

*Observation III.* — D... Ecoulement de l'oreille droite depuis l'âge de 6 ans.

Large perforation rétromartellaire avec petit polype au-dessous du bord supérieur de la perforation. — Montre au contact.

7 août 1895. — Après deux incisions parallèles au manche du marteau, nous saisissons et nous ramenons le marteau avec une pince : le col de l'osselet présente des lésions de carie assez avancées (petites excavations); pas d'enclume; grattage à la curette des parties accessibles de la caisse et surtout de la paroi labyrinthique.

Au réveil, paralysie faciale.

Cette paralysie nous a plus occupé que l'oreille. Elle a été complète.

A la sortie du malade, le 13 octobre 1895, l'oreille moyenne avait des parois roses et lisses. Le suintement était insignifiant; mais la paralysie faciale persistait.

*Observation IV.* — D... Eugène, 23 ans. Ecoulement de l'oreille gauche depuis le 20 mai 1895.

Large perforation antérieure limitée en arrière par le manche très raccourci du marteau. Polype dans l'angle postéro-supérieur de la perforation.

Le polype est enlevé le 16 octobre 1896. Douleurs continues de la tête et de l'oreille gauche pendant six heures. Quelques battements auriculaires pendant la nuit.

Le 22 octobre, le polype reparaisant, extraction des osselets. Le marteau a été très difficile à saisir à cause du raccourcissement de son manche qui n'a guère plus d'un millimètre : la tête et le col ne présentent aucune altération. Le corps de l'enclume paraît normal; sa longue branche est renflée en massue et sa courte apophyse est érodée. Pas de douleurs vives pendant l'intervention.

Un quart d'heure après le pansement, quand la cocaïnisation eut épuisé son effet, douleur très vive dans le fond de l'oreille. Elle a duré jusqu'à 10 heures du soir. Vers minuit, douleur dans les yeux, gêne notable de la mastication.

Le 23 octobre, plus de douleurs. Le pansement est souillé de sang à l'extérieur, mais les parois du conduit auditif ne sont pas tuméfiées et le fond de la caisse est très net.

26 octobre, quelques élancements assez vifs dans le fond de l'oreille pendant les dernières quarante-huit heures où le pansement n'a pas été fait. Les tampons superficiels sont encore imprégnés de sang desséché, ce qui explique probablement la petite douleur. Le tampon profond a une mauvaise odeur. Le fond de la caisse est douloureux à la pression du stylet. A l'examen otoscopique, la muqueuse labyrinthique

est épaissie et rouge; les débris de la membrane du tympan forment également un bourrelet très injecté. Pansements à la glycérine phéniquée.

3 novembre, les douleurs et la tuméfaction de la muqueuse ont disparu.

30 novembre, tout écoulement a cessé.

30 décembre (jour de la sortie), sécheresse complète de la caisse. Le cadre tympanal est net. Le bord inférieur de la paroi externe de l'attique se présente comme une arête régulière. Le fond de la caisse est brillant, nacré, avec plusieurs points très réfringents. La paroi labyrinthique est dure au toucher du stylet.

*Observation V.* — M... 19 ans, soldat au 74<sup>e</sup> de ligne. Otorrhée post-rubéolique de l'oreille droite depuis l'âge de 6 ans.

Perforation postérieure du tympan assez large pour laisser voir des fongosités sur la paroi labyrinthique. L'écoulement de pus se reproduit sous les yeux après tamponnement. Petit polype au-dessous du bord supérieur de la perforation du tympan. Montre à 0<sup>m</sup>20.

21 août 1895, ablation du marteau et de l'enclume sans difficulté.

23 août, réfection du pansement, aucune douleur. Les tampons sont imprégnés de sang. Au fond du conduit, mélange de sérosité et de sang, sensibilité du fond de l'oreille.

25 septembre, date de sortie. Aucun suintement, aucune douleur, montre à 0<sup>m</sup>15.

Le malade se présente à nous le 23 juin 1896. Il nous déclare avoir eu quelques sifflements huit jours après sa sortie de l'hôpital; mais dans la suite, il n'a plus rien senti.

Jamais d'écoulement. N'est pas gêné pour l'audition, entend à 5 centimètres une montre que l'oreille saine entend à 4 mètres.

La paroi interne de la caisse a un aspect blanchâtre, cicatriciel, avec de petites traînées rouges verticales et des points brillants très réfringents. On distingue la branche inférieure de l'étrier.

Au niveau des anciennes attaches du tympan, on voit en haut et en avant une petite saillie arrondie, et en bas un fragment de la membrane gris et un peu translucide incliné vers la paroi interne de la caisse.

