

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. »

seur devient moindre; le manche du marteau est de plus en plus visible; les bords de la perforation prennent une forme régulière et mousse, et le diamètre se réduit progressivement.

Cette réduction est très lente et présente souvent des arrêts dans sa marche. C'est que les bords de l'ulcération qui fournissent l'apport des éléments embryonnaires chargés de constituer la cicatrice n'ont eux-mêmes qu'une faible vitalité.

Quand la perforation est complètement fermée le tissu inodulaire ou la plaque cicatricielle se reconnaît à une tache sombre, limitée, enfoncée, pouvant quelquefois se soulever comme une ampoule dans l'épreuve de Valsava, ou restant déprimée si elle est fixée à la paroi labyrinthique.

Ailleurs, la cicatrice apparaît avec l'éclat du triangle lumineux physiologique, et se distingue de celui-ci par sa situation et sa forme qui est linéaire, ronde ou ovalaire.

Nous n'insisterons pas sur les conséquences ultérieures de la réparation, elles ont été magistralement décrites par Politzer: épaissements partiels et dégénérescences calcaires du tympan, brides celluleuses intratympaniques, projection de toute la membrane vers la paroi interne de l'oreille moyenne. Ce sont évidemment des lésions graves pour la fonction de l'organe, mais au point de vue de l'infection de la caisse, ce sont des terminaisons heureuses, puisque c'est le tissu de cicatrice faisant place aux tissus infectés.

Ce premier mode de restauration du tympan, de beaucoup le plus simple, exige cependant des soins assidus, et on peut considérer le résultat du traitement comme heureux lorsque la guérison survient en trois ou quatre mois.

La réparation du tympan par adhérences avec la paroi interne de la caisse, tout en pouvant s'observer dans les cas de petites perforations, est de règle dans les larges pertes de substance de la membrane.

Voici ce qui se produit: les portions restantes du tympan se portent peu à peu en dedans et arrivent presque au contact ou au contact même de la muqueuse interne. Quand l'élimination des tissus infectés est achevée, les bords de l'ulcération se soudent par du tissu inodulaire à la surface de la muqueuse labyrinthique,

qui devient elle-même cicatricielle dans sa portion exposée à l'air. Comme on peut le prévoir, l'aspect otoscopique de la caisse varie alors très notablement suivant qu'une partie plus ou moins considérable du tympan a été détruite. Mais on peut toujours reconnaître, avec un peu d'attention, les restes du tympan qui sont plus épais, plus opaques et sur un plan plus externe, tandis que le tissu de la cicatrice est mince, plus profond, immobile, et souvent brillant comme du métal.

Nous reproduisons quelques exemples de guérison de vieilles otorrhées, par transformation cicatricielle de la muqueuse, et nous avons choisi ces exemples de façon qu'on puisse voir l'état de la cicatrice, suivant que le tiers, la moitié ou la totalité de la membrane tympanique a été emporté par suppuration (fig. 42, 43, 44).

Il y a enfin un certain nombre de perforations, qui, malgré

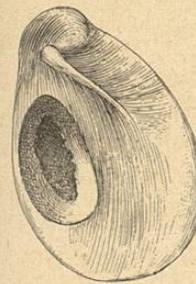


Fig. 42.

Cicatrisation d'une grande perforation antémartellaire.

Le tympan est rétracté en dedans, le manche du marteau est porté en arrière; la membrane de Shrapnell est déprimée. Des tractus fibreux rayonnent autour du manche surtout en bas et en avant.

Dans le segment antérieur du tympan, large excavation ovalaire avec deux plans bien distincts: l'un plus externe et plus périphérique ne touche pas la paroi interne de la caisse; l'autre plus central y est accolé (cicatrisation en cuvette).

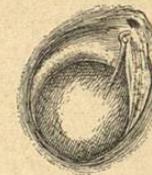


Fig. 43.

Cicatrisation tympanique après élimination de plus de la moitié du tympan.

Le manche du marteau est soudé à la paroi labyrinthique qui est blanche et très réfringente.

Le segment postérieur du tympan semble appliqué sur la paroi interne. La partie antérieure, blanc jaunâtre, est sur un plan plus externe. Une bride blanchâtre s'étendait de la partie inférieure du croissant tympanique au promontoire. Le point sombre qu'on voit au-dessus de l'apophyse grêle du marteau est la cicatrice d'une ancienne perforation de la membrane de Shrapnell.

leurs petites dimensions et l'arrêt complet et prolongé de la sécrétion, ne peuvent aboutir à la cicatrization.

