

Nous voulons bien admettre que l'état s'est amélioré plus tard et même que la guérison a fini par se produire ; mais il ne faut pas oublier que le but de l'antro-atticotomie est de supprimer le foyer d'infection sous-crânien, susceptible de provoquer d'irréremédiables complications ; et que si l'intervention chirurgicale n'est pas suivie d'un prompt succès, elle peut aller à l'encontre du but qu'on se propose.

Bien que les statistiques précédentes empruntées aux opérateurs les plus expérimentés fournissent des résultats analogues, nous nous sommes demandé si les otologistes français, pouvant concevoir l'opération ou le traitement consécutif autrement que Stacke, ses disciples et ses compatriotes, avaient obtenu un pourcentage de guérisons différent de celui des chirurgiens allemands. Lubet-Barbon et Broca ont fait connaître une partie de leur statistique dans leur ouvrage sur « Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement » (page 222). Ils continuent de faire l'opération telle que Stacke l'avait comprise et exposée. Ils détachent le pavillon de l'oreille, enlèvent les osselets et abattent le mur de la logette. Ils s'en tiennent là et n'ouvrent pas l'antre si l'examen de l'aditus et l'exploration de l'antre n'indiquent pas des lésions de cette dernière cavité. Ils ne pratiquent l'ouverture totale des cavités de l'oreille moyenne qu'après avoir reconnu de l'ostéite ou des fongosités des parois antrales. « En principe, disent-ils, une opération chirurgicale n'est bonne que lorsqu'elle part du connu pour aboutir au possible. Il est vicieux, au contraire, de prendre comme point de départ une conséquence possible, probable même, d'une lésion connue qui devient ainsi le point d'arrivée. Cette seconde méthode n'est recommandable que si la première est impraticable. »

Lubet-Barbon et Broca se sont bornés quatre fois à ouvrir l'attique, et ont obtenu la guérison de leurs malades en un mois et demi, dix mois, quatre mois et un mois. Ils ont ouvert sept fois l'attique et l'antre pour suppuration chronique de la caisse ; et ne font connaître que deux guérisons complètes. Un malade est mort d'un abcès cérébral antérieur à l'intervention. Les quatre autres conservaient, au moment de la publication de la statistique, des cavités rétroauriculaires suppurant plus ou moins.

Nous avons été surpris de voir Lubet-Barbon et Broca partisans de l'ouverture de l'attique avec conservation de la cavité antrale et de son col. Stacke, qui avait en effet proposé le dédoublement de l'attico-antrotomie, et qui n'ouvrait l'antre après l'attique qu'autant que l'antre était manifestement altéré, Stacke reconnaît n'avoir pu que deux fois, sur 33 cas, s'en tenir à la simple ouverture de l'attique, sans ouverture de l'antre ; et encore dut-il une fois se repentir de sa réserve ; car l'infection de l'apophyse nécessita ultérieurement une intervention spéciale. Et dans la pratique de Lubet-Barbon et Broca, nous trouvons également l'observation d'une fille de quinze ans opérée d'une simple atticotomie le 21 avril 1894. L'aditus avait paru sain au cours de l'opération. Mais des douleurs surviennent dans l'apophyse, *qui est trépanée le 1<sup>er</sup> juillet 1894.*

L'abrasion du mur de la logette ne nous semble pas avoir d'indications ; et nous croyons qu'on peut poser ce dilemme : ou les lésions de l'attique ne sont pas très avancées ; et on en peut obtenir la guérison par l'ablation des osselets et des irrigations ascendantes — ou l'attique présente des fongosités, des sécrétions grasses, de l'ostéite, et alors tout l'étage supérieur de la caisse est pris, ce qui nécessite l'ouverture totale du recessus épitympanique.

Ajoutons que l'atticotomie seule a le grave inconvénient d'exposer au rétrécissement du conduit auditif, quand elle réussit — et a l'inconvénient plus grave encore d'échouer souvent.

Nous avons pratiqué deux fois cette opération et nous n'avons pas eu à nous louer des résultats obtenus.