#### D. — Du traitement des ostéites pariétales.

Les ostéites pariétales exigent une intervention directe : il faut abraser ou réséquer les fongosités et les parties osseuses mortifiées qui entretiennent la suppuration et exposent aux complications

périauriculaires ou endocrâniennes. Pour cela, les lésions sont divisibles en trois groupes :

- a) Celles qui sont accessibles par les voies naturelles ;
- b) Celles qui nécessitent l'ouverture de l'antre ou cul-de-sac postérieur du recessus épitympanique (antrotomie) ;
- c) Celles qui réclament l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne (attico-antrotomie) ;

C'est, à notre avis, la plus simple classification des moyens thérapeutiques applicables aux ostéites pariétales.

I. — La voie du conduit auditif n'est suffisante que dans un très petit nombre de circonstances ; car c'est plus souvent l'intérieur que l'entrée de la caisse qui est malade.

Cependant, on traite avec succès, par le conduit auditif, les périostites du mur de la logette, quelques cas de carie du même mur ou de carie du massif osseux du facial, quelques caries du recessus hypotympanique et le plus grand nombre des nécroses du labyrinthe.

Les périostites du mur de la logette et de la paroi supérieure du conduit auditif étant très douloureuses, il faut insister sur les irrigations chaudes et l'enveloppement de l'oreille sous un pansement humide. Il n'y a aucun inconvénient à faire une incision antéro-postérieure des parties molles de la région murale avant la formation du pus et dès que la tuméfaction est assez marquée pour ne pas laisser douter du diagnostic. L'incision est antiphlogistique et surtout anesthésique. Après la formation de l'abcès sous-périosté, le débridement du périoste est de rigueur : un bistouri très étroit peut suffire ; mais comme on ne peut drainer l'incision et que les lèvres de la plaie ont tendance à se refermer, le galvano-cautère est préférable à l'instrument tranchant. Le fond de l'oreille est pansé avec des tampons imprégnés de glycérine phéniquée. La paracentèse du tympan est un complément nécessaire du traitement et dérive le pus qui ne peut passer que par la fistule de l'abcès pariétal, si le tympan n'est pas ouvert.

Y a-t-il ostéite murale, le traitement peut encore se faire par le conduit, si l'infiltration osseuse n'a produit qu'un effritement de la margelle tympanique ou une perforation centrale de la paroi.

L'érosion du bord coïncide d'ordinaire avec une ulcération de la membrane de Shrapnell dont elle augmente les dimensions, et le traitement de la carie devient complémentaire de celui de la perforation : en même temps qu'on irrigue l'attique et qu'on fait des pansements antiseptiques, on gratte avec une petite curette le tissu osseux, fongueux et carié, jusqu'à ce qu'on arrive sur des parties résistantes et on touche la surface ainsi avivée avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. Si la marche de l'affection impose l'extraction des osselets, on termine l'opération par le même curettage.

On gratte et on cautérise également la lésion osseuse, quand elle siège au milieu du mur de la logette. Mais comme alors, l'affection coïncide, au dire de Gellé, avec une syphilis héréditaire ou acquise, il y a lieu de prescrire en même temps un traitement général mercuriel et ioduré. Ce n'est que dans les cas de carie étendue de la paroi externe de l'attique ou de lésions graves simultanées de la cavité de l'attique qu'il faut renoncer au traitement conservateur, et recourir à l'ouverture large de la caisse.

Le traitement local des caries du massif osseux du facial est tout au plus admissible dans les cas où la lésion se traduit au dehors par une tuméfaction, un polype, une fistule ou un séquestre de la paroi postérieure du conduit auditif. La guérison d'un certain nombre de paralysies faciales a été en effet obtenue par l'ablation d'un polype ou d'un séquestre prudemment pratiquée, et par la cessation de la compression ou de la rétention de pus. Mais, on n'a fait disparaître que les phénomènes parétiques ; le noyau de carie profonde, cause de la paralysie, continuait de subsister ; et une poussée infectieuse nouvelle était susceptible de ramener les accidents de paralysie. Dans ces conditions, il faut reconnaître que la cure radicale des caries du massif osseux du facial n'est possible qu'en s'attaquant au foyer de la carie ; et le foyer n'est accessible qu'à travers la région mastoïdienne, que la lésion soit mastoïdienne ou auriculaire.

