigations dans le conduit auditif externe, en employant un ou deux litres de liquide à chaque séance. Le laveur que nous recommandons est le broc cylindrique ou demi-cylindrique qui est fixé à 60 centimètres au-

dessus de la tête du malade et auquel est adapté un tube de caoutchouc muni d'un embout en verre. L'ouverture de l'embout doit être très petite, afin que le jet ne blesse pas le tympan.

Ainsi, le conduit est bien nettoyé; le tympan est débarrassé des matières purulentes qui obstruent la perforation; et la caisse elle-même est irriguée par l'ouverture tympanique.

Le meilleur antiseptique, à notre avis, est le bichlorure de mercure. Nous l'employons d'ordinaire au 1/2000; mais souvent aussi nous faisons usage de la liqueur de Van-Swieten. L'acide borique est un désinfectant trop anodin.

L'acide phénique n'a une réelle valeur qu'en solutions un peu fortes; et celles-ci ne sont pas supportées par tous les malades. Elles déterminent chez un certain nombre des érythèmes du conduit auditif et du pavillon de l'oreille.

La température de la solution doit être aussi élevée que possible. Son degré s'arrête à la limite de tolérance du malade.

Le conduit auditif externe doit rester libre après l'injection: ni gaze ni coton qui ralentisse l'écoulement et détermine des phénomènes de rétention.

Il faut maintenir en permanence la région auriculaire dans une atmosphère antiseptique. Des compresses larges comme la moitié de la tête, et formées de six ou huit doubles de gaze désapprêtée sont trempées dans la solution chaude de sublimé et appliquées sur l'oreille; une toile imperméable entretient leur humidité et leur chaleur; quelques tours de bande fixent le pansement.

Les otologistes allemands ont préconisé l'emploi de sachets de glace appliqués sur l'oreille ou l'appareil de Leiter à courants d'eau froide continus, pour tempérer l'inflammation et calmer les douleurs. Il nous a semblé que le froid n'était jamais aussi bien toléré par les malades que la chaleur. Ce n'est pas spécial à l'oreille moyenne: en règle générale, les muqueuses n'aiment pas le froid.

C). — Le malade est mis au repos. Il doit garder le lit.

Un purgatif léger débarrasse le tube intestinal de ses éléments toxiques.

Nourriture réduite à quelques aliments légers, alcool et même

un peu de sulfate de quinine. Boissons aqueuses à discrétion.

Si les souffrances sont vives, on les atténue avec une potion de chloral ou une petite injection de morphine; mais, il ne faut pas donner la morphine en potion; car elle augmente l'embarras gastrique sans atténuer les douleurs.

Lorsque les douleurs et l'œdème périauriculaire commencent à diminuer, on se départit de la sévérité de ce traitement.

On éloigne les injections antiseptiques, on permet au malade de se lever dans sa chambre et de prendre quelque nourriture. Dès que les phénomènes objectifs sont réduits aux caractères des otites moyennes purulentes simples, on se borne à introduire dans l'oreille de la glycérine phéniquée au 1/25 ou toute autre substance antiseptique.

Il est bon de commencer les insufflations d'air par la trompe quand les phénomènes phlegmoneux ont disparu, pour ne pas laisser dans la caisse des exsudats qui amèneraient la perte de l'ouïe.

Si le traitement antiseptique n'est pas suivi en deux ou trois jours d'une détente très marquée; si les douleurs continuent, si l'œdème ne s'affaisse pas et surtout s'il prend au niveau de l'apophyse mastoïde une teinte rosée, on doit craindre le développement d'une complication périauriculaire.

Le malade a d'autant plus de chance d'éviter une mastoïdite que la paracentèse du tympan est plus hâtive. Si le pus reste six à huit jours enfermé dans la caisse, il y a lieu de craindre l'inflammation des cellules mastoïdiennes et l'ouverture du tympan peut être impuissante à conjurer les accidents.

On peut constater, par l'observation suivante, l'influence heureuse d'une paracentèse sur la marche de l'affection.

Une jeune femme âgée d'une vingtaine d'années était atteinte d'une otite moyenne purulente suraiguë bilatérale. Elle avait du pus dans les deux caisses; depuis quarante-huit heures, son état général aurait semblé alarmant à qui l'aurait vue sans l'interroger. Elle était dans la somnolence et poussait des plaintes constantes avec cris intermittents, fièvre et céphalalgie intense. Œdème périauriculaire et soulèvement des pavillons des oreilles. Nous lui ponctionnons la caisse droite, mais elle refuse l'opération de l'oreille gauche. Le lendemain elle ne souffrait

plus à droite. La perforation spontanée s'est faite à gauche vingt-quatre heures après. Or, l'otite droite était guérie en trente jours, et l'écoulement de l'oreille gauche a mis cinquante jours à disparaître.

Nul doute pour nous que l'antre mastoïdien gauche n'ait été infecté et que l'empyème antral n'ait été occasionné par le retard de l'ouverture du tympan.

CHAPITRE II

OTITES MOYENNES SUPPURÉES CHRONIQUES

OU

INFECTION PROLONGÉE DE LA CAISSE

En prenant au hasard 100 observations de malades entrés dans le service pour suppuration de la caisse, nous trouvons que la marche de l'affection a présenté les caractères suivants :

- 21 fois. — Début aigu. Evolution complète de la maladie en trente jours.
- 3 » — Début aigu et terminaison incomplète de l'affection en trois mois.
- 11 » — Première atteinte remontant à deux ou trois ans et suivie d'alternatives d'écoulement et de siccité de l'oreille.
- 8 » — Début remontant aux environs de la quinzième année, avec périodes intermittentes d'écoulement.
- 49 » — Début remontant à l'enfance.
- 8 » — Suppuration établie dans une oreille n'ayant pas encore suppuré; mais ayant subi des poussées inflammatoires antérieures.

Le rapport entre l'état aigu et la chronicité de l'inflammation que ce tableau fait ressortir est à peu près constant. L'infection prolongée de la caisse est la règle chez les adultes.

Il n'y a pas une autre région du corps où l'inflammation soit aussi tenace que dans l'oreille moyenne.

Doit-on attribuer cette durée de l'infection aux causes premières qui l'ont déterminée, au mauvais état général du sujet, à la viru-