Moure a publié le compte-rendu de sa pratique dans un mémoire sur « l'ouverture large de la caisse et de ses annexes » (Octave Doin, éditeur, Paris, 1897). Dix-neuf observations y sont analysées un peu trop succinctement, nous devons le dire ; et le mot guérison résume trop souvent le résultat définitif de l'opération. Nous trouvons six fois la mention de la guérison complète sans indication précise de l'époque à laquelle elle a été obtenue. Deux fois, le résultat a été incertain. Un malade était encore en traitement au moment de la rédaction du mémoire. Les autres ont guéri en un mois et demi, 1 ; deux mois, 4 ; deux mois et demi, 2 ; trois mois, 2 ; quatre mois, 1 ; cinq mois, 1. Un opéré

n'était pas guéri 15 mois après l'intervention. — La paralysie faciale a été très fréquente. Elle a été six fois consécutive à l'opération et trois fois, elle existait avant l'opération. La paralysie post opératoire a été trois fois immédiate et complète. Les autres fois, il y a eu seulement un peu de parésie, avec douleurs au niveau du trou stylo-mastoïdien ; et dans un cas, trismus unilatéral. La paralysie a persisté chez un seul malade. Nous trouvons pour les autres : une disparition de la paralysie le 40<sup>e</sup> jour, une abolition de l'excitation faradique et une réaction de dégénérescence qui n'ont cessé qu'après deux mois, une guérison totale en 45 jours, une persistance de la paralysie sans modification pendant trois mois (l'électricité ne donnait aucune contraction). Les paralysies antérieures à l'opération ont disparu totalement dans deux cas. Nous ajouterons que les malades de Moure n'ont été opérés qu'après échec d'un traitement antérieur prolongé ou quand d'abondantes fongosités, l'émission de débris cholestéatomateux ou la paralysie faciale ne laissaient aucun doute sur les altérations étendues et profondes du recessus épitympanique.

Encore quand les opérateurs mentionnent un heureux résultat, faudrait-il savoir ce qu'ils entendent par résultat heureux. *Le but n'est réalisé que si les deux lèvres de la plaie rétro-auriculaire se sont soudées et si du méat au rocher, de l'antra à la trompe d'Eustache, de la paroi crânienne au recessus hypotympanique, toute la cavité est recouverte d'un épiderme solide, brillant et fortement réfringent.*

Combien de fois cette guérison reste-t-elle incomplète ?

La néo-membrane de revêtement est parfois soumise à des poussées eczémateuses ; de petits abcès sous-épidermiques se forment de temps en temps qui proviennent d'un foyer de carie incomplètement éteint ; et il peut y avoir élimination d'un petit séquestre. Les récidives de suppuration sont à craindre tant qu'il reste un point osseux dénudé.

Enfin, si nous en croyons ce que nous avons vu, la réparation est souvent irrégulière. Au lieu d'avoir une cavité auriculaire tronconique dont la base est au rocher et le sommet au méat, on trouve souvent le conduit auditif déjeté en avant ; ses deux parois

antérieure et postérieure accolées ; et en arrière une excavation, recouverte d'épiderme et dans laquelle on peut mettre le doigt. Ou bien, la plaie rétroauriculaire s'est incomplètement fermée ; et la paroi postérieure du conduit auditif passe comme un pont au-dessus de l'antra élargi.

Parlerons-nous de l'influence de l'exentération de l'oreille moyenne sur la fonction de l'organe ? Elle est perdue le plus souvent, quelquefois maintenue à son taux antérieur, exceptionnellement relevée. Il ne faut pas tenir compte des exceptions ; et en principe, c'est avec la réserve de la perte de l'audition que l'opération doit être proposée au malade.

Nous venons d'essayer d'établir, sans parti pris, la valeur de l'attico-antrotomie. Nous n'avons pas hésité à faire ressortir les difficultés de la technique opératoire, la nécessité de soins prolongés et les fréquents retards de la guérison définitive. Mais les succès doivent être opposés aux revers ; et c'est un véritable progrès chirurgical de pouvoir transformer en une surface épidermique une cavité anfractueuse suppurante, dont l'infection était au-dessus de notre atteinte et qui menaçait la vie du malade.

