

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

la cavité antrale. Nous avons eu un malade chez lequel nous enlevions tous les huit jours avec la curette des produits cholestéatomateux, amassés en haut et en arrière de la caisse et formés dans le diverticule antral. Il faut en outre se rappeler que toutes les sécrétions grasses et épithéliales possèdent une odeur très désagréable. Si la fétidité de l'oreille persiste après la disparition de l'écoulement et malgré les lavages de l'attique, c'est que des masses cholestéatomateuses sont retenues dans les cavités sus-tympaniques. Enfin, les fongosités qui végètent dans la cavité attico-antrale arrivent parfois à faire saillie dans l'orifice tympanique et quelques-unes sont localisées à la partie postérieure de la cavité, comme pour indiquer qu'elles sont attachées aux environs du col antral. On peut remonter avec un stylet, le long de ces fongosités, jusqu'à l'aditus.

Mais, le signe le plus certain des graves altérations de l'antre est la fistule de la paroi antérieure de cette cavité, laquelle est très mince, comme on sait, et correspond à la partie postéro-supérieure du conduit auditif, tout près du tympan. A ce niveau, commence par se former un abcès qui ulcère le revêtement périosto-épidermique du conduit et laisse une fistule après lui. Rarement cette fistule n'est indiquée que par un petit trou; ou bien, elle siège au sommet d'une élévation lenticulaire dont la pression est suivie de la sortie de quelques gouttes de pus, ou elle est cachée dans des fongosités que l'on se contente quelquefois de considérer comme un polype du conduit auditif. Mais les fongosités ont leur attache dans l'antre. Fait-on pénétrer un stylet dans la fistule, celui-ci se dirige vers l'aditus et vient heurter sur des points osseux dénudés. Une pareille exploration exige d'ailleurs beaucoup de prudence pour ne pas amener une lésion du nerf facial dont l'enveloppe osseuse peut être affaiblie par la carie. Sous l'étroite fistule cutanée, la paroi postérieure du conduit auditif est quelquefois nécrosée sur une large surface.

*D. — Carie de la paroi supérieure (tegmen tympani et antri) ou crânienne de la cavité attico-antrale*

L'infection de la cavité attico-antrale expose à la carie de la

table interne du crâne sous laquelle elle évolue. Nous précisons les diverses lésions de cette paroi au chapitre des complications endocrâniennes. Mais est-il possible de trouver des signes cliniques permettant d'arriver au diagnostic de la carie du tegmen tympani et antri? Il faut reconnaître que le diagnostic est très difficile, sinon parfois impossible. Nous avons observé deux cas de suppuration endocrânienne consécutifs à des nécroses totales du toit de la caisse et dont le début n'avait été précédé d'aucun phénomène susceptible de fixer l'attention des malades: l'écoulement de l'oreille était même arrêté dans un cas depuis assez longtemps, et il n'y avait pas eu la plus petite douleur. Il ne faut pas compter sur l'exploration directe avec un stylet, puisque la paroi supérieure de l'oreille moyenne est masquée par la paroi externe de l'attique et que l'introduction d'un stylet dans la région supérieure de la caisse ne fournirait qu'une indication insignifiante et ne serait rien moins que prudente.

Il n'y a guère que des signes de présomption objectifs et subjectifs. Les premiers ne sont autres que ceux de la suppuration attico-antrale. Plus celle-ci se prolonge, plus le toit de la caisse a chance de s'infecter; mais le toit de la caisse peut être emporté en totalité par la carie, quand la suppuration attico-antrale semble tarie.

Les signes subjectifs sont à peine mentionnés par les auteurs. Cependant, on trouve dans l'histoire de certains sujets qui succombent à des complications endocrâniennes et dont l'autopsie révèle une nécrose du tegmen tympani, une série de manifestations à caractères transitoires et à poussées paroxystiques qui ont souvent passé inaperçues et dont la valeur symptomatique nous semble avoir été négligée. C'est ainsi qu'on note de l'otalgie, des douleurs temporo-pariétales, des vertiges, des bourdonnements, une dilatation inégale des pupilles, certains troubles intellectuels comme de l'amointrissement de l'intelligence et de la mémoire, et des modifications du caractère.

On lira plus loin l'observation du gendarme R... qui mourut dans notre service d'un abcès au cerveau.

