

*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'OTITE 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	Général <sup>t</sup> conservé et bien visible.	»	»
Plis.	id.	Le postérieur très accentué. Allongé et remonté ou disparu	Disparition rapide	Disparus.	»	»	»
Reflot lumineux	id.	Plaques fibreuses ou calcaires. Parties atrophiées	Quelquefois exsudat visible dans la caisse. Bulles ou ampoules sur le tympan.	Reflots sur bulles purulentes, parfois pulsatiles.	Reflots 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

d'exploration préliminaire, de « reconnaissance », avant de pratiquer le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

L'examen du cavum portera tout particulièrement sur la partie latérale du pharynx, sur la région tubaire et péritubaire, qui sera explorée par la vue (p. 401) et par le cathétérisme et les autres moyens d'aération de la caisse étudiés plus haut (p. 548). La rougeur et la tuméfaction du bourrelet tubaire, la présence de follicules clos hypertrophiés en cette région, l'existence de cicatrices vicieuses péritubaires, la persistance de mucosités adhérentes autour et dans l'orifice de la trompe, d'une part, les atrésies inflammatoires ou les sténoses par lésion organique ancienne du canal tubaire, d'autre part, sont les détails principaux les plus importants à étudier. Mais il ne faudra pas négliger non plus d'examiner la voûte du cavum (p. 394), où des adénoïdes volumineuses peuvent être appendues, tantôt assez développées en largeur pour venir obstruer mécaniquement les trompes par contact, tantôt nocives simplement par la pharyngite qu'elles entretiennent. Il conviendra également d'explorer la partie postérieure des cornets inférieurs qui, hypertrophiée en queue de cornet (p. 391), arrive parfois jusqu'à l'orifice tubaire.

Les résultats des multiples épreuves ou explorations nécessaires pour l'examen méthodique de l'oreille peuvent être consignés sur une feuille d'observation analogue au modèle indiqué à la fin de l'ouvrage et qui est celui employé à la clinique du Val-de-Grâce.

## § 2. — Exploration des parties molles périauriculaires.

Les groupes ganglionnaires qui reçoivent les lymphatiques efférents provenant de l'oreille externe ou moyenne siègent l'un en avant, l'autre en arrière, le troisième au-dessous du conduit auditif. En outre il paraît prouvé cliniquement (faits de Pouillaude, Lucas-Championnière, Régnier), sinon anatomiquement, qu'il y a des traînées de vaisseaux lymphatiques « reliant la caisse à la région temporale profonde. » (Mignon).

Le ganglion prétragien, dont le nom indique la situation, est le plus gros des ganglions parotidiens inclus dans les couches superficielles de la glande. Les ganglions mastoïdiens sont au

nombre de 4 ou de 5, les uns au-dessus, les autres au-dessous du muscle sterno-cleido-mastoïdien, les premiers faciles, les seconds difficiles à palper. Enfin les ganglions cervicaux profonds les plus élevés de la gouttière carotidienne reçoivent également des lymphatiques de l'oreille.

I. ADÉNITES ET LYMPHANGITES. — L'engorgement de ces ganglions, sauf peut-être des derniers cités, est généralement plus marqué dans les affections superficielles que dans les lésions profondes de l'oreille. Il accompagne souvent des otites moyennes suppurées aiguës ou chroniques, mais alors il coexiste dans un grand nombre de ces cas avec une lésion concomitante du conduit. L'adénite est presque toujours aiguë et par conséquent passagère et on évitera de la confondre avec une mastoïdite; l'adénite chronique est rare et ne s'observe guère que sur les ganglions superficiels placés à la base de la mastoïde.

Les mouvements de la mâchoire dans les adéno-lymphangites à localisation antérieure, les mouvements de la tête dépendant du sterno-mastoïdien dans celles à localisation postérieure sont gênés et douloureux.

La lymphangite est souvent combinée à la périadénite inflammatoire, et détermine alors, dans la région sur laquelle elle porte, des déformations spéciales, dues à l'œdème.