Une récente communication de Lubet-Barbon à la Société d'otologie de Paris (voir Arch. intern. otol., 1896, p. 631), contient l'histoire clinique de 15 trépanés de l'antra et de la caisse guéris depuis six mois au moins. On voit qu'il ne s'agit plus ici des rapports entre les échecs et les succès opératoires. Lubet-Barbon a posé et résolu les deux questions suivantes : quel est l'état définitif d'un trépané guéri ? — Combien a-t-il mis de temps à guérir ? Chez le plus grand nombre des opérés que nous évaluerons à dix (car les observations annexées au mémoire ne permettent pas de se rendre compte exactement du résultat), la guérison a été complète et parfaite. Nous supposons que cela veut dire, comme Lubet-Barbon l'explique dans le texte de sa communication, que les deux lèvres de la plaie postérieure s'étaient réunies et que les cavités de l'oreille étaient transformées en une seule cavité évasée en entonnoir et dont on pouvait inspecter facilement tous les points à l'examen otoscopique. Trois autres malades conservaient en arrière du pavillon un orifice plus ou moins grand aboutissant dans la cavité creusée aux dépens de l'apophyse et de

la caisse. Un enfant de 13 ans était encore en traitement ; un autre de 12 ans avait une granulation sur la paroi interne.

Quant à la durée du traitement, elle a été de six mois, dix-huit mois, vingt-huit mois, trente mois ; et la longueur du traitement a été dans tous les cas en rapport avec l'étendue du mal. Il existe un triple rapport entre la longueur du traitement, la gravité de l'intervention et l'étendue du mal.

Trois paralysies faciales se sont produites chez les quinze malades : deux par blessure du nerf au cours de l'opération ; une après grattage avec la curette de la paroi interne de la caisse.

L'état de l'audition de ces malades n'est pas mentionné ; mais Lubet-Barbon nous déclare que ces statistiques concordent avec celles des autres otologistes : dans la plupart des cas, les troubles de l'audition causés par l'affection de l'oreille moyenne restent ce qu'ils étaient avant l'opération, parfois ils sont améliorés (1 observ.), exceptionnellement aggravés.

Nous n'avons pas pratiqué souvent l'attico-antrotomie, non que les occasions nous aient manqué, les otorrhées anciennes formant au contraire le principal contingent de notre service ; mais parce que notre proposition d'intervention n'a pas été agréée par les malades. Devant la perspective de la longueur du traitement, qu'on est obligé de leur faire connaître pour ne pas les voir plus tard demander prématurément leur sortie, les militaires se sentant en possession d'un cas de réforme préfèrent à toute guérison la liberté et le renvoi dans la famille.

Cependant, nous avons fait cinq fois l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne ; et avec des résultats assez satisfaisants, sauf pour un malade qui a échappé à notre surveillance et qui a eu une obstruction du conduit auditif. Nous avons deux fois commencé par l'ouverture de l'attique pour finir par celle de l'antre ; et trois fois nous avons procédé inversement. Cette dernière manière d'opérer nous a semblé plus facile.

*Observation I.* — F... 21 ans, entre une première fois à l'hôpital en mars 1893, n'a aucun antécédent pathologique. Avait été pris subitement, quelques jours auparavant, de violentes douleurs dans l'oreille gauche ; insomnie complète ; au bout de trois jours, perforation du

tympa, écoulement purulent ; diminution des douleurs, large perforation antérieure, ovulaire, parallèle au manche du marteau.

F... reste deux mois à l'hôpital, et le quitte avec un léger suintement de l'oreille ; pendant la convalescence, névralgies intenses du front et de la tempe.

En février 1894, F... revient dans notre service : montre au contact, Weber latéralisé à droite, Rinné négatif, écoulement de pus sanguinolent et abondant ; rien à la mastoïde ; large perforation cordiforme du tympan, au milieu de laquelle pend le manche du marteau et qui est remplie par des végétations polypoïdes. Lavages de la caisse ; destruction des fongosités.

