

nière cavité, et qui fait de la cavité antrale une espèce de cuvette d'où les sécrétions ne peuvent sortir, ainsi que le contenu « d'un tonneau dont la cannelle serait placée en haut. »

La complexité anatomique de l'étage supérieur de la caisse a pour effet de la prédisposer à des lésions variées dont l'étude ne peut se faire en un seul chapitre et qui demandent d'être étudiées séparément, parce que chacune d'elles peut former une complication isolée ou dominer par son importance l'ensemble des lésions de l'étage supérieur.

La pathologie du recessus épitympanique comprend quatre chapitres distincts :

- a) Lésions de la partie externe de l'attique ou « mur de la logette » ;
- b) Carie de la jetée osseuse située entre l'attique et l'antra, et appelée par Gellé « massif osseux du facial » ;
- c) Lésions de la cavité attico-antrale ;
- d) Carie de la paroi supérieure ou crânienne de cette cavité.

#### A. — Lésions de la paroi externe de l'attique ou mur de la logette.

L'étude de ces lésions a déjà été faite en 1889 par Gellé (Annales des mal. or. et du larynx).

Nous mentionnerons d'abord la congestion plus ou moins intense de cette région, lorsque la partie supérieure de la caisse est elle-même le siège de phénomènes congestifs. Le périoste de l'attique se continuant avec celui de la paroi supérieure du conduit auditif au niveau du mur de la logette, et les vaisseaux de l'attique venant se répandre en un bouquet sus-tympanique (hile de Gellé) au niveau de ce même mur, toute irritation de la membrane de revêtement de l'oreille moyenne retentit sur la vascularisation de la paroi cutanée du mur de la logette ; et il n'y a qu'à faire l'examen de la portion sus-tympanale du conduit auditif pour juger de l'état de congestion de l'oreille moyenne. L'irritation de celle-ci se reflète sur la partie supérieure et profonde du conduit auditif externe. La congestion du hile de Gellé est, en réalité,

à la caisse ce que l'injection des rameaux ciliaires péricornéens est à l'inflammation de l'iris ou du cercle ciliaire. Aussi cette congestion n'est-elle pas, à proprement parler, une véritable complication (fig. 31).

Il en est autrement de la *Périostite* du mur de la logette qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, si l'on n'est pas prévenu de son existence. C'est une affection caractérisée par le décollement des parties molles qui recouvrent la face extérieure



Fig. 31.

Congestion du hile de Gellé.

de la paroi externe de l'attique et la face supérieure du conduit auditif. Il se forme en avant du tympan une petite tumeur qui masque une plus ou moins grande partie du segment supérieur de la membrane. On la voit nettement se continuer en dehors et sur les côtés avec les parois du conduit auditif et elle est en dedans tellement rapprochée du tympan qu'on a la sensation que sa base se confond avec la partie supérieure du pourtour de la membrane. La touche-t-on avec un stylet, elle est douloureuse et rénitente. Plus ou moins rapidement, quelquefois en deux ou trois jours, elle se perfore en un point déclive de sa surface et donne issue à de la sérosité ou à du pus. Un stylet introduit par la fistule prend

contact avec la paroi osseuse dénudée et rugueuse du conduit auditif (fig. 32).

La tumeur paraît plus petite, après son évacuation, et ses parois sont flasques et plissées. Mais il est rare que la fistule ne se ferme pas momentanément et que la poche ne reprenne pas son volume primitif. C'est un inconvénient à éviter, attendu que la fistule est

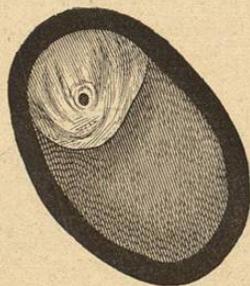


Fig. 32.

Image otoscopique d'une périostite suppurée du mur de la logette.  
La partie supérieure représente la poche de l'abcès perforée d'une fistulette à son centre.  
La partie sous-jacente et plus profonde est le tympan infiltré, rouge et non perforé (voir observ. page 83).

souvent l'unique ou la principale voie d'écoulement des liquides de la caisse.

