

La marche de la réparation est souvent retardée : ici, ce sont des fongosités qui poussent à vue d'œil sur l'attique et l'aditus, ou c'est une pointe osseuse qui a été mal abrasée et qui s'exfolie. Là c'est un épaissement calleux des bords de la greffe. Les fongosités doivent être détruites dès leur apparition, au nitrate d'argent, à l'acide chromique, au galvano-cautère ou à l'anse. Elles tendent à rétrécir la communication du conduit auditif et des parties profondes. Nous avons assisté une fois à la production irrépressible de fongosités autour des lèvres de la section profonde du conduit auditif membraneux ; et aucune précaution n'a pu s'opposer à la soudure des parois du conduit et à la formation d'un cul-de-sac.

Tant qu'il y a de la douleur ou que la plaie rétroauriculaire n'est pas fermée, le malade doit conserver un pansement autour de la tête et garder un repos relatif. Plus tard, il lui suffit de porter sur l'oreille un triangle en étoffe noire et de ne pas se livrer à des exercices fatigants.

Résultats. — Faut-il encore répéter, à l'encontre des chirurgiens très expérimentés qui oublient les hésitations de leurs premières interventions, que l'attico-antrotomie est une opération difficile. Nous ne craignons pas de reconnaître que nous avons souvent intéressé l'enveloppe osseuse du facial dans nos premiers exercices sur le cadavre. Si nous savons aujourd'hui éviter cet écueil, nous le devons aux nombreuses erreurs qui ont fait notre prudence. Aucun chirurgien ne doit pratiquer l'attico-antrotomie sans l'avoir répétée deux et trois fois sur le cadavre. Il ne servirait à rien qu'il l'eût vu pratiquer : il faut qu'il l'ait faite lui-même.

L'aditus, dans lequel il faut finir par pénétrer, est très profondément situé, quelquefois à 2 centimètres de la face externe de la mastoïde. Il y a bien quelques points de repère, à savoir : un tissu un peu diploïque aux environs de l'antra, lequel invite à une progression mesurée et la dureté même du massif osseux du facial. Mais ces points de repère ne sont connus que de ceux par qui la route est fréquentée d'ordinaire. Il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur une figure représentant la position du facial pour voir le peu d'espace qui existe entre son enveloppe et la paroi

crânienne, limite supérieure en deçà de laquelle il faut toujours rester.

D'ailleurs, on peut s'en rapporter aux faits.

Scwhartz déclare avoir produit six fois la paralysie faciale au début de sa série. Sur cinq malades opérés par Lubet-Barbon et dont les observations sont relatées dans la thèse de Weissmann (Paris, 1893), il y a un cas de paralysie faciale assez marqué, mais qui n'a duré que neuf jours. Un des six malades de Luc a eu le nerf facial blessé, et pour ce dernier il n'est pas question d'amélioration ultérieure : l'infirmité subsistait quatre mois après l'opération. Grunert n'hésite pas également à avouer qu'il a eu pendant longtemps des difficultés pour nettoyer les parois de la cavité attico-antrale et qu'il a vu bien des fois survenir des spasmes musculaires et une fois une paralysie faciale. On a bien objecté que cet accident ne survient qu'au début de la pratique du chirurgien et qu'il ne se renouvelle plus dans la suite : c'est une considération très avantageuse pour les derniers malades, mais qui justifie ce que nous avons dit plus haut et ce que nous ne cessons de répéter : l'opération exige un sérieux apprentissage. N'oublions pas que la paralysie faciale est une complication des plus graves. C'est la déformation de la face, la laideur irréparable du blessé, aux prix desquelles nul malade ne consentirait à s'assurer la guérison d'une suppuration de l'oreille s'il pouvait prévoir l'accident.

Les complications infectieuses post-opératoires sont encore assez fréquentes.

Nous voulons bien admettre que certaines inflammations endocrâniennes sont moins la conséquence de l'opération que le résultat des lésions pour lesquelles l'opération a été pratiquée trop tardivement. Ainsi la malade de Lubet-Barbon, opérée le 4 janvier avec de la céphalalgie, des vomissements et de l'insomnie, et décédée le 13 janvier avec tous les signes d'un abcès cérébral, était évidemment en puissance de son abcès cérébral au moment de l'opération. De même un malade de Grunert, mort de méningite et opéré après le début de la méningite.