II. ŒDÈMES. — L'œdème est tantôt mou, tantôt dur et il faut parfois une pression forte pour obtenir le godet caractéristique. Il est ou uniquement localisé ou toujours prédominant autour du conduit auditif, surtout en arrière vers la mastoïde, quelquefois vers la tempe, la joue, le cou.

A la tempe, l'œdème transforme en une surface convexe la surface normalement plane ou concave; dans la région parotidienne, l'œdème est plutôt jugal, plus marqué au-dessous qu'au-dessus de l'arcade zygomatique. En arrière, la caractéristique de ce gonflement est la tuméfaction en nappe qui refoule le pavillon en avant et un peu en bas, en effaçant le sillon rétro-auriculaire.

Le point de diagnostic important à préciser en pareil cas consiste à savoir si ces apparences traduisent l'infection limitée aux parties molles ou si elles révèlent l'infection sous-périostique ou l'ostéite. La solution du problème est parfois délicate et quelquefois l'intervention, exploratrice et curatrice à la fois, peut seule la donner. Cependant il existe quelques signes utilisables pour le diagnostic différentiel. Ainsi la coloration des tissus est plus foncée dans les cas d'inflamma-

tion superficielle que dans ceux d'inflammation profonde, à peine rosée dans le dernier cas, rouge vif ou violacée dans le premier. La douleur est aussi marquée à la pression superficielle qu'à la pression profonde, quand les plans superficiels sont seuls atteints; la douleur dont l'intensité maxima répond à la pression du squelette, surtout sur la région de l'antre et sur le bord postérieur de la mastoïde, est d'origine osseuse. Enfin l'adéno-lymphangite se modifie rapidement sous l'action d'un traitement approprié ou bien l'adéno-phlegmon survient assez vite, tandis que les œdèmes d'origine profonde (périoste ou squelette) sont tenaces et lents dans leur évolution.

L'œdème est donc *symptomatique* le plus souvent; mais il existe là comme ailleurs des *œdèmes essentiels*, dus les uns à une cause générale, l'arthritisme par exemple, les autres à une cause locale, tels les œdèmes qui précèdent ou accompagnent les paralysies faciales (Gellé).

La sensation de fluctuation, même quelquefois quand elle paraît évidente, est donnée souvent par le palper bidigital de la zone simplement œdématisée: la fausse fluctuation se produit avec la plus grande facilité dans la région rétro-auriculaire, coïncidant tantôt avec une infiltration simple des parties molles, tantôt avec une myosite du petit muscle peucier auriculaire postérieur, ainsi que nous avons pu le constater par l'intervention. Des plastrons indurés, très étendus en surface et en profondeur peuvent s'observer autour de l'insertion du sterno-mastoïdien, où nous les avons vu persister pendant des semaines, quelquefois plus d'un mois.

III. ABCÈS. — 1° *Superficiels*, amenant vite la rougeur du tégument, révélés par une fluctuation évidente, ils succèdent à des adénites et lymphangites et leurs lieux d'élection sont ceux des ganglions superficiels, c'est-à-dire la région mastoïdienne et la région prétragienne ou parotidienne supérieure; nous en avons vu un se compliquer de parotidite.

2° *Profonds*, révélés au début par des signes généraux plutôt que par des signes locaux, n'entraînant parfois qu'un léger œdème superficiel, auquel s'ajoute une sensation obscure de rénitence dans la profondeur des tissus, existent des abcès d'une autre catégorie qui traduisent des lésions profondes, sous-périostiques ou intra-osseuses. Après avoir exagéré la fréquence des périostites suppurées temporales et surtout mastoïdiennes, on a exagéré leur rareté: or des observations récentes (Luc, Laurens) ont prouvé que des collections purulentes peuvent se développer sous le périoste de la portion squameuse ou mastoïdienne du temporal, saillantes à la fois vers l'extérieur et vers la paroi supérieure ou postérieure du conduit auditif et curables par une incision

simple, sans intervention sur le squelette. Cependant il reste établi que la très grande majorité des abcès sous-périostiques sont la conséquence de l'ostéite, localisée en général soit aux cellules creusées dans la base du rocher autour de l'antre, soit à l'antre lui-même, l'infection s'étant propagée au travers de la couche corticale de l'os avec ou sans perforation de celle-ci.

