

marteau; en sorte qu'il ne reste qu'une bande de tympan décrivant en haut un cintre ou une ogive, et le manche du marteau qui pend comme un fil, suivant l'impression de Politzer, au centre de la perforation.

Les bords de ces pertes de substance sont généralement réguliers et épaissis et souvent entourés d'un bourrelet rougeâtre formé par une sorte d'ectropion de la muqueuse de la face interne du tympan. Le centre est comblé par les produits de la sécrétion ou laisse apercevoir la paroi labyrinthique.

La muqueuse de cette paroi apparaît sous des aspects bien différents. Tantôt on ne peut distinguer aucun détail de sa structure, tant les matières sécrétées forment une couche épaisse et adhérente. Tantôt, on l'aperçoit rouge foncé, lisse ou chagrinée, tantôt elle est blanche par place et sillonnée de bandelettes rouges, saillantes, indiquant une hypertrophie partielle de son tissu. On peut aussi distinguer le promontoire et dans les perforations du quadrant postéro-supérieur, on voit quelquefois descendre la longue branche de l'enclume aussi lisse qu'une tige d'ivoire.

Les parties conservées de la membrane tympanique portent les signes d'une inflammation profonde : elles sont épaisses et injectées avec des tractus fibreux rayonnant autour du manche du marteau. Celui-ci est parfois masqué par l'hypertrophie du feuillet épidermique qui le recouvre.

En tout cas, toute la membrane est attirée en dedans, ce qu'indiquent la saillie de la courte apophyse, l'inclinaison du manche du marteau en haut et en arrière, et le rapprochement manifeste des bords de la perforation de la face labyrinthique de l'oreille moyenne.

Tels sont les caractères habituels des perforations tympaniques ; mais on leur trouve aussi des aspects bien différents. La perforation peut être petite, arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce et siéger à la hauteur de l'ombilic en avant ou en arrière du manche du marteau. Les bords sont minces, grisâtres, effilochés ou blanchâtres, lisses et arrondis. Il semble que la vitalité du tympan soit insuffisante pour parfaire la réparation ou que le travail de réparation ait été arrêté par l'épidermisation des bords de la fistule. Le tympan lui-même, au lieu d'être épaissi et

attiré vers la paroi interne de la caisse, paraît aminci et tendu sur le cadre tympanal, comme dans l'état physiologique. Il n'a plus sa translucidité, il est gris sale et sillonné par quelques traînées fibreuses. Entre les périodes de suppuration, il présente souvent une teinte un peu ardoisée. Il est à remarquer que dans ces conditions le procédé de Valsalva fait vibrer le tympan comme une anche. Nous avons eu dans notre service un malade chez lequel le sifflement était entendu à dix mètres. Ce même sifflement subsistait depuis l'enfance et ne disparaissait que pendant les poussées d'écoulement, en sorte que le malade était obligé de tenir en permanence un tampon de coton dans son oreille, pour parer à l'inconvénient d'une production intempestive du sifflement.

On rencontre aussi de temps en temps deux perforations de la membrane tympanique, l'une en avant et l'autre en arrière du manche du marteau (fig. 8) ; mais c'est rare. On voit plus souvent une large perforation du tympan coïncider avec une perforation de la membrane de Shrapnell : nous en citerons plus loin des exemples.

Nous ne saurions trop souligner que l'examen détaillé du tym-



Fig. 8.

Exemple d'une double perforation tympanique.

Le tympan est très aminci; la caisse est sèche au moment de l'examen et la muqueuse apparaît très injectée à travers les deux perforations anté et rétro-martellaires.

pan ne peut se faire avec précision que si l'on a pris soin de pratiquer un nettoyage complet de la surface de la membrane ; et il ne faut pas se contenter d'une irrigation chaude et prolongée du conduit auditif. C'est avec un tampon de coton hydrophile humide

ou sec, suivant les circonstances, et monté sur un stylet coudé que la surface de la membrane doit être détergée, que les bords et le fond de la perforation, et même s'il y a lieu que la muqueuse de la paroi interne de la caisse doivent être débarrassés des produits de la sécrétion purulente ou des débris épithéliaux. Que de fois n'avons-nous pas vu prendre pour une perforation du pus épais accumulé devant le tympan ; et que de fois aussi, une perforation de Shrapnell ne passe-t-elle pas inaperçue, faute d'un nettoyage suffisant du fond du conduit auditif !

