

l'adulte, comme une des complications de l'otite suppurative. Le pus peut fuser à travers la pellicule osseuse mince de la caisse et de l'apophyse mastoïde (maladie de Bezold), et faire collection sur le côté de la base du crâne, se portant soit en avant sous la paroi spinale du pharynx, soit en bas suivant les vaisseaux du cou, soit en arrière sous les masses musculaires de la nuque. Ainsi, soit par décollement périostique, soit par infection du réseau lymphatique et des ganglions, l'otite suppurative peut être le point de départ de fusées purulentes multiples ou simples dans les profondeurs du cou, autour de l'axe cervical.

J'ai rencontré plusieurs fois l'otorrhée et le mal de Pott cervical.

Chez les enfants au-dessous de 4 ans, le pus otorrhéique peut se faire jour à travers la « lacune » de la paroi inférieure et antérieure du conduit vers l'articulation temporo-maxillaire et ses enveloppes (de Troeltsch).

Je dois citer aussi l'abcès du ganglion de la région mastoïde, que le couteau incise souvent tout d'abord dans l'ouverture des cellules mastoïdiennes (Chatelier).

## VII

### Ouverture des cellules mastoïdes et de l'antre.

#### A. — CHEZ LES ADULTES

Il n'y a pas d'otite aiguë suppurative sans participation plus ou moins étendue des cellules mastoïdiennes à l'inflammation, et souvent aussi à la suppuration.

L'antre s'ouvre en haut de la paroi postérieure de la caisse; mais cet orifice de communication (*aditus ad antrum*) est souvent étroit ou rétréci par les lésions morbides, ou même il est oblitéré par des fongosités ou par une néo-membrane (otorrhée).

Le pus intra-mastoïdien peut se trouver totalement isolé de la cavité tympanique; il l'est déjà partout dans l'enceinte mastoïde; c'est un foyer infectieux intra-osseux qui s'est cons-

titué là. On l'aborde par la paroi accessible, au niveau de la région mastoïde et du conduit auditif.

L'antre est la grande cellule intérieure qui s'ouvre dans la caisse, et on doit aller jusqu'à elle pour détruire le foyer infectieux.

Au cours de notre étude, nous avons déjà successivement donné quelques-unes des indications de l'ouverture des cellules mastoïdiennes et de l'antre.

Je les résume d'après Schwartze.

Cette opération est indiquée :

1° Dans l'otite suppurative avec mastoïdite, qu'il y ait ou non abcès extra-mastoïdien.

2° Quand l'abcès mastoïde s'est déjà ouvert, offre une fistule permanente, s'il y a des séquestres inclus, ou des retours offensifs d'infections nouvelles.

3° Quand il y a disparition de l'écoulement purulent, avec signes sérieux de rétention, même sans signes de mastoïdite apparents; de même dans le cholestéatome.

4° Dans certaines douleurs rebelles et graves à foyer mastoïdien, chez d'anciens otorrhéiques.

5° Dans le cas d'otorrhée fétide, interminable, même sans aucun signe de rétention ou d'inflammation mastoïde.

Nous avons dit plus haut que l'abcès sous-périostique coïncide avec l'abcès intra-mastoïde : indication sérieuse.

L'absence de signes locaux sur la région mastoïde n'est pas une contre-indication, s'il y a des signes généraux intenses et la douleur vive à la pression sur la mastoïde.

La température atteignant brusquement 40°, 41° doit faire craindre l'extension de l'infection du foyer mastoïde aux gros vaisseaux, à la méninge, etc., et opérer.

Le délire, le méningisme, au déclin d'une scarlatine, d'une fièvre grave avec et même sans suppuration de l'oreille, doit faire supposer un abcès mastoïde, et ouvrir les cellules et l'antre, même au huitième jour de l'otite, à plus forte raison plus tard. Il y a une anémie par otorrhée; toxémie, que l'opération guérit.

Quand la suppuration dure depuis deux, trois, quatre semaines sans diminuer, même s'il s'écoule facilement par la trompe et par la perforation tympanique, un frisson intense, prolongé, avec altération des traits, sueurs profuses, température à 41° et plus, même sans changement d'aspect de l'apophyse mastoïde, doivent faire reconnaître un début d'infection purulente, l'extension aux vaisseaux, etc. On ouvrira l'antre et les cellules sans tarder; ce n'est plus là de l'otite, c'est de la pyoémie; si le foyer inclus n'est pas curetté, aseptisé et drainé rapidement, c'est la mort.

C'est l'opinion de tous les maîtres, Duplay, Zaufal, Politzer, Schwartz, etc., et la guérison est d'autant plus assurée que l'opération est moins tardive, c'est-à-dire qu'on n'a pas laissé l'infection microbienne s'étendre et envahir les méninges et les gros sinus de la base du crâne.

Pour la technique de l'opération et le choix des méthodes d'ouverture des cavités auriculaires, je renvoie aux traités spéciaux, aux leçons de Duplay, et aux mémoires de Küster, de Stacke, de Zaufal, de Schwartz, de von Bergmann, de Politzer, de Chatelier, de Gellé, de Luc, de Broca et Lubet-Barbon, et au livre de Lermoyez, etc.