Le tympan est à peine rétracté, épaissi et rouge; mais les bords de la perforation minces et déchiquetés restent atones.

Nous avons eu l'idée de toucher les bords d'une ulcération de ce genre, avec une pointe de galvano-cautère pour stimuler la vitalité de la membrane, mais nous avons trop tôt perdu de vue le malade pour avoir une opinion sur la valeur de cette intervention. On ne saurait faire trop de réserves à l'égard de l'avenir des sujets qui présentent ces perforations. Il existe dans l'oreille une espèce de carie sèche qui peut déterminer brusquement de graves accidents.

Nous avons vu un malade porteur d'une pareille lésion succomber à une suppuration périrocheuse consécutive à une ostéomyélite chronique du temporal.

Avons-nous besoin de faire remarquer que les otites moyennes suppurées sont plus graves, quand le processus infectieux, au lieu



Fig. 44.

Suppuration pendant quatre années.

Le tympan a été détruit presque en totalité, sauf en ses parties postérieure et supérieure réduites à un liseré étroit et cicatriciel. La courte apophyse du marteau est encore apparente. La paroi interne de la caisse unie par le tissu de cicatrice aux débris du tympan apparaît blanche, nacrée, un peu mamelonnée avec des bandes lumineuses. Audition nulle. Bourdonnements.

de rester limité à la fibro-muqueuse, s'étend au tissu osseux sous-jacent. Toute condition anatomopathologique ajoutée à l'infiltration septique de la membrane de revêtement retarde la guérison et augmente les chances des complications périauriculaires. Mais, il y a des degrés dans la gravité des lésions : les polypes dont le traitement a facilement raison sont au rang des moins sérieuses. L'ostéite des osselets est plus grave, parce qu'elle entretient la suppuration et prépare l'ostéite pariétale. Celle-ci doit être prévenue par toutes les ressources thérapeutiques, car elle ouvre la porte à l'émigration des germes, et prédispose aux inflammations périauriculaires, dont la limitation n'est pas toujours au pouvoir du chirurgien.

Nous ne reviendrons que sur deux éléments importants du

pronostic : la perforation de la membrane de Shrapnell et les produits cholestéatomateux.

C'est un fait d'observation que la plupart des otites moyennes suppurées avec perforation de la membrane de Shrapnell ont un pronostic grave. On sait qu'elles sont d'ordinaire symptomatiques d'une carie de la tête du marteau et leurs dimensions ainsi que leur situation ne sont pas favorables à la libre sortie des sécrétions. Il y a rétention presque constante derrière une perforation de la membrane de Shrapnell, et comme cette rétention se produit dans l'attique, immédiatement au-dessous de la lame papyracée de la table interne du crâne, les centres nerveux sont menacés d'une invasion septique. Hartmann (Maladies de l'oreille et leur traitement, Paris, 1890) possédait déjà en 1890, dans sa collection anatomo-pathologique, cinq temporaux présentant une perforation de la membrane de Shrapnell et autour desquels s'étaient développés trois fois un abcès cérébral et une fois une thrombose des sinus.

Un des malades qui a succombé dans notre service était atteint d'une semblable perforation.

Est-ce pourtant à dire qu'il n'y ait pas des exceptions à ce sombre pronostic? Il doit y en avoir plus qu'on ne suppose, parce que bien des perforations de Shrapnell doivent échapper à l'examen.

En tout cas, nous avons pu enregistrer deux fois une guérison assez rapide d'une otite moyenne avec perforation de la membrane flaccide.

Pourquoi les productions cholestéatomateuses, c'est-à-dire les grumeaux onctueux et fétides ou les paillettes réfringentes sont-elles tant à redouter? C'est qu'elles sont d'habitude originaires de l'attique, et qu'elles se fusionnent, s'agglomèrent, forment des masses de plus en plus volumineuses et finissent par constituer de véritables tumeurs du volume d'une noisette ou plus. L'école allemande a mis le cholestéatome sur le rang des tumeurs les plus malignes. C'est aller un peu loin. Il y a des petits et des gros cholestéatomes. Les petits peuvent séjourner entre les osselets et les parois de la caisse sans déterminer d'accidents graves. On les voit descendre quelquefois de leur cantonnement à l'occa-