On peut traiter avec succès par la voie du conduit auditif quelques caries du recessus hypotympanique. C'est toujours le même

principe : gratter la région suspecte avec une curette, et lorsqu'on a extrait les fongosités et les aiguilles osseuses, toucher la surface nettoyée avec un petit tampon d'ouate imprégnée d'une solution de chlorure de zinc. Le grattage doit être fait avec prudence pour ne pas perforer la paroi et blesser le golfe de la jugulaire interne. A cet égard, Kretschmann recommande sa petite curette qui se recourbe très facilement et agit sans violence. Hessler a objecté qu'il y avait aussi danger de déterminer une paralysie faciale. Le fait ne s'est pas réalisé à notre connaissance. On doit plutôt craindre une reproduction des fongosités, soit que l'opération ait été incomplète, soit que la réinfection du foyer ait lieu. Vu le voisinage de la jugulaire interne, on est autorisé, en cas d'échec du traitement par les voies naturelles, à proposer aux malades une de ces interventions radicales que nous exposerons plus loin.

La plupart des guérisons de carie ou de nécrose du labyrinthe ont été obtenues sans intervention chirurgicale. L'ostéite de la pointe du promontoire se traite par un coup de curette et une cautérisation avec un petit tampon trempé dans une solution de chlorure de zinc au 1/10. La nécrose partielle ou totale du labyrinthe ne réclame que des précautions antiseptiques, tant que le séquestre n'est pas détaché. On enlève les fongosités au fur et à mesure de leur production et on draine la suppuration pour permettre au malade d'atteindre sans accidents la fin de l'évolution spontanée de l'ostéite et le moment de l'élimination du séquestre.

Dès que la portion d'os mortifiée est détachée, on l'enlève. Les plus petits séquestres peuvent être entraînés par le courant des injections. De plus gros ont besoin d'être amenés au dehors avec une pince. Quelques-uns doivent être fragmentés pour ne pas érailler les parois du conduit auditif. Enfin, il y en a dont l'extraction serait difficile ou dangereuse à travers la lumière du conduit auditif membraneux. Il ne faut pas hésiter dans ce dernier cas à détacher le pavillon de l'oreille, — ce qui ne change guère les conditions d'intervention par les voies naturelles — et à morceler le séquestre avec de forts ciseaux. Un bel exemple d'une semblable intervention est consigné dans la thèse de Bec (loc. citato). L'opération a été faite par le Dr Rochet, chirurgien de l'Antiquaille de

Lyon La malade, une fillette de 15 ans, avait un écoulement de l'oreille gauche, remontant à l'âge de 5 ans. Cette oreille était remplie de végétations polypeuses. Le conduit auditif externe était très étroit, ulcéré par places, surtout vers le fond et en haut ; otorrhée abondante, paralysie faciale périphérique. Dans une première séance, ablation de nombreux polypes, extraction de deux petits séquestres par le conduit auditif. L'un d'eux est aplati, lamelliforme, d'une surface d'un quart de centimètre carré environ et paraît être un fragment de la paroi de la caisse. L'autre, un peu plus volumineux, est trop irrégulier pour qu'on puisse savoir ce qu'il représente.

Quelques jours plus tard, on sent au fond du conduit un gros séquestre facilement mobilisable avec un stylet, mais impossible à extraire avec la pince. La malade est anesthésiée. Rochet détache le pavillon par le procédé ordinaire et arrive facilement sur le séquestre renfermé dans la caisse. Il l'enlève avec une pince, et extrait deux autres petits séquestres avec une curette. Il a alors la sensation qu'il est dans une vaste cavité, limitée de toutes parts par du tissu osseux résistant. Le promontoire a complètement disparu, ainsi que les parties plus profondément enlevées qui sont très irrégulières, anfractueuses, plus ou moins aplaties et mesurant 5 à 8 millimètres dans leurs plus grandes dimensions.

La malade était encore en traitement quand l'observation a été publiée.

Après l'adoption de la méthode de Stacke, les chirurgiens ne pouvaient manquer d'en faire l'application à la guérison des nécroses labyrinthiques. Ils y étaient d'autant mieux autorisés qu'il existe des faits cliniques d'élimination spontanée d'un séquestre labyrinthique par l'apophyse. Il y a même des cas déjà anciens de séquestrotomie chirurgicale par la mastoïde, plus accidentelle il est vrai, que délibérément accomplie. Lorsque Pye (Lancet, 1885) fit sortir par la mastoïde tout le labyrinthe séquestré, ce fut une surprise pour lui. Il croyait traiter une suppuration chronique du processus mastoïdien.