#### B. — OUVERTURE DE L'ANTRE MASTOÏDE CHEZ LES ENFANTS

Ce n'est point le lieu d'exposer, avec les détails qu'elles exigent, les graves complications des suppurations otiques et mastoïdiennes; je renvoie à l'excellent travail d'Albert Robin<sup>1</sup>. J'appelle l'attention sur l'absence de cellules mastoïdes dans le jeune âge, et sur l'existence d'une seule grande cellule aérienne communiquant largement avec la caisse en haut et en arrière, et pouvant facilement y vider son contenu. Cette cavité, ce *diverticulum* est envahi par l'otite et suppure avec la cavité tympanique. Le grand danger ici, c'est la minceur du *tegmen tympani*, et les larges communications vasculaires avec les méninges; aussi la symptomatologie est-elle cérébrale, d'allure méningi-

1. ALBERT ROBIN. — Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif, 1883.

tique, même sans méningite; aussi est-ce surtout là la complication redoutable, car l'otite avec ostéo-périostite ne donne lieu à aucun abcès intra-mastoïdien, puisque les cellules manquent.

Cette grande cellule mastoïdienne des enfants répond immédiatement au-dessus et en arrière du cadre tympanal. C'est à ce point qu'on devra l'ouvrir en cas de rétention du pus.

Chez les tout jeunes enfants (1 an), une simple lamelle la couvre du côté extérieur; avec l'âge, peu à peu le *diverticulum* devient plus profond par le développement de l'apophyse mastoïde et du conduit auditif osseux (6 ans).

On trouve dans l'oreille moyenne des nouveau-nés et des fœtus nés avant terme des suppurations avec perforations tympaniques, fusées purulentes sous-périostiques temporales ou sous-dure-mériennes, et des caries diverses de siège et d'étendue, qui expliquent les surdités dites congénitales et les suppurations otiques, paralysies faciales, etc., des premiers jours de la vie (Wreden, Netter, Gellé, Brouardel, Lannois, etc.).

#### C. — AMAS CASÉUX — TUMEURS PERLÉES CHOLESTÉATOMES

Quand il existe des amas caséux dans l'attique, l'eau oxygénée en bains, les détache, les divise, et on peut, après un certain temps, les enlever, avec la curette mousse ou tranchante; on peut, s'ils résistent, les dissoudre avec les solutions de *bicarbonate de soude*, de *carbonate de potasse* tièdes.

On modifie ensuite la surface dénudée avec les astringents et les antiseptiques.

Les « tumeurs perlées », les cholestéatomes, exigent un traitement plus sérieux, et, suivant leur siège et les complications, des interventions importantes. Les cholestéatomes, constitués par des amas de cellules épidermiques tassées, solidifiées en couches concentriques, où l'on trouve aussi de la cholestérine, ont un aspect nacré, perlé (Cruveilhier) et sont souvent enkystés. Ils entretiennent une otorrhée interminable et doivent être enlevés, les superficiels par le grattage et le cu-

rettage suivis d'applications de *teinture d'iode*, de *chloratè de potasse*, etc.; quand leur volume est grand, que les tumeurs ont envahi et menacent les organes voisins, on les extirpe par un *Stacke* suivi d'une ouverture de l'attique à travers le mur de la logette; on gratte, on curette, on enlève la membrane kystique s'il est possible; on laisse la plaie à ciel ouvert pour surveiller les récidives assez fréquentes.

## VIII

## Conclusions.

Il est évident, à la lecture de cet exposé de la thérapeutique des affections de l'oreille moyenne, qu'elle est surtout chirurgicale.

Elle s'adresse à des états anatomo-pathologiques, résultats des maladies, dépôts, lésions qu'elle enlève, déformations qu'elle essaie de modifier, obstacles à la conduction qu'elle tend à supprimer, foyers d'infections qu'elle ouvre et détruit, etc.

En thèse générale, les lésions de l'oreille moyenne aboutissent toutes à l'enfoncement, au relâchement des membranes et des jointures, à l'invagination des parties de l'appareil transmetteur, à l'occlusion des orifices de passage du courant vibratoire, et, en dernier lieu, à la compression du labyrinthe. Avec le temps, à ces altérations succède la sclérose, qui fixe les déplacements, les rend immuables, et enserre l'oreille interne dans une coque osseuse, inextensible.

Toute la pathogénie des troubles auditifs est là, dans cet état d'incarcération du nerf consécutif, amendable au début, irréparable à la fin.

Si la plupart des opérations de chirurgie auriculaire précédemment décrites réussissent à améliorer la surdité dans la phase plastique, hypertrophique de l'affection chronique, il faut avouer qu'elles ne peuvent soulager le plus souvent que les bruits subjectifs, les vertiges, et autres excitations labyrinthiques, quand la sclérose a tout envahi; mais ce sont là les symptômes dont les sourds se plaignent le plus.

## CHAPITRE XII

TRAITEMENT DE L'OBSTRUCTION  
DES TROMPES D'EUSTACHE

PAR

F. LUBET-BARBON

Ex-interne des hôpitaux de Paris.

I..

## Considérations générales.

Normalement l'air circule librement du pharynx dans la caisse par la voie tubaire. Lorsque la trompe est obstruée, l'air isolé dans la caisse se raréfie, la membrane s'enfonce, et il s'ensuit divers symptômes qui sont liés à l'obstruction tubaire. Le traitement consiste à forcer cette obstruction et à faire pénétrer l'air dans la caisse. Toutefois l'opérateur qui se contenterait de cet expédient ne ferait qu'une besogne incomplète et provisoire, attendu que la surdité qui résulte de l'obstruction de l'une ou des deux trompes n'est le plus souvent que le résultat d'une affection siégeant dans le naso-pharynx, et par suite c'est de ce côté que le traitement devra être dirigé en vue d'une guérison définitive.