

tous les cas où la solution de continuité de la membrane représente le signe principal : tantôt le tympan est sec ; tantôt il est suppurant, mais la suppuration est minime et demande quelquefois à être recherchée. Il y a lieu de distinguer des perforations récentes et des perforations anciennes.

A. Perforations récentes. — Ce n'est pas tant d'après la date de leur découverte que d'après l'état de leurs bords qu'on doit qualifier les perforations de récentes. En effet, celles dont les bords sont nets, pâles, donc épidermisés, doivent être considérées comme anciennes et souvent comme définitives. Le caractère principal de la perforation récente ou, plus exactement, de la perforation réparable est l'infiltration de ses bords et du segment avoisinant de la membrane.

Les bords des *perforations traumatiques* sont rapprochés, finement frangés et ecchymotiques : ceux des *perforations consécutives à l'infection* de la caisse sont plus éloignés : il y a une vraie perte de substance. Quand la réparation doit se faire, elle est assez rapide, dans les cas aigus. L'absence de réparation est attribuable soit au défaut de plasticité des tissus, chez les cachectiques par exemple, soit à la situation de la perforation qui ne permet pas aux lèvres de se rapprocher, près du manche et de la spatule du marteau par exemple, soit aux grandes dimensions de la perte de substance, soit enfin à la réouverture incessante de la perforation par le passage de l'air.

B. Perforations anciennes. — Certaines de ces perforations sont évidentes : d'autres sont petites et demandent à être recherchées systématiquement. C'est après le nettoyage soigné du conduit et du tympan, l'ablation de tous les produits de desquamation, au besoin l'enlèvement de petits polypes (fig. 80. T. G.) que la perforation devient apparente, soit sous forme d'un point foncé, soit sous l'aspect d'une surface brillante où vient sourdre le pus au fur et à mesure qu'on l'essuie. L'aspiration au spéculum de Siegle fait apparaître plus nettement la gouttelette purulente. L'exploration au stylet boutonné fin, difficile et délicate, conduit, au travers de la solution de continuité, sur un osselet ou sur le promontoire.

Il faut éviter de confondre les petites perforations tympaniques

avec de petites cicatrices minces et déprimées (fig. 78-T. G). L'existence ou l'absence de suppuration, les résultats de l'exploration au stylet et au spéculum de Siegle suffisent en général pour lever les doutes.

1° Petites perforations. Les lieux d'élection des petites perforations persistantes les plus importantes à connaître sont : la région de la membrane de Shrapnell, la partie haute du quadrant postéro-supérieur et le pourtour de la spatule du marteau.

a) Les perforations de la membrane de Shrapnell sont petites. Elles sont difficiles à voir et souvent méconnues : inversement on prend quelquefois pour une perforation une simple dépression de cette région.

Elles révèlent soit de l'infection prolongée et persistante des poches formées par la muqueuse entre les osselets et la paroi externe de la caisse, soit de l'ostéite de la portion des osselets logée dans l'attique.

Dans ce dernier cas, le diagnostic demande pour être confirmé l'exploration au stylet, qui conduit sur une surface osseuse dénudée et rugueuse. Quelquefois, du reste, le mur osseux qui prolonge en haut la membrane du tympan (mur de la logette) est lui-même atteint par l'ostéite, et celle-ci est révélée par l'exploration au stylet ou par une fistule conduisant dans la caisse, ou plus tard même par la destruction du mur de la logette. La syphilis osseuse aurait une prédilection pour cette région (Gellé).

b) Les perforations anciennes du tympan proches du pli tympano-malléolaire postérieur, le long de la paroi postéro-supérieure du conduit, sont symptomatiques quelquefois de la carie de l'enclume, le plus souvent de lésions osseuses portant sur la paroi postérieure de la caisse, sur le massif osseux du facial ou sur le squelette de l'apophyse mastoïde elle-même. L'exploration au fin stylet coudé, faite avec soin, renseignera sur l'état de l'os. Parfois, outre la perforation tympanique, il existe une fistule ouverte dans le conduit, sur sa paroi postéro-supérieure déformée et prolabée. L'exploration est particulièrement délicate en cette région, surtout en approchant de la moitié inférieure du conduit, car le stylet est exposé à rencontrer le facial et à le léser.