Mais on ne doit pas oublier que le labyrinthe est formé d'un tissu osseux compact et qu'il renferme le nerf facial et les éléments

de l'oreille interne. On n'a le droit d'en réséquer que juste la portion nécrosée. Or, le mieux est d'attendre la formation du sillon d'élimination. Ceci revient à dire que, quels que soient les avantages de nos procédés opératoires nouveaux, la plus sage thérapeutique consiste à mettre le malade dans les meilleures conditions pour parfaire le détachement de son séquestre et à intervenir seulement en vue de l'extraction. C'est s'exposer à augmenter les troubles fonctionnels consécutifs à une nécrose du labyrinthe que de vouloir abrégé la durée de la suppuration par une exérèse osseuse, ou tout au moins à ne pas faire œuvre utile. On peut citer des échecs opératoires manifestes où l'action de l'instrument du chirurgien est restée en deçà de ce que la nature avait condamné à l'élimination. Par exemple, Harry Friedenwald (New-York Med. Jour., 22 février 1895) a fait dans un cas de nécrose labyrinthique une exentération aussi étendue que possible de l'oreille. La suppuration n'a pas diminué. Il a fallu continuer pendant trois ans et demi les pansements et les irrigations à travers le trajet fistuleux. Un jour le séquestre labyrinthique, qui avait résisté à de nombreuses tentatives d'extraction, a fini par s'éliminer spontanément, et l'otorrhée a cessé.

II. *Antrotomie*. — On ne comprendra peut-être pas que nous admettions aujourd'hui qu'il y ait des lésions d'otite moyenne purulente prolongée susceptibles d'être traitées par l'antrotomie.

Cependant, avant 1889, l'antrotomie était placée au dernier rang de nos moyens thérapeutiques.

Scwhartzé préconisait l'antrotomie comme un mode excellent de drainage et la recommandait dans les suppurations sanieuses inguérissables de l'oreille moyenne où l'odeur fétide, pénétrante et opiniâtre du pus, persiste en dépit du lavage et de la désinfection la plus minutieuse par le conduit auditif et la trompe de Fallope.

On maintenait ainsi à l'extrémité postérieure et déclive du canal attico-antral une ouverture qui s'opposait à la stagnation du pus et facilitait le lavage de l'oreille moyenne dans toute sa longueur.

Aujourd'hui, l'antrotomie est oubliée ; elle a cédé la place à sa cadette l'attico-antrotomie. Il n'est plus question du drainage des cavités de l'oreille moyenne. On en fait l'ouverture large pour aller

attaquer directement la lésion à laquelle le drainage laissait autrefois le temps de se réparer spontanément.

Nous reconnaissons que l'antrotomie n'est pas justifiée dans les vieilles otorrhées qui datent de 20 à 30 ans. Tout le recessus épitympanique est alors altéré, et ne faire qu'une petite ouverture derrière l'oreille, c'est s'exposer à voir se produire une fistule interminable ou la persistance de l'écoulement après la fermeture de la plaie rétro-auriculaire.

Mais on pourrait donner à l'antrotomie un rang honorable dans le traitement des otorrhées, si l'on modifiait notre thérapeutique classique des écoulements de l'oreille. L'antrotomie est un mode de drainage qui devrait être appliqué, suivant nous, chaque fois qu'une suppuration de l'oreille ne cesse pas spontanément, après traitement convenable, dans les trois ou quatre mois qui suivent son début. Alors on pourrait faire la désinfection de tout le recessus épitympanique avant que la fibro-muqueuse ne soit devenue fongueuse et que les os n'aient été eux-mêmes infiltrés. Duplay avait placé l'abondance de la suppuration au nombre des indications de l'ouverture de l'antre. Il aurait fallu y mettre aussi la persistance de l'écoulement, dans la période aiguë. L'oreille est la seule cavité dans laquelle nous laissons la suppuration se prolonger sans lui opposer d'emblée le rationnel drainage ; et cela, il faut bien le dire, parce que l'anatomie de l'oreille moyenne est généralement mal comprise : on se refuse à considérer l'antre comme un cul-de-sac de la caisse et on croit que le pus venant de l'attique trouve un débouché suffisant dans la perforation tympanique. Le traitement des otites moyennes aiguës devrait être ainsi formulé : pansements antiseptiques d'abord ; et après trois ou quatre mois, antrotomie, si la suppuration continue ; antrotomie, pour drainer l'attique, empêcher la rétention du pus dans l'antre et modifier la surface de la muqueuse. A ce compte seulement, on verra disparaître les vieilles otorrhées qui datent de 20 et 30 ans et qui finissent toujours par causer une complication péri-auriculaire. Nous nous permettrons encore une comparaison — car nous voudrions faire ressortir l'insuffisance actuelle de nos moyens préventifs de l'otite chronique — dans un cas d'inflammation suppurée d'une bourse séreuse, la guérison est rapide-

ment obtenue par l'ouverture et le drainage de la poche. Mais si on laisse l'abcès se vider par un étroit trajet fistuleux, les parois de la cavité s'épaississent, s'indurent; et un moment arrive où la guérison n'est possible qu'après extirpation de la poche.