Le tympan n'est pas toujours perforé dans les cas de périostite du mur de la logette ; et dans les deux faits que nous rapportons plus loin, la membrane était rouge, épaisse, sans perforation ; et il a fallu en faire la paracentèse. Le pus et les bulles d'air sortaient en abondance par la fistule de la poche, quand le malade soufflait la bouche et le nez fermés.

Les phénomènes subjectifs sont toujours assez marqués.

Il y a malaise général, quelquefois de la fièvre, de la gêne de la mastication et des douleurs vives intraauriculaires, et irradiées soit en avant dans la tempe et le front, soit dans la région cervicale. Les douleurs existent à leur plus haut degré avant l'écoulement, quand la poche est distendue par le pus ; elles se calment aussitôt après la production de la fistule et reparaissent quand celle-ci vient à s'obstruer. Gellé cite le cas d'un jeune homme de

dix-huit ans chez lequel l'affection se présenta sous les traits les plus graves ; insomnie, léger délire, fièvre intense, douleurs excessives et cris de douleur au moindre attouchement de la tumeur avec le stylet mousse.

La périostite du mur de la logette dure quarante à cinquante jours. Le recollement du périoste se fait avec la plus grande rapidité, quand la suppuration de la caisse commence à cesser.

Mais l'infiltration sous-périostée peut s'étendre et se rapprocher du méat ou gagner les parois antérieure ou postérieure du conduit.

Ainsi, chez le soldat B... (p. 81), le décollement est arrivé jusqu'aux insertions du conduit auditif membraneux. Chez le petit malade de Gellé auquel nous venons de faire allusion, le méat était gonflé, atrésié, douloureux et l'extrémité de la tumeur était rendue à un centimètre du méat. Elle avait l'air d'un polype. Gellé a vu plusieurs fois de ces tumeurs polypiformes du conduit ; et si l'on regarde la fig. 33, on comprend qu'il soit possible de les confondre avec un polype muqueux.

Cependant la surface de la tumeur périostique est recouverte

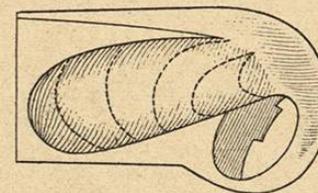


Fig. 33.

Schéma d'une coupe du conduit auditif montrant la progression de la poche du mur de la logette et sa transformation en tumeur polypiforme, d'après Gellé.

d'épiderme macéré ; elle est lisse, ferme et cohérente, et le stylet qui file assez profondément en bas et en arrière entre la paroi du conduit et la tumeur est arrêté à quelques millimètres en haut. De plus, la tumeur n'est pas mobile sur elle-même, ni de dehors en dedans sur les parois. Elle est aussi douloureuse au moindre attouchement.

Enfin la suppuration, collectée d'abord au niveau du mur de la

logette, peut décoller tout le tube périostique du conduit membraneux et venir s'ouvrir dans la région mastoïdienne. Derouet a rapporté dans les Arch. de Méd. et de Pharm. militaires (t. XIV, p. 330) l'observation d'un jeune soldat atteint pour la première fois d'otite moyenne suppurée et qui présenta un abcès de la région mastoïdienne, quelques semaines après le début de l'otite et à la suite de phénomènes que nous rappellerons plus loin. Remarquons seulement qu'après l'incision des téguments mastoïdiens et l'évacuation du pus, une sonde fut introduite dans la plaie rétroauriculaire. Elle glissa horizontalement sur le bord antérieur parfaitement lisse et égal de l'apophyse mastoïde et s'enfonça à une profondeur de quatre centimètres. Une injection phéniquée poussée par la plaie descendit dans l'arrière-gorge du malade. Dès que le dégonflement des parois du conduit auditif le lui permit, Derouet pratiqua l'examen otoscopique : les téguments du conduit étaient macérés ; le tympan épaissi, opaque, terne, d'une couleur crèmeuse était très injecté autour du manche du marteau. Il faisait une forte voussure en dehors ; mais de perforation, point.