A la fin de mai, l'effet du traitement est à peu près nul : la suppuration persiste, quoique avec un peu moins d'abondance ; les fongosités se reproduisent quelques jours après leur cautérisation, et l'attique paraît en contenir autant que la caisse. Il suffit d'un léger attouchement avec le stylet pour amener un écoulement de sang. On sent aussi des rugosités le long du manche du marteau.

L'attico-antrotomie nous paraît indiquée d'autant plus que l'acuité auditive est très faible.

L'opération est faite le 20 mai.

Détachement du pavillon de l'oreille, ablation du marteau ; la caisse est pleine de bourgeons charnus qui donnent beaucoup de sang ; résection du mur de la logette jusqu'à disparition de tout ressaut entre la paroi supérieure de la caisse et celle du conduit auditif ; ablation de l'enclume qui est réduite à une coque osseuse ; cathétérisme de l'antre avec le protecteur de Stacke. L'aditus nous paraît élargi, et nous ouvrons sans difficulté la cavité antrale. Le sang est tellement abondant que nous ne pouvons distinguer les lésions de l'antre. Nous donnons quelques coups de curette jusqu'à ce que nous sentions de la résistance sous le tranchant de l'instrument, mais la mastoïde est éburnée ; et la brèche produite est très petite ; cautérisation au chlorure de zinc. Division du conduit auditif en deux parties postérieure et antérieure, suture totale de la plaie rétroauriculaire et introduction d'un gros drain dans le conduit auditif aussi profondément que possible.

Le pansement est refait le sixième jour ; réunion per primam de l'incision rétroauriculaire. Le drain du conduit auditif est à peine humide. Nous le remplaçons par une mèche de gaze iodoformée.

Le malade s'est plaint plusieurs fois de bourdonnements, de sifflements et d'une sensation de tension dans l'oreille.

Les pansements refaits les 8, 12, 19 juin sont restés secs.

Le 19 juin, une injection par le conduit auditif passe dans le pharynx.

État du malade le 20 juillet, avant son exeat : aucune douleur quel-

ques pénibles sensations subjectives : bourdonnements ; sifflements ; jets de vapeur, montre non perçue au contact du pavillon ; pavillon de l'oreille en excellente position, recouvrant en arrière l'incision curviligne. Aucune sensibilité à la pression de la cicatrice ou de la mastoïde, siccité absolue du conduit ; un peu d'atrésie du conduit : au fond du conduit on aperçoit une surface grisâtre, sans reliefs, difficile à éclairer.

Nous avons revu F... le 3 février 1895, sept mois et demi après l'opération. Il éprouve en permanence la sensation d'un jet de vapeur dans l'oreille ; surdité complète ; tous les quinze jours, très léger suintement. Le conduit auditif est assez large pour qu'on puisse faire un examen du fond de la caisse. On voit distinctement deux parties ; l'une grise qui occupe les deux tiers inférieurs de la paroi labyrinthique, l'autre supérieure rosée ; toute la cavité est sèche.

*Observation II.* — G... 24 ans, écoulement de l'oreille droite depuis l'âge de dix ans.

Juillet 1895, examen otoscopique : rétrécissement du conduit auditif par chute de sa paroi postéro-supérieure. Près du cadre tympanal, élevation lenticulaire dont le sommet présente une petite fistule reconnaissable à une gouttelette de pus que fait sourdre la pression du stylet ou l'extrémité profonde du speculum. Un crochet coudé engagé dans la fistule se perd dans une cavité. Le tympan est en partie masqué par la saillie du conduit. On aperçoit en haut des fongosités et en bas des masses cholestéatomateuses qu'on ramène avec la curette.

Rien à la mastoïde : la plus forte percussion ne réveille aucune douleur ; montre à 0<sup>m</sup>05.

*Diagnostic* : ostéite fongueuse de la région attico-antrale avec masses cholestéatomateuses ; antre petit ; mastoïde scléreuse.