Mais d'abord une légère hyperthermie post-opératoire de deux à trois jours de durée, n'est pas rare. Chez quelques malades, le

gonflement des lèvres de la plaie a été assez prononcé pour exiger la section immédiate des fils. La suppuration d'ordinaire nulle ou très faible dans les premiers jours peut reparaitre ensuite et rester très abondante jusqu'à ce que les surfaces soient complètement détergées.

A un plus haut degré, un érysipèle infectieux peut survenir (Statistique de Moure. Mort du malade).

Une méningite post opératoire est possible. Voir une observation de Lubet-Barbon (Arch. int. de laryng. Paris, 1893, t. II, n° 5, p. 257).

Homme de 40 ans, soigné à la clinique à partir du 3 juin 1893 pour des douleurs d'oreille accompagnées d'otorrhée. Successivement et sans succès, ablation de polypes venant de la partie supérieure de la caisse, élargissement de la perforation, extraction du marteau. Le 18 juillet, paralysie faciale. Le 21 juillet, opération de Stacke (pratiquée à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier), à la suite de laquelle la température s'élève de 39° à 40°. Accidents de méningite, mort le 26 juillet; à l'autopsie, méningite suppurée (Résumée d'après Lubet-Barbon et Broca. Traité des suppurations de l'apophyse mastoïde).

Moure, de Bordeaux, a vu se développer une phlébite de la veine jugulaire avec paralysie faciale (Thèse de Chagnolleau, Bordeaux, 1896, p. 41).

Jean D..., 25 ans, manoeuvre.

Otorrhée droite ancienne (20 ans), ayant cessé de couler pendant plusieurs années, mais ayant recommencé depuis deux ans, sans douleurs. Il y a quatre mois, la suppuration est devenue plus abondante, accompagnée d'élançements parfois très pénibles et le malade se décide à venir à l'hôpital le 26 mai.

On trouve, à l'examen de l'oreille, un polype ayant envahi presque complètement la caisse, et qu'on enlève, et des fongosités abondantes et fétides venant de la partie postéro-supérieure; douleur à la pression de l'apophyse mastoïde, perception crânienne bonne, aérienne nulle.

Pendant quelques jours, lavages antiseptiques; le 11 juin, aucune amélioration ne s'étant produite, opération.

Incision ordinaire: les artères donnent beaucoup de sang; trépanation au lieu d'élection: on tombe sur le sinus immédiatement au-dessous de la corticale.

Le lendemain, T. M. 38°2; — S. 39°.

Le malade se plaint de violents élancements dans la tête.

Le 13, T. M. 38°5; — S. 39°4.

Toujours douleurs, pas de sommeil; début de paralysie faciale.

Le 14, T. M. 39°; S. 39°6.

Le 15, idem, paralysie faciale complète.

Le 16, la plaie suppure abondamment. Les fils n'ont pas tenu.

Le 17, T. M. 37°6; — S. 39°4.

Pansements humides continués tous les jours: la température baisse et revient à 37°2 le soir.

Le 22, elle remonte à 39°2, en même temps qu'apparaissent un gonflement douloureux de la région sterno-mastoïdienne et des signes de phlébite de la jugulaire. Cependant, la suppuration a beaucoup diminué.

Douleurs de tête sans localisation spéciale; pas de vertiges, pas de vomissements, pas de troubles visuels. Rien au poumon, rien au cœur.

Pouls rapide, plein et fort.

Le 23, T. M. 38°8; — S. 39°2.

Le 24, T. M. 39°4; — S. 39°8.

Le 25, T. M. 38°8; — S. 38°8.

Le gonflement diminue; signes de paralysie faciale persistent.

Le 27, un peu de pus jaunâtre, clair dans le pansement. Plaie à bon aspect, bourgeonnant, commençant à se fermer.

Le 28, le malade est emmené de force de l'hôpital par sa famille, qui le croit perdu; et nous restons sans nouvelles de lui jusqu'au milieu d'août, époque à laquelle il vient à la clinique guéri. Il s'est fait panser chez lui par son médecin régulièrement, mais déclare avoir été très mal dans les premiers jours de juillet; actuellement, il ne ressent plus rien, son oreille ne coule plus et il n'y a plus trace de paralysie faciale.

Le même chirurgien a eu un autre insuccès dans sa pratique. Il est vrai qu'il l'attribue à une tuberculose pulmonaire. Mais on peut aussi penser à une septicémie (même thèse, page 36).

Otorrhée ancienne. — Paralysie faciale. — Début de complications cérébrales. — Ouverture complète. — Guérison de la paralysie faciale. — Mort de tuberculose généralisée.

