

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

En 1886, récédive 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 goutteux 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^m02. O.G. à 0^m25.

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

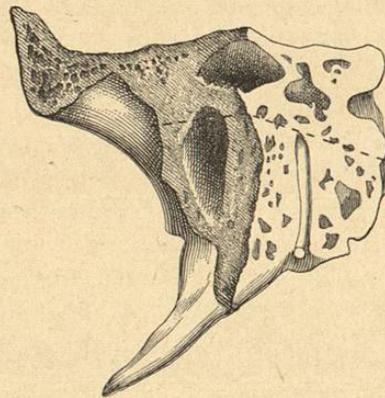


Fig. 36.

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.

de la paroi postérieure du conduit auditif et qui ne demande qu'à se laisser infiltrer par les produits septiques de l'oreille moyenne.

Dans ces conditions, si résistante qu'elle soit et malgré ses trois ou quatre millimètres d'épaisseur, la gaine diaphysaire du facial finit parfois par se laisser entamer. Son tissu se ramollit, elle se perforé ou se nécrose et des fongosités végètent sur le foyer de carie; et quand la gaine est intéressée, le nerf lui-même s'œdématisé, s'enflamme ou est comprimé par un séquestre tombé dans son canal.

Lorsque l'infiltration septique siège sur la face antro-mastoïdienne de la gaine osseuse du facial, l'observateur n'est prévenu de la lésion que par la paralysie du nerf; et il faut qu'il ouvre l'antre pour voir les fongosités, la carie ou le séquestre qui ont produit la paralysie.

Mais, si la lésion se développe sur la face auriculaire de la gaine du facial, elle peut se révéler à l'observation, avant que le nerf n'ait été intéressé et que la paralysie ne se soit produite. On comprend de quelle utilité est pour l'otologiste la connaissance de cette lésion prémonitoire de la paralysie faciale, puisqu'une intervention opportune peut s'opposer au développement de l'œdème ou de l'inflammation du nerf et à ses disgracieuses conséquences.

Les signes otoscopiques de l'infiltration septique de la gaine faciale ont été remarquablement étudiés par Gellé (Ann. des mal. or., 1894) et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la description de cet auteur.

C'est sur la face postérieure du conduit auditif, près de l'arc tympanal et du plancher du conduit, que se trouvent les lésions caractéristiques; mais ces lésions se présentent sous des aspects bien différents.

La paroi du conduit peut être simplement soulevée et le conduit rétréci ressembler à un sablier couché horizontalement (fig. 37).

D'autres sujets présentent un conduit bien ouvert; mais un bourrelet cache le tympan; et le stylet coudé fin, introduit derrière cette saillie, pénètre en dehors du tympan, dans l'os qui crépite et saigne (fig. 38).

Ailleurs, c'est derrière une fongosité mollesse, polypiforme,

rosée ou pâle, saignant au contact du stylet, que se trouve la fistule osseuse (fig. 39).

D'autres fois, la fistule se présente plus nettement; il y a une

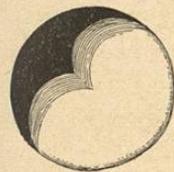


Fig. 37.

Paroi postérieure soulevée par l'ostéo-périostite du conduit et faisant ressembler le calibre du conduit à un sablier couché horizontalement.

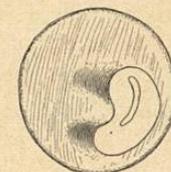


Fig. 38.

Saillie en avant du cadre tympanal cachant la fistule osseuse située en dehors du tympan.

perforation du tympan au niveau du bord postérieur du cadre tympanal, bordée ou non d'une collerette de fongosités; le stylet y pénètre, sent le bord du cadre osseux à nu ou plus au fond la

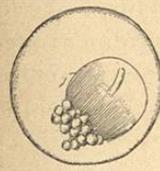


Fig. 39.

Fongosités de la paroi postérieure du conduit masquant la fistule osseuse.

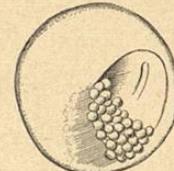


Fig. 40.

Tympan largement perforé dans son segment postérieur; polype sur le massif.

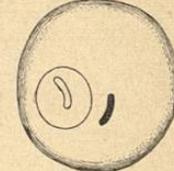


Fig. 41.

Fente à lèvres verticales, après l'extraction d'un polype.

paroi postérieure de la caisse crépitante sous le contact du métal (fig. 40).

On trouve aussi une fente à lèvres verticales, très rarement d'aspect arrondi (fig. 41), comme on le voit sur le mur de la logette ou la membrane de Shrapnell.