3° *Abcès proches de l'oreille*. — Leur lieu d'élection est la région de l'antre, dont ils révèlent, tardivement le plus souvent, l'infection compliquée d'ostéite raréfiante périphérique; mais il s'en rencontre soit en haut et en avant, provenant des cellules creusées à la base de l'écaïlle du temporal, soit en arrière, développés dans les cellules rétro-antrales creusées le long de la suture mastoïdo-occipitale, soit en bas, venus des cellules de la pointe de la mastoïde. Nous avons eu l'occasion d'observer maintes fois ces trois localisations.

4° *Abcès à distance*. — Plus rares que les précédents, ils sont d'origine osseuse également le plus souvent. Les plus fréquents sont ceux du cou, les abcès sous-sterno-mastoïdiens. Le siège de la tuméfaction est profond, les plans superficiels sont peu ou pas œdématisés, la région mastoïdienne peu ou pas déformée, à moins de coexistence de lésions multiples combinées. Le muscle est soulevé et contracturé parfois: il bride la collection profonde. La pression exercée sur celle-ci par le doigt explorateur fait quelquefois refluer le pus par le conduit auditif externe. Le palper de la pointe de la mastoïde doit être fait avec le plus grand soin: il peut révéler un point osseux sur la face interne de cette pointe, ce qui traduit une prédominance des lésions en cet endroit et caractérise la mastoïdite de Bezold, variété dont la tendance particulière à l'ostéite destructive insidieuse, susceptible de s'étendre vite vers le sinus et l'encéphale, a été spécialement indiquée.

Dans la région sous-angulo-maxillaire, des abcès d'origine otique peuvent se développer, d'origine ganglionnaire en général: mais quelquefois aussi ce sont des abcès migrants, qui ont fusé en suivant le muscle digastrique. D'autres abcès ossifluents, à point de départ mastoïdien, ont été signalés, gagnant la paroi latérale du pharynx, pouvant même la contourner et venir faire saillie du côté opposé: ils sont exceptionnels.

Outre ces abcès cervicaux, il peut se produire des abcès occipitaux ou même occipito-pariétaux. Les abcès occipitaux se développent dans la région de la nuque et sont sous-musculaires, ce qui explique la longue durée de leur période latente, qu'ils succèdent à des adénites, à

des phlébites ou à l'ostéite de la pointe de la mastoïde ou des cellules postérieures : ils demandent à être recherchés avec soin. Les abcès occipito-pariétaux sont plus superficiels et se diagnostiquent quant à leur existence dès leur apparition. Leur origine est osseuse ou transosseuse. Les cellulites rétro-antrales peuvent leur donner naissance et alors l'exploration de leur cavité après incision conduit dans une logette osseuse généralement close : nous avons rencontré deux fois cette localisation. Mais parfois cet abcès extérieur n'est que le prolongement d'un abcès migrateur sous-dure-mérien, abcès en bouton de chemise, à deux poches communiquant à travers un pertuis osseux, ainsi que nous l'avons observé dans un cas.

5° *Fistules*. — Elles sont consécutives à l'ouverture spontanée ou chirurgicale de ces abcès chauds ou froids ; il n'y a rien de particulier à en dire, sinon que leur exploration doit être faite avec soin, pour déterminer si la persistance du trajet tient à l'existence d'une coque ganglionnaire infectée enfouie dans les tissus ou à un foyer d'ostéite. Les vieilles fistules avec induration chronique doivent être différenciées des lésions, parfois similaires au premier abord, produites par l'actinomycose.

### § 3. — Exploration du squelette (apophyse mastoïde).

Au point de vue pratique, l'exploration de l'apophyse mastoïde est des plus importantes, surtout au cours des otites suppurées, aiguës ou chroniques.