Quatre ans et demi après le début de l'inflammation de l'oreille moyenne et dix mois avant sa mort, le malade commence à se

plaindre de douleurs vives dans l'oreille, et de vertiges de plus en plus fréquents, d'abord consécutifs à des stations verticales ou à des courses à cheval prolongées, et ensuite indépendants de toute position ou de toute fatigue. Il sentait brusquement la tête lui tourner en même temps qu'il entendait des bourdonnements et des sifflements comparables à des roulements de voiture et à des sifflets de bateau à vapeur.

Au même moment le malade redoutait de tomber en avant et du côté de l'oreille lésée. Ces vertiges survenaient souvent deux fois dans la même journée. De plus R... perdait la mémoire, son caractère s'aigrissait et devenait irritable.

A. Robin (Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif, Thèse d'agrégation, 1883) a bien remarqué que le plus grand nombre des complications endocrâniennes sont précédées des phénomènes que nous avons observés chez le gendarme R... Il les a groupés dans un ensemble qui forme, pour ainsi dire, une période prémonitoire de l'affection méningo-encéphalique. Mais il les a rattachés soit à une période insidieuse de la pachyméningite, soit à des actes réflexes d'origine auriculaire ou pétreuse, soit à l'irritation du ganglion de Gasser et des filets nerveux de la cinquième paire qui innervent la dure-mère. L'auteur ne paraît même pas avoir songé à la carie de la paroi crânienne.

C'est justement l'inflammation et la désagrégation lente du tissu osseux de la paroi supérieure de la caisse qui nous semblent être la cause de ces divers phénomènes. Qu'on lise les observations et on trouvera une corrélation entre la durée et l'intensité des symptômes précédents et l'étendue de la carie du toit de la caisse constatée à l'autopsie. D'ailleurs, les douleurs, les vertiges, les bourdonnements, les troubles intellectuels précèdent souvent de plusieurs années l'ictus cérébral. Comment supposer que la lésion endocrânienne mette un temps aussi long à évoluer? Quand l'infection a gagné les méninges ou le cerveau, il nous semble que les accidents doivent se précipiter.

La discussion de ces hypothèses, un peu vaine en apparence, a cependant son utilité pronostique et thérapeutique. Si la lésion est bornée à l'os, elle a chance d'être enrayée par un traitement

chirurgical, mais si elle s'est étendue déjà aux enveloppes du cerveau, les incertitudes de la thérapeutique sont plus grandes. De plus, nous ne doutons pas que le chirurgien, qui aura porté le diagnostic de carie du toit de la caisse et qui n'aura pas fait dépendre les symptômes précédents d'une action réflexe ou d'irritations labyrinthiques, ne se hâte d'intervenir pour mettre le malade à l'abri des immanquables accidents futurs.

Fort des données précédentes, nous avons proposé, au commencement de cette année, à un malade accablé par les douleurs de tête et d'oreille, une intervention chirurgicale, qu'il s'est empressé d'accepter. L'apophyse mastoïde, le labyrinthe ou le cerveau ne nous semblaient pas en cause. Nous avons attribué tous les phénomènes à une carie du plancher du crâne, et nous devons reconnaître que l'examen des cavités de l'oreille nous a donné raison. Voici d'ailleurs l'observation.

M. R..., ancien officier retraité, 47 ans.

Première otite gauche en 1873, l'écoulement dure deux mois.

En 1876, polype de la caisse, extraction, cessation de l'écoulement, guérison de l'otite.

En 1889, chute de cheval, perte de connaissance d'une durée de vingt minutes, sans écoulement de sang par le nez ou les oreilles.

En 1893, courte période de douleurs intraauriculaires.

En octobre 1896 apparaissent des pesanteurs de tête, des étourdissements, des vertiges, de la tension, de la chaleur de l'oreille avec des bourdonnements intenses.

Le malade vient alors nous consulter. Son tympan présente des plaques cicatricielles dans son segment antérieur, et est le siège d'une congestion intense : le mur de la logette, le pourtour du manche du marteau, les parois du conduit auditif sont très rouges et très douloureux.

En novembre, la situation s'aggrave, les douleurs constantes et térébrantes deviennent plus fortes, quelques accès d'agitation, tendances à la syncope, diminution de l'appétit, insomnie; l'état général s'altère : amaigrissement, idées sombres.

En janvier et février, légère détente.

Mais en mars, reprise des mêmes douleurs, avec vertiges et insomnie : *sensation permanente d'un coin de fer pénétrant dans le cerveau.*

Nous ouvrons l'oreille moyenne le 9 mars, et nous trouvons une carie de la voûte de l'antre et de l'attique avec quelques fongosités saillantes

dans la cavité crânienne. Le curettage de ces foyers pathologiques a fait disparaître les douleurs.