Dans les cas de perforation supérieure ou postéro-supérieure de la membrane du tympan, il y a intérêt à demander des renseignements complémentaires au *lavage explorateur de la caisse*, fait avec la canule tympanique de Hartmann. Cet instrument est un fin tube métallique, de 7 à 8 centimètres de long, avec 3 millimètres de calibre extérieur,

coudé à un millimètre de son extrémité terminale. Celle-ci est introduite par la perforation et dirigée directement en haut vers l'attique, puis en haut et en arrière vers l'aditus ad antrum. La manœuvre est délicate, difficile même, et se fait sous le contrôle du miroir. Ce lavage ramène souvent, provenant de l'attique, de l'aditus et même de l'antrum, du pus semi-liquide, des grumeaux, des débris nacrés en écailles ou en perles, dont la signification a été indiquée plus haut.

c) Les perforations proches de la spatule du marteau, souvent cordiformes, sont symptomatiques d'une carie de cette partie de l'osselet, quand le stylet y révèle un point dénudé : il est en effet de règle que l'ostéite du manche suive une marche ascendante. Des polypes peuvent coexister avec la perforation et quelquefois la dissimuler.

d) Les perforations inférieures, parallèles au plancher de la caisse, doivent inviter à chercher les signes de la carie de ce plancher.

e) Les antéro-inférieures sont celles dont le pronostic reste le plus favorable : en effet elles ne sont généralement pas symptomatiques d'ostéites, comme les précédentes.

2° *Grandes perforations.* — Elles sont rondes, ovalaires, cordiformes ou réniformes : ces deux dernières formes sont spéciales aux perforations péri-ombilicales, la spatule du marteau conservée répendant à la partie échancrée du cœur ou du rein.

Les perforations uniques sont de beaucoup les plus fréquentes ; les perforations doubles peuvent souvent elles-mêmes être interprétées comme une perte de substance unique, divisée par le manche du marteau en une perforation prémartellaire et une rétromartellaire ; les perforations triples sont l'exception, a fortiori les perforations multiples, en crible, qui ne se voient que dans les infections intenses de l'oreille moyenne. Les deux quadrants inférieurs et le postéro-supérieur sont le siège habituel des grandes perforations. La dimension de ces perforations est des plus variables. Quand la perte de substance est considérable, on ne parle plus de perforation, mais de *destruction partielle* plus ou moins étendue du tympan (fig. 79-T.D.). La destruction totale ne se rencontre jamais ; en effet le segment adjacent à l'apophyse externe du marteau, d'une part, le bourrelet tendineux réunissant la membrane au conduit, d'autre part, persistent en général dans les cas même les plus graves. C'est du reste la présence de ce bourrelet, reconnue par la vue ou à l'aide du stylet, qui permet de

distinguer une grande perte de substance du tympan de l'enfoncement total de la membrane atrophiée et amincie (fig. 79 T. D. et T. G.).

La perforation tympanique, malgré ses dimensions étendues, n'est pas toujours visible au premier examen de l'oreille. Il peut falloir des nettoyages multiples ou encore l'ablation au serre-nœud de polypes pédiculés ou l'écrasement à la pince de polypes larges et sessiles ou enfin l'atrophie par l'alcool absolu de végétations inflammatoires polypiformes, pour voir la perforation avec toute sa netteté.

Quand on cherche à se rendre compte de la *provenance du pus* soit par l'examen *de visu*, en guettant la goutte révélatrice, soit par le tamponnement explorateur, retiré assez tôt pour que seule une des faces du tampon de coton soit touchée par le pus, on constate que les points d'élection pour l'apparition du pus sont aussi les lieux d'élection des polypes.

3° *Productions polypeuses ou polypiformes.* — La reconnaissance de leur point d'origine n'est souvent possible qu'après ces petites opérations préliminaires. Elle est importante, car elle permet souvent de préciser un diagnostic d'ostéite localisée. La topographie des polypes rappelle celle des perforations (p. 589) ; elle aussi comporte les mêmes interprétations.

Ainsi un bourgeon polypiforme occupant la partie supérieure d'une perforation ovalaire rétro-martellaire est généralement implanté sur la longue branche, cariée, de l'enclume. Un bourgeon polypiforme appendu à l'extrémité inférieure d'un manche de marteau réduit à l'état de moignon, ou des granulations multiples pré et rétro-martellaires révèlent la carie du manche du marteau. Les petits polypes perforant la membrane de Shrapnell traduisent des ostéites de la tête du marteau et de la partie adjacente du corps de l'enclume. La carie de l'enclume est la lésion la plus fréquente, quatre fois plus fréquente que l'ostéite du marteau. D'autres végétations polypiformes peuvent s'observer, adjacentes au tympan, mais en somme en dehors de lui : les supérieures, situées à l'union de la paroi supérieure du conduit avec le cercle tympanal, révèlent l'ostéite du mur de la logette, les postérieures la carie du massif du facial, les inférieures, la carie du recessus hypo-tympanique.