1° *Examen par la vue*. — Il faut que la région soit examinée sous deux incidences, l'observateur placé d'abord à côté du malade, puis derrière lui.

Cette dernière position permet d'apprécier, par comparaison du côté malade avec le côté sain, les moindres différences d'aspect ; en particulier l'abaissement du pavillon, son éloignement de la paroi latérale du crâne, l'effacement du sillon rétro-auriculaire sont faciles à constater ainsi. L'observateur se rappellera que normalement la mastoïde gauche est un peu plus petite que la droite. Les modifications de couleur du tégument sont également à noter.

Un gonflement précoce et rapide, un œdème blanc ou rouge qui a fait disparaître presque d'emblée le sillon rétro-auriculaire est, selon toute vraisemblance, le résultat de l'inflammation des plans superficiels

étudiée plus haut. Un gonflement moins prononcé, survenu lentement, accompagné souvent, mais non toujours, de fièvre et de douleur, au cours d'une otite suppurée aiguë ou réchauffée, dont la suppuration a parfois inopinément cessé, un œdème dur diminuant à peine la profondeur du sillon rétro-auriculaire, déjetant à peine le pavillon en dehors, seraient plutôt révélateurs d'un foyer d'ostéite endo-mastoïdienne.

2° *Examen par le toucher*. — Il renseignera d'abord sur les modifications d'aspect de la surface, surtout si l'on palpe en même temps les deux apophyses en des points identiques. Le degré de l'œdème s'appréciera d'après la profondeur du godet classique et d'après l'intensité de la pression nécessaire pour le faire apparaître. Enfin et surtout l'on recherchera les *points douloureux osseux*.

Leur siège d'élection est le segment qui répond dans la profondeur à l'antre : c'est la partie antéro-supérieure de l'apophyse, ou, plus exactement, le point placé, en arrière de la ligne d'insertion du pavillon, juste à la hauteur du conduit auditif. La douleur est parfois accusée spontanément par le sujet en ce point, térébrante ou lancinante, à exacerbation nocturne ; elle est exagérée par la pression profonde localisée sur une surface très restreinte. Il n'existe pas de parallélisme forcé entre l'intensité de la douleur et l'étendue des lésions : l'apophyse est parfois pleine de pus, alors que la douleur est minime, et inversement.

D'autres points douloureux osseux peuvent exister, en particulier vers la pointe de l'apophyse ou en arrière du point qui répond à l'antre, près de la suture mastoïdo-occipitale ; ils traduisent quelquefois des ostéites localisées en ces points dans des cellules péri-antrales, mais quelquefois aussi la douleur osseuse existe à distance et fait défaut au point d'élection, bien que l'antre seul soit atteint.

Il y a enfin des « algies » de la mastoïde, sans signes objectifs : les unes sont le résultat d'une ostéite condensante ou d'une poussée congestive ; les autres sont de simples névralgies dont l'écllosion est favorisée par l'état névropathique du sujet : la distinction entre ces divers cas est des plus délicates, quand l'otite coexiste avec l'état douloureux de l'apophyse, et le diagnostic n'est souvent fait, et pas toujours du reste, qu'à l'intervention.

3° *Exploration par le conduit*. — C'est une voie détournée à

utiliser pour l'examen de la face antérieure ou bord antérieur de l'apophyse. La chute de la paroi postéro-supérieure du conduit est considérée comme un excellent signe de mastoïdite (Schwartz). L'otoscopie indique en outre, quand on constate de la voussure du tympan, qu'il y a rétention de pus dans l'oreille moyenne, et par conséquent menace d'antrite. Si l'otoscopie montre des perforations postérieures ou supérieures, avec suppuration persistante et polypes récidivants même après ablation des osselets, il y a lieu de penser à la mastoïdite latente (Luc).

4° *Exploration opératoire.* — Elle est faite soit avant, soit surtout pendant l'intervention.