Les explorations avec le stylet doivent être exécutées avec la plus grande légèreté de main. On ne sait pas à quelle distance du nerf facial se trouve le point carié; et si l'on rencontre un séquestre mobile crépitant, sous la pointe du stylet, il y a lieu d'attendre, pour explorer plus à fond, qu'un traitement antiphlogistique ait

ouvert plus largement les voies. On s'exposerait en agissant autrement à développer une paralysie.

Parfois l'exploration la plus méthodique avec le stylet fin coudé à son extrémité rencontre le nerf facial dénudé, au fond de la fistule osseuse; le stylet au contact du nerf provoque des contractions spasmodiques des muscles de la face, montrant l'imminence du danger et éclairant la pathogénie otorrhéique de la paralysie du nerf.

De même, on assiste chez quelques sujets, à leur insu, aux premiers signes de la lésion nerveuse : les malades annoncent une sensation bizarre d'engourdissement, de gonflement de la face; des douleurs vagues de la joue, une raideur des paupières, qui coïncident avec le réveil d'un état aigu dans le cas d'otorrhée ancienne; quelquefois en deux ou trois jours, en une nuit, au réveil, la paralysie complète est diagnostiquée sans qu'on ait compris ce que les premiers signes annonçaient : ailleurs, au contraire, ces menaçants débuts disparaissent, et personne ne se doute du danger couru, ni des responsabilités évitées (Gellé).

Comme autres phénomènes subjectifs : crises de douleur dans le côté de la tête, autour et au fond de l'oreille avec paroxysmes simulant à s'y méprendre un accès de migraine. Bourdonnements, vertiges fréquents chez les arthritiques.

Le pronostic de la paralysie faciale liée aux lésions du massif osseux du facial est assez divers. Si l'on assiste à l'apparition de l'accident, à ses débuts, on a beaucoup à espérer des soins topiques intelligents. Même dans les cas les plus anciens, il ne faut pas désespérer de voir amender la déviation des traits et l'expression de la face.

C. — Lésions de la cavité Attico-Antrale

Ces lésions sont très fréquentes et sont les causes habituelles de l'infection prolongée de l'oreille moyenne.

La suppuration se propage d'abord dans l'attique, y séjourne grâce aux osselets et aux cloisons que créent leurs ligaments et s'étend jusque dans la cavité antrale.

L'extension de l'inflammation à l'antra est presque de règle dans les suppurations de l'attique. La muqueuse qui tapisse l'antra est, en effet, une continuation de la muqueuse de la caisse; et si l'on veut admettre, avec Poirier, une cloison muqueuse interattico-antrale, il faut reconnaître que cette cloison manque presque toujours ou est incomplète, quand elle existe.

L'infection établie dans la cavité attico-antrale a pour effet d'amener la nécrose des osselets, d'entretenir une suppuration abondante, et de produire des fongosités et des masses cholestéatomateuses. Ces lésions ne sont pas constatables directement, puisque la cavité est au-dessus de notre champ d'exploration otoscopique et qu'aucune réaction apparente ne se manifeste d'ordinaire du côté de l'apophyse mastoïde. Mais les signes rationnels sont suffisants pour se faire une juste opinion. Déjà, nous pouvons connaître l'altération des osselets, ainsi que nous l'avons dit page 53, par les caractères de la perforation tympanique, la localisation des polypes et l'exploration avec le stylet; et l'ostéite des osselets est un effet ou une cause — et probablement un effet et une cause de l'infection attico-antrale. Il n'est pas difficile non plus de constater que la suppuration descend de l'étage supérieur de la caisse. Il suffit d'introduire dans la caisse, par la perforation du tympan qui est généralement très large, un tampon de coton hydrophile et l'y laisser quelques instants. On constate qu'il n'est souillé de pus qu'à sa partie supérieure et qu'il est sec du côté tourné vers le plancher de l'oreille moyenne. Il y a aussi des cas où la suppuration est très abondante : le pus reparaît dans l'orifice tympanique de certains malades peu de temps après le lavage de l'oreille moyenne. La cavité de l'antra qui est pleine de pus laisse échapper son trop-plein goutte par goutte. C'est, suivant l'expression de Gellé, une évacuation « par regorgement ». De même, lorsque les masses cholestéatomateuses se renouvellent à chaque pansement et qu'elles se détachent de la partie supérieure de la caisse en petits globes moulés, on est en droit de penser que l'attique et l'antra en sont remplis. Nous dirons même qu'il est possible, dans certains cas, surtout après l'ablation des osselets, de constater que les fragments cholestéatomateux sont accumulés dans l'angle postéro-supérieur de l'attique, à l'orifice de