4° *Etat de la caisse.* — L'examen direct de la caisse se fait au travers de la perforation, soit par le toucher, à l'aide du stylet boutoné, soit par la vue, tantôt directement, tantôt, mais exceptionnellement, à l'aide d'un petit miroir, dit tympanique, analogue, sauf ses dimensions, au miroir laryngien.

Quand la suppuration est tarie, la surface du promontoire est rouge jaunâtre d'abord, puis elle prend l'aspect blanc mat, tendineux, du tissu de cicatrice. Elle présente des saillies accidentées, quelquefois des ramifications vasculaires, avec une sorte de monticule constant, qui répond au point le plus saillant de la paroi labyrinthique de la caisse. Quand la longue branche de l'enclume a disparu, on peut voir l'étrier, très résistant à la carie, qui est resté logé dans la fenêtre ovale, avec son tendon conservé. D'autres fois des *productions épidermiques exubérantes* recouvrent la surface du promontoire et il y a lieu de les enlever prudemment, à la curette ou à l'aide d'un lavage, pour voir s'il ne s'agit point de débris cholestéatomateux, en paillettes nacrées, fétides, plus denses que l'eau, provenant de l'attique ou de l'antre. Les débris cholestéatomateux ont une tendance particulière à se reproduire avec ténacité, malgré des lavages ou des curettages fréquents. Enfin fort souvent la muqueuse du promontoire est en *état d'inflammation chronique*, rouge vif, avec des teintes jaunâtres ou bleuâtres par places, épaissie, mamelonnée ou lisse, selon qu'il existe ou non du tissu de granulations en voie de bourgeonnement.

Quant aux *osselets*, il est rare de les trouver conservés, quand les perforations tympaniques sont étendues : la longue branche de l'enclume et le manche du marteau ont été raccourcis par l'ostéite. Quelquefois cependant, pour le marteau, le raccourcissement n'est qu'apparent : le marteau n'a pas diminué de longueur, mais il s'est rétracté, entraîné par ce qui reste de la membrane du tympan plus ou moins adhérente au promontoire.

Les *rapports avec le promontoire* des parties conservées du tympan sont parfois délicats à préciser. Il faut d'abord chercher si une ombre portée, due au bourrelet tendineux ou au segment du tympan conservé, est visible sur le promontoire ; dans l'affirmative, on peut être certain que la perforation a comme limites celles assignées par ces ombres. S'il n'y a pas d'ombre portée, il faut se demander si les débris de la membrane ne se sont pas fusionnés avec le promontoire. L'aspiration avec le spéculum de Siegle, l'aération de la caisse par la trompe permettront quelquefois de trancher la question, aidées par l'exploration

au stylet, dont l'extrémité boutonée pourra s'insinuer derrière les bords du fragment du tympan, si ceux-ci sont libres, non adhérents.

L'exploration au stylet est le seul moyen de se rendre compte de l'*état du squelette* caché derrière la muqueuse de la paroi interne de la caisse. Si le squelette est dénudé ou friable en ce point, si surtout un débris osseux, jaune ou gris, adhérent ou mobile, fait saillie en ce point, il faut songer à la *carie du labyrinthe*, avec séquestres parcelaires ou avec nécrose osseuse massive plus ou moins étendue.

C. Cicatrices perforées — Une dernière variété de tympan perforés est représentée par les tympan guéris portant des *cicatrices perforées*.

S'il se produit souvent des épaisissements fibreux ou calcaires sur les parties du tympan conservées, il n'en est pas de même pour les parties de la membrane dont la réparation après perforation s'est faite avec une rapidité variable, mais toujours uniquement aux dépens des couches externe et interne de la membrane, sans reproduction de la membrane propre intermédiaire. Les cicatrices tympaniques sont donc toujours minces et cette minceur, qui explique leur dépressibilité et leur tendance à se fusionner avec le promontoire, donne également la raison de la perforation des cicatrices préexistantes, soit sous l'action d'une nouvelle poussée inflammatoire, soit sous l'action d'un traumatisme, tel que la propulsion brusque de l'air de dedans en dehors ou de dehors en dedans.