Or, le malade de Derouet avait eu, comme les nôtres, dans les premiers jours de son affection, de vives douleurs dans l'oreille avec irradiations à la tempe ; et pendant un mois un écoulement purulent s'était fait par le méat sans calmer les douleurs. C'est après une sortie au dehors et peut-être une exposition à l'air froid que le malade éprouva les premiers signes de l'extension de l'inflammation qui devait aboutir à l'ouverture de l'abcès mastoïdien. Comme l'examen otoscopique n'a pas été pratiqué dans la première période de l'affection, nous sommes en droit d'admettre que l'écoulement du pus se faisait au début par la fistule d'un abcès périostique du mur de la logette ; d'autant plus que les mouvements de la mâchoire étaient restés douloureux.

Les conditions dans lesquelles se produit cette complication doivent être bien variables, puisque Gellé écrit qu'il s'agit dans toutes ses observations d'anciennes otites suppurées avec destruction partielle ou totale du tympan ; et que, dans trois cas observés par nous, l'otite moyenne était aiguë et apparaissait dans une oreille indemne de toute tare antérieure.

Gellé admet également que les périostites du mur de la logette sont liées à l'arthritisme.

Son jeune malade, dont nous venons de parler, était fils de goutteux ; et la colchicine lui a rendu service « dans les petits retours offensifs de la périostite auriculaire diathésique. » Nos malades avaient plutôt l'aspect de lymphatiques que d'arthritiques, et leurs père et mère n'avaient eu ni goutte ni rhumatisme.

L'anatomie nous semble en cette question plus importante que les diathèses.

Il est probable que le pus se fraie une voie au-dessus du tympan qui est très résistant chez ces malades, et qu'il décolle du cadre tympanal les attaches profondes de la membrane tympanique en laissant cette membrane unie au revêtement cutanéopériostique du conduit auditif. Nous donnons, fig. 34, un schéma qui fait comprendre notre hypothèse.

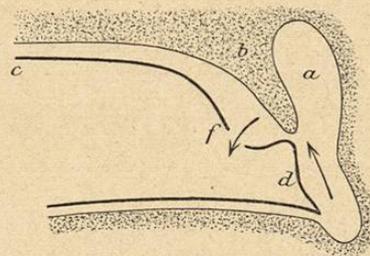


Fig. 34.

*a*, attique ; — *b*, mur de la logette ; — *c*, revêtement cutanéopériostique du conduit auditif ; — *d*, tympan bombé en dehors ; — *e*, poche de l'abcès du mur de la logette et de la paroi supérieure du conduit.  
Les flèches représentent la direction du courant du pus.

*Obs. I.* — (Malade traité par M. le prof.-agrégé Sieur.)

B..., 22 ans, soldat au 24<sup>e</sup> régiment d'infanterie ;

Entré à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 14 février 1897, sorti le 11 mai.

N'a jamais eu mal aux oreilles. Pas d'antécédents morbides.

Le 11 février, à la suite d'une bronchite, B... est pris brusquement de bourdonnements et de douleurs lancinantes dans l'oreille gauche.

Le 16, paracentèse du tympan. Ecoulement de pus, mais continuation des douleurs. T. S. 39°.

Le 17, douleurs mastoïdiennes et cervicales comparées à un martellement continu et ayant rendu le sommeil impossible.

Sensibilité très vive à la pression de la pointe de l'apophyse avec propagation dans la partie supérieure de la région carotidienne où quelques ganglions sont engorgés.

L'écoulement de sérosité purulente est très abondant par le conduit auditif; mais à l'examen otoscopique, le tympan apparaît rouge et épaissi, sans trace de la perforation de la veille. Le pus provient d'une petite saillie rouge située en avant du tympan, sur la paroi supérieure du conduit auditif, près du cadre tympanal et perforée à son extrémité.

Le 18, nouvelle paracentèse; écoulement de sang peu abondant; soulagement dans la journée et dans la nuit.

Le 20, on voit sur la face supérieure du conduit auditif une masse rouge ayant le volume d'un petit pois, placée en avant et au-dessus du tympan dont elle masque le tiers antéro-supérieur.

La portion sous-jacente du tympan présente dans sa partie inférieure une perforation de la grandeur d'une tête d'épingle par où s'écoule une abondante quantité de pus et qui est le siège de battements. Immédiatement au-dessus d'elle, entre elle et la saillie sus-indiquée, existe un soulèvement qui semble appartenir au tympan lui-même. En touchant la tuméfaction à l'aide d'un stylet, on la voit se déprimer ce qui indique qu'elle renferme une certaine quantité de pus.