PRONOSTIC ET MARCHE DES INFECTIONS PROLONGÉES  
DE L'OREILLE MOYENNE

Quelques malades croient encore que les écoulements chroniques de l'oreille sont des émonctoires salutaires des humeurs de l'organisme. C'est un préjugé excusable ; mais ce qui l'est moins, c'est le peu d'intérêt que certains médecins attachent à ces écoulements. Il y en a bon nombre qui abandonnent aux malades le traitement de leur affection et qui croient avoir fait une œuvre utile en prescrivant quelques lavages du conduit auditif à l'eau boriquée. L'observation la plus élémentaire conduit à une opinion toute différente, et cela sans vouloir exagérer l'importance de l'otologie.

Si l'on prête, en effet, attention aux faits cliniques, on voit que les suppurations de la caisse sont suivies très fréquemment d'accidents sérieux, susceptibles de mettre la vie en péril, s'ils ne sont pas enrayés par un traitement approprié, et de temps à autre d'accidents dont l'évolution fatale d'emblée est au-dessus des ressources chirurgicales.

La suite de ce travail n'est en grande partie que le résumé des complications des otites moyennes chroniques, et c'est là le meilleur témoignage des dangers auxquels elles exposent. Si d'un autre côté nous considérons la mortalité, nous voyons que celle-ci n'est pas sans importance.

Pour ne prendre que notre statistique qui est limitée mais qui a l'avantage des statistiques unipersonnelles, nous avons enregistré 6 décès sur 600 malades ; ce chiffre, qui représente 1 0/0 de mortalité, est pour ainsi dire irréductible, puisque les décès ont été causés par des méningites diffuses ou de vastes collections purulentes encéphaliques. Or, si on tient compte de la grande fréquence des otorrhées, on est en droit d'admettre, d'après ces résultats, que les maladies suppurées de l'oreille moyenne fournissent un tribut notable à la mortalité générale (1).

(1) La mortalité des affections de l'oreille est des plus difficiles à établir. Le

Le processus de la guérison est en tous points conforme aux données de la pathologie générale : la réparation n'est possible qu'après l'élimination du dernier élément septique et la facilité de réparation varie avec la nature des lésions. Plus prompte, si les parties molles sont seules atteintes, plus lente si les os participent à l'infection. L'amélioration s'annonce par la diminution de la sécrétion : l'écoulement qui mouillait d'abord l'entrée du méat et formait chaque matin plusieurs taches assez larges sur la taie d'oreiller du malade, ne laisse plus sur la paroi inférieure du conduit auditif qu'un léger suintement, dont le malade n'a plus la notion qu'en introduisant assez profondément un tampon de coton dans l'oreille.

Plus tard le conduit auditif est sec, et il faut recourir à l'examen otoscopique pour trouver quelques produits de la sécrétion condensés sur la membrane du tympan.

Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'arrêt de l'écoulement est un signe de guérison de peu de valeur, s'il n'est pas accompagné de la réparation des lésions des tissus de la caisse.

La cicatrisation de la membrane tympanique est le seul critérium de la terminaison de l'infection.

L'oreille moyenne est exposée au contact de l'air extérieur, tant qu'une perforation existe ; et par conséquent les phénomènes inflammatoires peuvent y reparaitre à tout moment. De plus une fistule, si petite qu'elle soit, indique la persistance d'un foyer septique profond.

Le tympan se répare de deux façons : à plat ou par adhérence avec la paroi interne de la caisse. Le premier mode de réparation est réservé aux petites pertes de substance, comme celles qui n'occupent par exemple qu'une partie d'un quadrant de la membrane. On voit la surface tympanique se déterger, son épais-

pourcentage donné par les divers auteurs varie de l'un à l'autre. Schwartz donne 3 0/0 ; Bezold 2 0/0 ; Barker 2 1/2 0/0, Heiman 2 0/0, Michael 0,35 0/0, et Gradenigo, en ne considérant que les cas graves, 8 0/0. Les statistiques établies dans les cliniques otologiques, ne peuvent donner une idée exacte de la gravité de l'otite moyenne, et Gradenigo l'a très bien expliqué.

« Tant qu'il n'y a pas de complication, le malade va régulièrement à la clinique. Dans les cas contraires, les pauvres vont à l'hôpital, et les personnes aisées ont recours à leur médecin. De plus, à l'hôpital, ces malades sont répartis dans des services de médecine ou de chirurgie. »