*Des polypes.* — Les polypes qui se développent sur les parois de la caisse pendant une infection chronique de la muqueuse ne sont en somme que des bourgeons charnus, avec cette différence que les bourgeons charnus polypiformes peuvent atteindre une longueur et un volume suffisants pour emplir le conduit auditif et déborder le méat. Comme les bourgeons charnus, les polypes sont rouges, mous, saignent facilement et se déchirent sous la pince. Ils ont le même aspect extérieur que les végétations qui poussent quelquefois sur les vieux ulcères. Au point de vue histologique, ils sont formés, comme les bourgeons charnus, d'amas de cellules embryonnaires traversés par de petits vaisseaux.

En somme, il suffit d'être prévenu de la possibilité de trouver un polype dans une oreille qui suppure depuis quelque temps pour ne pas le méconnaître. On voit une petite saillie rouge gélatineuse sur laquelle le pus ne reste pas agglutiné et qui tranche par conséquent sur la coloration jaunâtre ou blanchâtre du reste du fond du conduit auditif.

Il y a des polypes de tout volume :

Quelques-uns, partis de la caisse, arrivent jusqu'au méat ou, sans arriver jusqu'au méat, emplissent la lumière du conduit auditif. Nous n'oserions pas, après ce que nous venons de dire, parler du diagnostic de ces tumeurs, si nous n'avions vu prendre ces polypes pour le tympan. De pareilles erreurs résultent de ce que la partie du polype accessible à la vue forme un plan vertical, rouge et lisse qui rappelle le tympan fortement injecté. Mais, outre que la masse végétante, en s'avancant vers le méat, diminue la profondeur du conduit auditif, ce qui est facile à constater, on

peut remarquer que la sérosité purulente passe entre la tumeur et le conduit et forme autour d'elle une collerette jaunâtre. De même la pointe du stylet peut glisser entre la paroi du conduit et la tumeur et en suivre les contours.

Les polypes de moyen volume emplissent toute la perforation du tympan ; mais laissent apparaître les parties de la membrane tympanique conservée. La figure 9 en est un exemple. La masse fongueuse est même rétrécie par le collet de la perforation et s'étale en chou-fleur en avant du tympan, en sorte que sa base est beaucoup plus étroite que le sommet, ce que l'on apprécie bien lorsqu'on a tranché la partie exubérante du polype.

Les petits polypes (c'est-à-dire ceux qui ont le volume d'une à deux têtes d'épingle) sont d'ordinaire situés sur les parties du squelette atteintes d'ostéite ou sur les bords de la perforation. Ils sont arrondis, lenticulaires dans le premier cas, et peuvent être en bandelettes dans le second. Rarement pédiculés, ils ont plutôt une large base. Leur petit volume permet d'observer les contours de la perforation. Ces derniers polypes, dont quelques-uns ont

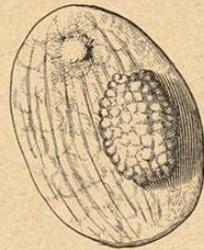


Fig. 9.

Polype s'étalant en champignon sur la face externe du tympan et plus large que la perforation par laquelle le pédicule sort de la caisse. La membrane tympanique est épaissie et recouverte de filaments purulents.  
Homme de 20 ans ; otorrhée depuis un an.

une expression symptomatique bien nette, seront de nouveau étudiés avec les ostéites de la caisse.

A côté du bourgeon charnu s'allongeant, se pédiculisant et formant polype, il faut placer les bourgeons charnus étalés en surface et représentant une nappe ou un semis de granulations.

Ceux-ci sont plus malins que les autres. On les voit, à travers les grandes destructions du tympan, végéter sur la paroi labyrinthique ou descendre de l'attique, ou émerger du recessus hypotympanique. Ils ont leurs racines implantées au delà de la surface muqueuse; et sont attachés à la paroi osseuse raréfiée et nécrosée. Il faudra pour en faire la cure radicale enlever avec eux la lame osseuse qui les nourrit.