Le 22, la tuméfaction siégeant sur la paroi supérieure du conduit s'est étalée vers la paroi antérieure; elle est nettement fluctuante et la pression à son niveau est très douloureuse. Une ponction est faite à son sommet, à l'aide d'un petit bistouri et l'on sent nettement que la pointe du bistouri vient buter contre une surface osseuse dénudée. Issue d'une grande quantité de sang et affaissement presque immédiat de la poche. Cette ponction provoque une douleur très vive qui se propage dans la région cervicale.

Le 23: dans la journée d'hier, à la suite de la ponction, le malade a éprouvé un grand soulagement. Ce matin, on constate que la poche s'est reformée et que l'orifice de ponction s'est obstrué. L'introduction d'un stylet dans la cavité arrive au contact de l'os dénudé.

Lorsqu'on fait souffler le malade, la poche se distend et les bulles d'air passent par l'orifice de ponction. Cet orifice siège maintenant à l'union du conduit auditif osseux avec le conduit auditif membraneux.

Le 25, la tuméfaction de la paroi supérieure du conduit auditif a un peu diminué.

Le 27, pus épais et abondant. La poche prétympanique s'est de nouveau remplie de pus et masque presque complètement le tympan. On la vide par des pressions avec un tampon monté sur l'extrémité d'un stylet. L'air continue de passer par son orifice fistuleux.

2 mars, écoulement de pus épais. Plus de douleurs ni d'insomnie. Affaissement de la tumeur.

9 mars, plus de douleurs auriculaires; écoulement moins abondant. Elevure à peine appréciable au niveau de la paroi supérieure du conduit, mais prenant le volume d'un petit pois quand on fait souffler le malade. Par contre, l'air qui sortait les jours précédents par la partie antérieure de la poche, passe maintenant par la perforation tympanique.

13 mars, pus épais, filant, difficile à enlever.

22 mars, l'aspect des parties varie peu. La petite poche appendue à la paroi supérieure du conduit conserve son volume et a une teinte rose foncé.

12 avril, état stationnaire. Le mamelon prétympanique saigne au moindre contact.

26 avril, écoulement très diminué, à peine appréciable. Même petite tuméfaction sur la paroi supérieure du conduit, masquant près de la moitié supérieure du tympan.

2 mai, la tuméfaction a empiété sur la paroi antérieure du conduit, et s'est affaissée en haut, de sorte qu'elle ne masque que la partie antéro-supérieure du tympan. Comme la poche se vide mal, on l'incise avec le couteau du galvano-cautère. Issue immédiate de sérosité.

3 mai, réduction de plus de moitié de la poche prétympanique.

11 mai, le périoste de la paroi supérieure du conduit a repris ses adhérences à l'os, la perforation du tympan est fermée et la guérison est complète. Montre à 0<sup>m</sup>,05 (n'est entendue qu'à 0<sup>m</sup>,30 du côté sain).

*Obs. II.* — B..., soldat au 46<sup>e</sup> d'infanterie. Entré au Val-de-Grâce le 22 mars 1897, sorti le 30 avril.

Pas d'antécédents pathologiques.

Le 13 mars 1897, le malade, qui souffrait depuis quelques jours d'une angine, est pris dans la nuit de douleurs auriculaires gauches, avec élancements dans la face et le front.

Perforation du tympan le sixième jour. Ecoulement blanc jaunâtre, assez abondant.

Le 22 mars, examiné à l'hôpital:

O.G. montre au contact: Douleurs lancinantes à gauche, propagées à la tempe et à la moitié gauche du front. Sensation permanente d'un bruit de roulement de voiture.

Léger œdème mastoïdien et sensibilité de la pointe. Ecoulement blanchâtre assez abondant.

À l'examen otoscopique, on voit à la partie profonde de la paroi supérieure du conduit auditif une tuméfaction qui masque le tiers supérieur du tympan. Elle a le volume d'une grosse lentille et a un aspect jaune

sale. Elle porte au niveau de son bord inférieur et un peu en arrière une perforation du volume d'une tête d'épingle par laquelle sortent des bulles d'air, quand on fait souffler la malade. La partie visible du tympan est congestionnée.