*Traitement* : Attico-antrotomie. Après incision des téguments et réclinaison en avant du pavillon de l'oreille, l'antre est ouvert d'avant en arrière. Il est en effet assez petit et situé à un centimètre et demi de profondeur ; il contient un cholestéatome de forme lenticulaire concavo-convexe et gros comme un grain de chenevis.

L'aditus est très élargi. On pénètre facilement par son col de l'antre dans l'attique ; et nous curetons tout le recessus épitympanique sans faire tomber la paroi externe de l'attique. Il n'y a plus d'enclume. On ne trouve que des fongosités, des débris épithéliaux et un fragment de la partie supérieure du marteau.

Incision longitudinale de la paroi postérieure du conduit auditif interne membraneux.

Une mèche de gaze iodoformée est finalement passée de l'antre dans le conduit ; suture des extrémités des angles de la plaie.

*Résultats* : Aucun phénomène consécutif à signaler. Le pansement est levé le quatrième jour, la plaie est en excellent état ; quelques difficultés pour retirer la mèche. Aussi renonçons-nous à ce drainage en anse ; et faisons-nous le tamponnement isolé de l'antre et du conduit.

Dans la suite, pansements réguliers tous les quatre ou cinq jours.

Le 21<sup>e</sup> jour, la plaie rétroauriculaire est presque cicatrisée. Les lavages du conduit auditif ne ramènent qu'un peu de pus concret.

Le 38<sup>e</sup> jour, la plaie est complètement cicatrisée ; la cicatrice est linéaire, très régulière, à peine perceptible, sauf au niveau de l'antre où elle est plus large et légèrement déprimée.

Le 41<sup>e</sup> jour, date de sortie du malade, le fond de la caisse est rouge, lisse et taché de quelques filaments purulents ; montre à 0<sup>m</sup>,08.

*Observation III.* — K... Ch. 23 ans, otorrhéique depuis l'âge de 15 ans. L'écoulement jaune verdâtre, d'odeur infecte, a toujours persisté sans aucun arrêt, avec les mêmes caractères et la même abondance ; quelques douleurs vives, lancinantes, surtout pendant la nuit.

A l'examen otoscopique, tapis de fongosités entouré de quelques débris du tympan. Le stylet sent quelques rugosités sur la paroi labyrinthique.

*Opération.* — Décollement et réclinaison en avant du conduit auditif ; grattage des fongosités qui font découvrir un petit moignon du manche du marteau qu'on saisit avec le serre-nœud et qu'on attire facilement. Passage dans l'attique du crochet de Ludewig qui ne ramène que des fongosités ; abrasion du mur de la logette jusqu'à ce que le toit de la caisse soit au niveau de la paroi supérieure du conduit ; ouverture de l'antre qui est plein de fongosités ; grattage des parois et en particulier de la paroi labyrinthique.

*Résultats* : Tout se passe bien dans les premiers jours : pas de douleur, pas d'élévation de température. La plaie rétroauriculaire est cicatrisée le douzième jour. Mais du côté du conduit auditif, l'écoulement continue et les fongosités reparaissent. Elles pullulent avec exubérance, malgré de fréquentes cautérisations.

Nous aurions peut-être fini par arrêter cette végétation, si le malade n'avait dû quitter temporairement l'hôpital. Quand il y revient, après une absence de vingt et un jours, la lumière du conduit est obstruée et les fongosités saignent au moindre contact. On les enlève à l'anse et on les brûle au galvano-cautère. Deux mois après, quand le malade demande sa sortie définitive, il y a encore des bourgeons charnus dans le conduit auditif très rétréci.

*Obs. IV.* — W..., 23 ans, avait subi l'extraction des osselets le 17

mai 1896 ; et avait eu une période d'amélioration pendant laquelle nous avions espéré la guérison.

Mais au commencement de l'année 1897, l'écoulement revint avec une très grande fétidité ; et de gros bourgeons charnus descendant de l'attique émergèrent au-dessous de l'arête du mur de la logette. Quelques douleurs commençaient à apparaître.