En l'absence de complications ou de menace de complications, la symptomatologie de toutes ces affections chroniques est des moins bruyantes. Il y a peu de bruits subjectifs, peu de bourdonnements et de vertiges, sauf le cas d'ostéite du massif osseux labyrinthique. L'acuité auditive est diminuée, mais non abolie, tant que l'étrier et le labyrinthe sont indemnes, quel que soit l'état du tympan et des osselets principaux. La douleur est intermittente et répond plutôt à des retours passagers à l'état subaigu (otites réchauffées) ou à de la rétention intermittente. La céphalée, l'insomnie, les nausées sont des accidents sérieux, qui doivent faire craindre une menace de complication. Il en est à fortiori de même des *symptômes généraux*, fièvre, agitation, frissons, qui manquent dans les otites chroniques simples et dont l'apparition est toujours inquiétante.

Schéma du diagnostic des principales lésions révélées par l'otoscopie.

EXAMEN DU TYMPAN	TYMPANS SECS		TYMPANS ENFLAMMÉS NON SUPPURANTS	TYMPANS SUPPURANTS		TYMPANS PERFORÉS	
	DE LA SCLÉROSE DIFFUSE.	DE L'ŒDÈME MOYENNE ADHÉSIVE OU POSTINFLAMMATOIRE		AIGUS	CHRONIQUES	PERF. RÉCENTES	PERF. ANCIENNES
Couleur. Aspect.	Quasi normaux	Blanchâtre ou d'aspect amiantacé, fibrillaire.	Rougeur circonscrite ou diffuse.	Sale, gris-rouge.	Sale, gris-rouge.	Liseré ecchymotique ou épidermique bordant la perforation.	Variable.
Position.	Etat quasi-normal.	Membrane déprimée.	Membrane parfois voussurée	Membrane épaissie fortement	Membrane déformée.	»	Membrane souvent déprimée et accolée au promontoire.
Marteau.	id.	Rapproché de l'horizontale.	Injection vasculaire le long du marteau.	Apophyse seule visible	Généralt conservée et bien visible.	»	»
Plis.	id.	Le postérieur très accentué. Allongé et remonté ou disparu	Disparition rapide	Disparus.	»	»	»
Reflét lumineux	id.	Plaques fibreuses ou calcaires. Parties atrophiées	Quelquefois exsudat visible dans la caisse. Bulles ou ampoules sur le tympan.	Reflèts sur bulles purulentes, parfois pulsatiles.	Reflèts atypiques.	»	»
Particularités surajoutées.	id.	Mobilité exagérée en certains points, très réduite en d'autres.	Variables.	Quelquefois aspiration du pus.	Végétations poly-piformes Desquamation exagérée. Parfois aspiration du pus.	»	Végétations. Polypes. Etats variés du promontoire.
Résultat de l'emploi du spéculum de Siegle.	id.	idem.	idem.	Issue du pus, souvent avec sifflement	Issue du pus, quelquefois avec sifflement.	Aspiration du pus	Appel du pus au travers de la perforation.
Résultat de l'aération de la caisse.	»	idem.	idem.	Issue du pus, souvent avec sifflement	Issue du pus, quelquefois avec sifflement.	Issue du pus.	Déplacement irrégulier du tympan (brides adhérent au promontoire.)

Au point de vue du service militaire les affections chroniques de l'oreille moyenne, avec ou sans écoulement purulent, avec ou sans perforation du tympan, sont des motifs d'exemption : la perforation du tympan sans complication d'otorrhée est compatible avec le service auxiliaire. Pendant le service, ces affections chroniques peuvent motiver la réforme temporaire, si elles paraissent susceptibles de s'amender, la réforme définitive, quand elles sont particulièrement graves et rebelles à tout traitement.

Telles sont les nombreuses données que peut fournir l'otoscopie. Le tableau synoptique de la page 594 les condense en un schéma aussi peu artificiel que possible.

C'est à d'autres explorations complémentaires qu'il faut demander un supplément d'informations.

FACULTAD DE MEDICINA

CHAPITRE V

BIBLIOTECA

EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Quelle que soit l'affection de l'oreille présentée par le malade, le médecin doit examiner tantôt de parti pris, tantôt seulement si les circonstances l'y invitent, certaines régions, ou certains territoires, ou certains organes proches ou éloignés de l'oreille.

§ 1. — Examen du naso-pharynx.

Le cavum naso-pharyngien doit être systématiquement examiné dans tous les cas. Catarrhales ou purulentes, les otites succèdent toutes à des lésions fugaces ou tenaces de cette région rétro-nasale et c'est l'examen de celle-ci qui permet de découvrir les causes et de remplir souvent une indication thérapeutique importante, au cours d'une affection auriculaire. D'autre part, l'examen des fosses nasales et du pharynx est indispensable, à titre