28 mars, la tuméfaction a un peu diminué de volume. Elle est plus acuminée et c'est au niveau de son sommet que paraît exister la perforation. Douleurs très vives à son niveau quand on exerce une pression même légère avec le tampon.

31 mars, même volume de la tumeur. Issue de pus et de bulles d'air par son sommet.

Région mastoïdienne un peu empâtée et douloureuse à la pression.

11 avril, même volume, même sensibilité de la tuméfaction. Il y a, de plus, des douleurs spontanées assez vives. Mastoïde encore douloureuse. Paracentèse du tympan.

21 avril, aucun changement, sauf la sortie d'un peu de pus par l'ouverture de la paracentèse.

24 avril, réduction considérable de la périostite du conduit auditif. Apophyse mastoïde moins sensible.

26 avril, plus de tuméfaction de la paroi supérieure du conduit. Plus d'écoulement par la fistule tympanique. Plus de douleurs à la pression de la mastoïde.

Sortie le 30 avril. Guérison complète. Montre à 0<sup>m</sup>08.

Les *caries* du mur de la logette sont plus rares que les périostites.

La carie du mur est quelquefois consécutive à la destruction de la membrane de Shrapnell. Elle commence par l'érosion du bord inférieur de la paroi externe de l'attique et s'étend excentriquement. Les dimensions de la perforation sont allées dans certains cas jusqu'au diamètre d'une lentille. On cite des faits où l'on distinguait tous les détails du contenu de l'attique, la tête du marteau, le ligament antérieur du marteau et le corps de l'enclume avec sa longue apophyse.

D'autres fois, la carie se produit au centre du mur, au-dessus du pôle supérieur du cadre tympanal conservé et de la courte apophyse du marteau (Voir fig. 35).

« L'aspect du fond du conduit, dit Gellé, est des plus nets. Au-dessus du tympan très souvent perforé, mais quelquefois entier et sans modification sensible de son aspect, on constate une dépression ovale, allongée dans le sens du conduit immédiatement

au-dessus du pôle supérieur du cadre tympanal conservé. »

« Si la surface est sèche, on voit entre les bords osseux taillés à pic une surface grise, pâle, solide, résistante, ondulée, et qui donne à qui sait les rapports profonds de la région la sensation des têtes accolées des osselets de l'ouïe. »

Des croûtes très adhérentes peuvent masquer la perforation ;

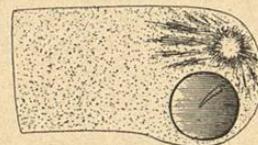


Fig. 35.

Ostéite du mur de la logette (d'après Gellé).

et quand elles sont tombées on trouve derrière elles des fongosités rougeâtres. Dans d'autres cas, c'est le pédicule d'un polype qui s'insère sur le bord de la dépression carieuse. Quand les osselets ont disparu, le trou fait par la nécrose du mur n'est pas comblé, et le haut de la cavité tympanique est béant au-dessus d'un fragment du tympan (Gellé).

Nous reproduisons in extenso une des observations les plus remarquables de Gellé (p. 615 du mémoire).

9 juin 1881. — Homme de 37 ans, a été atteint d'otorrhée d'enfance à droite; guéri depuis longtemps, il a été repris en 1878; et malgré les soins intelligents de plusieurs spécialistes, et du D<sup>r</sup> Tillaux entre autres, le pus ne cesse de couler.

Le tympan droit est opaque, déformé : dans le segment postérieur, une forte dépression avec perforation ponctiforme au milieu et battements pulsatiles de la goutte de pus qui s'en découle : pus épais et odorant. Au-dessus du cadre tympanal intact, rougeur vive de toute la paroi supérieure du conduit osseux, lacune très large au centre de la région murale, d'une largeur de près d'un centimètre; cet espace est creux de deux millimètres, ses bords décollés et fongueux; suppuration adhérente et croûtes; saillie rouge, fongueuse, au milieu de la dépression osseuse; au stylet, fond solide, résistant; bords saignants et solides aussi.

Le mur est en grande partie disparu, et sans doute dans toute son épaisseur, au moins en certains points.

En 1885, la lésion murale est sèche; non enflammée; sifflement de perforation sèche.