Opération le 27 mars : La mastoïde estéburnée et aux premiers coups de burin nous découvrons, sans l'ouvrir, le sinus latéral. L'opération se termine facilement. L'antra est très petit. La curette ramène de nombreuses fongosités emplissant l'attique et il suffit d'un léger coup de curette pour mettre à nu la dure-mère, comme si le plafond de la caisse était ramolli par la carie. Section d'un lambeau quadrangulaire dans la paroi postérieure du conduit auditif membraneux, suture du pavillon de l'oreille, tamponnement serré du conduit auditif avec de la gaze iodoformée.

28, 29, 30 mars, état excellent du malade : ni douleur, ni fièvre.

31 mars, 1<sup>er</sup> pansement. La réunion de la plaie est en bonne voie ; un peu de sang sur la mèche du conduit.

On fait entrer dans le conduit auditif une mèche de gaze de 0<sup>m</sup>80 de longueur sur 0<sup>m</sup>03 de largeur.

Le malade se lève, l'appétit est normal.

3 avril, 2<sup>e</sup> pansement. Un peu de sérosité sur le pansement. A l'examen otoscopique, le fond de la caisse est rosé ; on aperçoit l'excavation antrale en haut et en arrière ; le conduit est très large. La mèche de 0<sup>m</sup>80 y pénètre sans difficulté.

7 avril, 3<sup>e</sup> pansement. Pas de douleurs ; le malade a recouvré toutes ses forces et son appétit ; un peu de sang sur la mèche intra-auriculaire.

11 avril, 4<sup>e</sup> pansement. Cautérisations à l'acide chromique de quelques bourgeons charnus au fond de la caisse.

15 avril, 5<sup>e</sup> pansement. La plaie rétro-auriculaire est fermée ; l'aspect du fond de la caisse est satisfaisant ; les bourgeons charnus ne se sont pas reproduits. Pas de douleurs.

23 avril. Cautérisation de quelques bourgeons charnus.

Nous avons quitté le Val-de-Grâce à cette époque et nous avons confié le malade aux bons soins de notre successeur, M. le professeur agrégé Sieur. Notre collègue et ami a bien voulu nous remettre la note suivante :

Le traitement a consisté en un pansement salolé renouvelé d'abord tous les deux jours, puis tous les trois jours et en dernier lieu tous les quatre et cinq jours. L'écoulement s'est borné à un très faible suintement séreux imbibant simplement les parties profondes de la mèche.

A trois reprises j'ai fait des cautérisations à l'acide chromique du point polypeux, et tout récemment, j'ai introduit dans le conduit, à chaque pansement, de l'alcool boriqué (alcool à 95° saturé d'acide borique. A la fin d'août, voyant le suintement presque nul (la pointe de la mèche étant seule humide au bout de quatre jours), j'ai bourré le conduit de poudre d'acide borique et au pansement suivant, le cinquième jour, le fond de l'oreille était tapissé d'une sorte de vernis que j'ai respecté.

Actuellement (fin septembre), la guérison est complète ; la caisse est épidermée dans toute son étendue ; il n'y a plus ni suintement, ni douleur. L'audition est abolie. — La cicatrice rétro-auriculaire est linéaire.

Obs. V. — Elle est relatée au chapitre des mastoïdites-cholestéatomateuses.

Nous résumerons ainsi ce long exposé de la thérapeutique des infections prolongées de l'oreille moyenne :

a) Essayer d'abord un traitement désinfectant aidé de l'ablation des osselets et du grattage des parties osseuses infectées.

b) Pratiquer l'ouverture de l'antra dans les conditions que nous avons déterminées, et explorer l'état des parois de l'attique.

c) Réserver l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne soit aux malades chez lesquels les traitements antérieurs sont demeurés inefficaces, soit à ceux dont l'examen direct des cavités profondes de l'oreille montre une diffusion des lésions osseuses.

d) Au point de vue du pronostic opératoire et thérapeutique, retenir que si les lésions localisées sont relativement faciles à guérir, les lésions diffuses ne se réparent que lentement et souvent incomplètement. L'ostéomyélite étendue à toute la base du rocher laisse peu de ressources à la thérapeutique.