Emile O..., 21 ans, peintre: otite moyenne suppurée droite, depuis l'âge de 3 ans, avec quelques poussées aiguës, la dernière, il y a un mois.

Se présente à la clinique le 28 avril 1896, avec une légère paralysie faciale datant de trois jours : occlusion incomplète des paupières, bouche légèrement déviée. On constate un écoulement purulent, abondant, très fétide, et l'affaissement de la paroi supérieure du conduit osseux ne laissant qu'une petite fente et à travers laquelle on voit sourdre quelques gouttes de pus simulant un tympan perforé qui n'existe pas. Rien de particulier extérieurement à l'apophyse qui n'est pas douloureuse à la pression.

Ouïe totalement perdue.

En présence du début de la paralysie faciale, et malgré un état général peu satisfaisant, l'opération de l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne est décidée et pratiquée le 30 avril,

Les symptômes de paralysie faciale diminuent sitôt l'opération faite.

Les jours suivants, tout semble marcher à merveille : il n'y a pas d'élévation de température, la paralysie a totalement disparu, le malade ne souffre presque pas, malheureusement, il n'a pas d'appétit et ne prend qu'une petite quantité de lait.

Le premier pansement est pratiqué le 5 mai : suppuration minime.

Le 7, la température commence à s'élever : elle atteint le lendemain 39° et le surlendemain 40°2; on la combat par la quinine et on refait le pansement : la plaie a bon aspect et n'a qu'un léger suintement séreux n'expliquant pas la fièvre. Le malade est abattu : il vomit depuis quelques jours, mais ne souffre de nulle part et ne peut indiquer ce qu'il ressent.

Les pansements sont faits tous les deux jours; mais le 15, apparaît un peu de diarrhée et on trouve un noyau de pleuro-pneumonie gauche avec point de côté. Celui-ci s'amende; cependant le pouls est petit, rapide (148).

Le 25, la température atteint 40°, le poumon entier est pris et les crachats contiennent des streptocoques, pas de bacilles de Koch.

Le 29, mort. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Mais le diagnostic de tuberculose pulmonaire aiguë fait quelques jours avant la mort semble le plus probable!

Deux points sont nettement établis : la douleur et la durée du traitement. Nous citerons les paroles de Grunert :

« En général, on ne devrait se décider à pratiquer l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne que chez les sujets qui s'engageront à continuer le traitement jusqu'à ce que le danger de la sténose soit passé. On hésitera aussi à intervenir chez les

petits enfants, car on pourrait manquer du sang-froid nécessaire pour leur faire supporter les douleurs du traitement. » Qu'on songe, en effet, que l'oreille, si richement innervée, doit être bourrée de gaze iodoformée jusqu'au maximum de distension des parois du conduit!

Quant à la durée du traitement, elle varie de 6 semaines à 11 mois, suivant Grunert : en moyenne, 4 mois et demi environ.

Stacke avait eu une conclusion plus favorable dans ses premières communications : c'était entre 2 et 9 mois que la guérison de ses malades était survenue. Mais ses communications étaient un peu trop rapprochées du début de ses opérations. La statistique de Schmiegelow, de Copenhague, donne comme moyenne : trois mois et demi.

Il est incontestable que la durée du traitement diminue avec l'expérience de l'opérateur et les soins apportés aux pansements. L'étendue des lésions de la caisse a aussi une grande importance; car si la carie est profonde, le développement des fongosités est à peu près certain. On peut, dans les cas les plus favorables, obtenir en 45 ou 60 jours l'épidermisation de la caisse.

Peu ou pas de complications intercurrentes pendant le traitement. Parfois des excoriations et des fissures douloureuses du conduit auditif provenant de la compression excentrique et du passage des sécrétions. Les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 2 ou 3 0/0 ont d'ordinaire facilement raison de cet accident.

Malgré l'habileté opératoire et l'expérience du chirurgien et la régularité des soins donnés aux malades, il faut reconnaître que les statistiques des otologistes les plus éminents fournissent encore un nombre d'échecs qui méritent de fixer l'attention.

Sur 33 cas, Stacke obtient 19 guérisons, soit 57,5 0/0
Sur 43 cas, Grunert — 24 — soit 56 0/0
Sur 57 cas, Panse — 29 — soit 50 0/0.

C'est donc près de la moitié des malades qui, après avoir couru les risques d'une opération grave et supporté les douleurs d'un traitement prolongé, conservent leur suppuration de l'oreille.