En 1886, récurrence de l'otorrhée, sans cause, sans douleur; écoulement sanguinolent peu abondant. A l'inspection, Gellé constate que la dépression osseuse ancienne est en grande partie comblée par des fongosités bourgeonnantes et saignantes, qui débordent tout alentour et masquent le haut du tympan.

En septembre 1886, l'otorrhée n'a pas cessé. Polype assez dur qui tombe de la paroi supérieure du conduit au-devant du tympan presque totalement caché.

Ablation du polype, cautérisation de la plaie au nitrate de mercure. Sirop de Gibert.

Le 16 novembre 1886, tout a disparu; la plaie est sèche et le tissu de cicatrice froncé a diminué d'un tiers l'étendue de la dépression osseuse murale.

Le malade a été revu depuis; et la guérison s'est maintenue entière.

Cette observation nous donne la marche d'une carie centrale du mur de la logette: d'abord une grande lacune, puis des polypes et enfin un tissu de cicatrice froncé.

Elle nous apprend aussi que la lésion n'a guéri qu'après un traitement antisiphilitique.

C'est, en effet, une opinion très ferme chez Gellé que le mur de la logette est un point d'élection des lésions graves de la syphilis. L'otorrhée de l'enfance ne fait que préparer la localisation des accidents tertiaires en créant du côté de l'oreille un centre de moindre résistance. Quand le malade n'est pas syphilitique, il est gouteux ou rhumatisant.

Et de fait, nous n'avons observé qu'un cas de carie centrale du mur de la logette; et le sujet était un arthritique.

S..., âgé de 40 ans, a un écoulement de l'oreille droite qui dure depuis neuf ans: pus jaune, fétide, parfois mélangé de sang, maux de tête fréquents.

Montre O.D. à 0<sup>m</sup>02. O.G. à 0<sup>m</sup>25.

Injection très vive de la région murale et du manche du marteau. Un peu en avant du pôle supérieur du tympan et à un millimètre et demi ou deux millimètres au-dessus du cadre tympanal, en plein mur de la logette, on voit un petit dépôt purulent, jaunâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle et quand il est enlevé, on découvre une ulcération

arrondie, de trois à quatre millimètres de diamètre, à bords plats et rouges. Un stylet introduit dans la perforation pénètre dans la caisse. La membrane du tympan est sclérosée et soudée au labyrinthe.

Nous rappelant le mémoire de Gellé, nous avons interrogé le malade sur ses antécédents. Il n'avait pas eu de syphilis; mais il était arthritique.

#### B. — Carie du massif osseux du facial.

Le massif osseux du facial est la lame de tissu compact que traverse le nerf pour aller de la paroi labyrinthique de la caisse à la face inférieure de la mastoïde. Elle forme d'abord entre l'attique et l'antra la jetée osseuse qui s'élève vers la table interne du crâne et contribue à rétrécir la voie de communication des deux cavités et à constituer l'aditus ad antrum; puis elle forme la paroi postérieure de la caisse, croise le bord postérieur du cadre tympanal à l'extrémité de son diamètre horizontal et descend derrière la paroi postérieure du conduit à une distance de 6 ou 7 millimètres.

En haut, sous l'aditus, l'enveloppe du facial est battue sur ses deux faces, dans les otorrhées chroniques, par le pus de l'attique et par le pus de l'antra; plus bas, elle est souvent en rapport, comme on le voit dans la figure 36, avec un tissu aréolaire qui la sépare

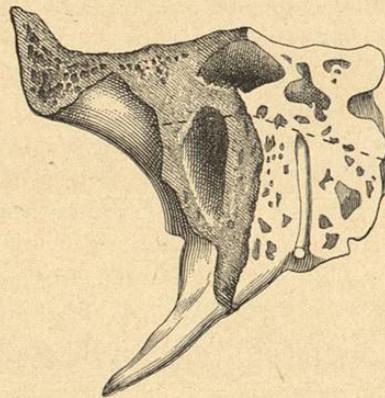


Fig. 36.

Descente du nerf facial à travers le processus mastoïdien. On voit entre la gaine osseuse du nerf et la paroi postérieure du conduit auditif des petites cellules qui diminuent les moyens de défense du facial contre les suppurations auriculaires.