Le polype est-il un symptôme ou une complication de l'infection chronique de la caisse? C'est évidemment une complication, parce que le polype ne s'atrophie pas ou ne s'élimine pas. On est obligé de l'enlever pour en obtenir la guérison. Produit par la suppuration, il entretient à son tour la suppuration après son développement.

Sans qu'on en puisse donner la raison, il y a des polypes qui apparaissent très peu de temps après le début d'une otite moyenne purulente et dans le cycle de la période aiguë. Il devient alors la cause principale du retard de la guérison et son ablation fait cesser tous les accidents. Ainsi dans l'observation suivante, le polype a été constaté deux mois après le début de la première inflammation de l'oreille; et la guérison a été confirmée 48 jours après la destruction du polype.

D..., 21 ans, n'a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. A la fin d'octobre 1893, il est pris d'un écoulement d'oreille et entre dans notre service le 22 décembre 1893. Il présente un polype

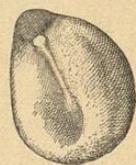


Fig. 10.

Courte apophyse saillante. Extrémité du manche du marteau noyée dans le tissu de cicatrice dont la partie centrale forme une tache réfringente en avant de l'umbo.

muqueux qui obstrue totalement le conduit auditif et est baigné sur sa circonférence d'un liquide purulent teinté de sang.

Le 28 décembre, nous sectionnons le polype; et le 5 février 1896, la réparation du tympan est complète (la figure 10 donne le dessin de l'aspect du tympan après guérison).

De même quelquefois dans les otorrhées chroniques l'ablation radicale d'un polype peut faire cesser une suppuration datant de plusieurs années. Exemple :

D..., âgé de 23 ans. Écoulement de l'oreille droite depuis 12 ans. A l'examen qui a lieu le 27 mai, large perforation cordiforme du tympan, occupant les 2/3 inférieurs de la membrane et dans laquelle pend le manche du marteau. Sa partie inférieure est remplie d'une masse fongueuse s'étalant sur la paroi inférieure du conduit auditif. Le polype est sectionné à l'anse et sa base cautérisée à l'acide chromique. Tout écoulement cesse quinze jours après et quand le malade sort de l'hôpital (22 juillet) la réparation de la caisse semble définitive, le manche du marteau et les portions restantes de la membrane tympanique sont accolés à la paroi interne de la caisse et celle-ci est sèche, blanche, brillante sur toute la partie visible par l'échancrure du tympan.

Mais il est loin d'en être souvent ainsi; et le polype détruit, la suppuration persiste, parce qu'une lésion osseuse subsiste derrière lui. Quelques auteurs ont essayé de déterminer la proportion des cas où les polypes étaient symptomatiques d'une ostéite. C'est une question trop difficile à résoudre pour que nous l'abordions, attendu que les signes des altérations osseuses sont souvent très obscurs.

Les polypes d'un petit volume ne modifient pas la symptomatologie des otites moyennes suppurées chroniques et ils ne sont diagnostiqués que par l'examen du tympan. Toutefois il est rare que l'infection chronique de la caisse qui se complique d'un polype ait des alternatives d'écoulement et de siccité. Celui-ci entretient un suintement permanent qui ne peut pas échapper à l'attention du sujet. Les polypes un peu volumineux augmentent l'abondance de la sécrétion purulente et déterminent souvent de petites hémorragies probablement à cause de la fragilité des vaisseaux de leurs tissus. De plus, le malade peut présenter une série de phénomènes secondaires qui tiennent à la compression intra-auriculaire par la rétention de l'écoulement. Ils ont de l'hémicrânie, de la pesanteur dans la moitié correspondante de la tête, des bourdonnements d'oreille et du vertige. On a même remarqué quelques phénomènes réflexes intéressants et dont il faut être prévenu. Hillairet (cité par Moos, Clinique des maladies de l'oreille)