L'antrotomie que nous décrivons avec l'attico-antrotomie est une opération bien plus facile que l'ouverture combinée de l'antre et de l'attique. Les pansements ne sont pas douloureux. Le conduit auditif est maintenu en place et la cicatrisation se fait sans autoplastie.

Nous n'avons à citer qu'une observation d'antrotomie faite dans les conditions dont nous venons de parler, pour tarir un écoulement de l'oreille qui durait depuis trois mois et qui importunait le malade. Le tympan était pourtant largement perforé. Mais en moins de deux mois la guérison de la plaie rétroauriculaire et celle de l'oreille ont été complètes.

III. — *Ouverture large des cavités de l'oreille moyenne ou attico-antrotomie.* — Reprenons les coupes schématiques de l'oreille moyenne pour comprendre les caractères de l'attico-antrotomie. Dans une coupe vertico-transversale, l'oreille moyenne donne

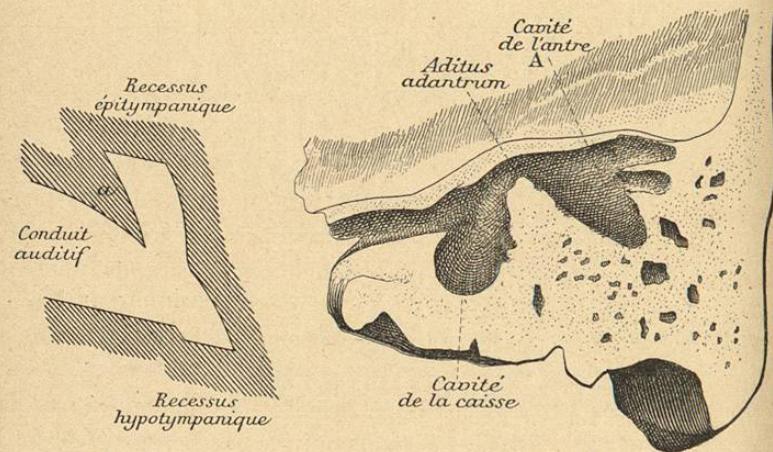


Fig. 55.

Coupe schématique vertico-transversale de la caisse.

Fig. 56.

Coupe suivant l'axe du rocher passant par la caisse, l'apophyse mastoïde et l'antre.

l'image d'une cavité aux bords repliés vers le centre (fig. 55). Dans

une coupe antéro-postérieure, elle représente deux larges cavités réunies par un col étroit (fig. 56). On ne peut aborder directement ni la région de l'oreille moyenne située au-dessus de la partie osseuse de la paroi externe (fig. 55), ni la région placée au delà du col (A. fig. 56). Ce sont des anfractuosités où les germes septiques se développent librement.

Mais si l'on abrase la paroi externe de l'attique (a fig. 55), on a devant ses yeux toute la hauteur de la paroi labyrinthique depuis le recessus hypo-tympanique jusqu'au plancher du crâne (fig. 57).

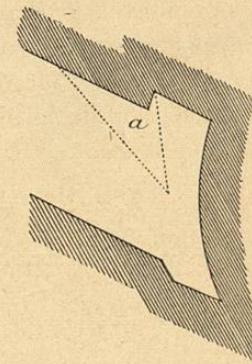


Fig. 57.

La cavité de l'attique après abrasion du mur de la logette (a).

De plus, si, après l'ouverture de l'antre, on résèque la paroi postérieure du conduit auditif externe, on fait communiquer largement entre elles les cavités de la caisse et de l'antre (fig. 58). En fin de compte, et pour passer du schéma à la pratique, quand les deux opérations précédentes sont terminées, on obtient la fig. 59. Tout le recessus épitympanique a disparu, et est transformé en une cavité unique.

Celle-ci est limitée en haut par la paroi crânienne, en bas par le plancher de la caisse, en avant par la paroi antérieure de la caisse et l'ouverture de la trompe d'Eustache, en arrière par le pourtour de l'antre; et on voit sur sa face interne le relief du massif osseux du facial qui va du labyrinthe au conduit auditif et qui laisse subsister en partie le rétrécissement de l'aditus. Toute la base