Dans les cas où il s'agit de *lésions ouvertes*, l'exploration des orifices fistuleux, faite au *stylet boutonné*, permet de déterminer plus exactement la topographie des altérations du squelette mastoïdien. Elle conduit généralement dans des cellules périphériques placées au voisinage de l'antra, rarement dans l'antra lui-même. Celui-ci est reconnaissable : 1° à sa situation proche de la base de l'apophyse, immédiatement en arrière du conduit auditif; 2° à sa profondeur, qui est de 1 cm. 5 au moins, en moyenne, au-dessous du plan de la couche corticale de l'os; 3° à sa communication avec la caisse, en haut et en avant, par un canal qui est l'aditus, dans lequel peut s'engager le protecteur de Stacke ou tout autre instrument analogue. Cette exploration peut révéler la présence dans l'antra d'une tumeur cholestéatomateuse, insoupçonnée jusque-là.

Il est une dernière façon d'explorer la mastoïde, qui est utilisable quand la face externe de l'apophyse a été mise à nu, le pavillon et la paroi postérieure du conduit désinsérés avec le périoste. Cette *exploration après rugination* permettrait de préjuger, avec une certitude toute relative du reste, de la proximité du sinus latéral par rapport à l'antra, avant de pratiquer l'antrotomie. D'après Trautmann, le sinus serait proche, quand l'angle dièdre formé par le plan de la mastoïde et par celui de la paroi postérieure du conduit est fortement obtus; d'après Schulzke, les temporaux dangereux seraient ceux des dolichocéphales, surtout à droite, et d'après Okada, les petites apophyses exposeraient à plus de dangers que les grandes en raison de la situation du sinus.

5° *Moyens exceptionnels.* — Ce sont l'auscultation, la percussion et la translumination.

L'*auscultation*, pratiquée déjà par Laënnec, permet d'entendre à travers l'apophyse les bruits que l'on entend par le conduit à l'aide du tube otoscopique pendant l'aération de l'oreille moyenne. Okuneff a constaté que, si l'on ausculte successivement la mastoïde saine et la mastoïde enflammée, pendant qu'un diapason vibre sur le vertex, le son est assourdi du côté malade par rapport au côté sain. Ostino, auscultant à la fois à l'aide d'un tube en Y, ou de deux tubes munis de pavillons égaux, les deux mastoïdes d'un même sujet, pendant que vibre un diapason sur le front, a constaté que la latéralisation du son le plus intense se fait du côté malade, surtout s'il y a complication intra-crânienne.

La *percussion* de l'apophyse est d'origine ancienne également; elle doit se pratiquer surtout à la base et elle donne lieu chez l'adulte à la production d'un son spécial appelé aéro-sclérosique par Piorry. Les apophyses éburnées (Miot), les apophyses atteintes d'ostéite (Körner, Wilde) donnent quelquefois, mais non toujours, à la percussion un son plus sourd, plus mat.

La *translumination* se fait soit par le conduit (Caldwell), si celui-ci peut admettre la petite lampe spéciale, soit par la partie postérieure de la mastoïde (Urbantschitsch) dans le cas contraire. Dans le premier cas, on interroge l'éclairage de la face externe de la mastoïde, dans le second celui du conduit. Le défaut de translucidité indiquerait la présence du pus.

Ces moyens, réservés aux cas difficiles où les autres signes sont peu nets, manquent eux-mêmes souvent de précision et il est des mastoïdites « dont le diagnostic n'est possible qu'avec le ciseau. » (Schwartz).

Le tableau synoptique de la page 604 résume les éléments du diagnostic des principales complications péri-auriculaires.

Au point de vue de l'aptitude au service militaire, l'inflammation aiguë des cellules mastoïdiennes n'entraîne pas de décision immédiate. Seule la mastoïdite chronique nécessite l'exemption : elle pourra motiver la réforme après échec d'un traitement approprié. Quant à l'évidement pétro-mastoïdien, il nous paraît, même après guérison, devoir entraîner pour les sujets non incorporés l'affectation au service auxiliaire et pour les militaires en activité la réforme, car il a pour conséquence la destruction des osselets et de la membrane du tympan.