a vu survenir chez un malade porteur de polypes, de la céphalalgie, des accès violents de vertiges, des érections et de l'affaiblissement de la mémoire, qui disparurent après l'ablation de la tumeur. Scwhartze rapporte un cas dans lequel il existait une hémiparésie avec ptosis et une anesthésie de la moitié correspondante de la tête, symptômes que fit cesser l'extraction d'un polype de l'oreille moyenne. Hamon du Fougeray guérit, en enlevant un polype datant de vingt ans, une femme âgée de 45 ans et qui avait présenté à quatre époques menstruelles des phénomènes congestifs du côté du cerveau : douleur violente dans la partie latérale gauche du crâne, fièvre, vomissements incoercibles, asystolie, état syncopal, pâleur livide, toux fréquente, voix éteinte, et sensibilité du pneumogastrique entre les faisceaux d'attache du sterno-cléido-mastoïdien.

Les signes précédents : sécrétions, perforations tympaniques, polypes sont communs à toutes les otorrhées chroniques, quelle qu'en soit la cause. Mais nous savons que l'infection prolongée de la caisse est entretenue soit par une infiltration septique de la fibro-muqueuse, soit par une lésion osseuse intracavitaire ou pariétale. Les osselets se raréfient et se nécrosent, comme les parois de la caisse. De là, bien entendu, des différences dans le pronostic et le traitement de l'otite moyenne suppurée chronique. De là, aussi, la nécessité de compléter le diagnostic nominal d'otorrhée par le diagnostic causal de la suppuration.

C'est du résumé des éléments de ce diagnostic que nous allons maintenant nous occuper; et, à vrai dire, cette partie de la tâche prime la précédente par son importance et son intérêt.

#### DIAGNOSTIC DE L'OSTÉITE DES OSSELETS

L'ostéite des osselets existe seule ou simultanément avec une ostéite des parois de la caisse.

Les deux lésions peuvent être assez facilement reconnues.

Bien que cette question n'ait été mise à l'étude que récemment, l'intérêt avec lequel elle a été aussitôt accueillie et les nombreux

travaux qu'elle a suscités lui ont permis d'atteindre un très rapide développement. Ce sont les otologistes allemands qui ont été les premiers à fixer l'attention sur les altérations des osselets. On avait remarqué depuis longtemps, en pratiquant les autopsies de malades morts d'une complication otitique ou d'une infection indépendante de l'otorrhée, que les osselets présentaient des lésions de divers degrés. On les avait trouvés enveloppés de fongosités, baignant dans la sécrétion purulente ou enchâssés dans des masses cholestéatomateuses. On avait constaté, en les examinant de plus près, qu'ils étaient noirâtres, poreux, friables, réduits de volume. On savait même qu'ils pouvaient disparaître en totalité; et cette élimination complète doit être encore assez fréquente, puisque chez deux malades qui ont succombé dans notre service à des infections endo-crâniennes, les osselets n'existaient plus; le tympan était réduit à quelques franges étroites et déchiquetées, la muqueuse de la caisse était ramollie, gris-noirâtre, recouverte d'une matière caséiforme; et derrière elle le squelette présentait une coloration ardoisée, indice d'une infiltration septique chronique. Mais les faits étaient enregistrés dans les cahiers d'autopsies, sans qu'on cherchât à en tirer parti dans les examens des malades.

Kessel (1877) et Politzer ont commencé à étudier avec soin la carie des osselets; et les travaux de Scwhartze, de Stacke, de Grunert, de Reinhard ont élargi nos connaissances.

Il est établi aujourd'hui que le processus infectieux se localise sur l'enclume et sur le marteau et épargne l'étrier.

L'enclume est plus souvent cariée que le marteau. Elle peut être cariée quand le marteau est sain et elle est rarement saine quand le marteau est carié. Ceci ressort des premières observations de Ludewig qui a écrit la pathologie de l'enclume (*Archiv. fur Ohren.* vol. 29, page 241); et de la statistique de Grunert qui dans 28 cas d'ablation des osselets (*Archiv. fur Orenh.* XXXIII, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> fasc.) n'a trouvé l'enclume saine que 3 fois seulement, tandis que l'intégrité du marteau a été constatée treize fois. Dans quatorze cas, la carie avait atteint simultanément les deux osselets. Il n'y a plus lieu de citer maintenant de statistique sur ce sujet. La prédominance de la fréquence de la carie de l'enclume est bien éta-