

tion s'accroît rapidement, et la guérison est complète à la fin du mois de février.

Tout indique, dans ces faits, la bénignité du processus infectieux et sa tendance à la résolution spontanée. Il n'y a aucun symptôme grave, ni fièvre, ni gonflement marqué, ni douleurs vives. L'inflammation mastoïdienne progresse lentement, ne reste que quelques jours dans sa période d'état et se met à décroître très rapidement.

On ne peut pas résumer les indications du traitement médical, car elles sont négatives. On peut dire seulement qu'il faut le continuer jusqu'au moment où les indications de l'intervention chirurgicale se trouvent réalisées.

C'est la persistance des accidents légers ou l'apparition d'un ou plusieurs phénomènes graves qui autorise le médecin à renoncer au traitement médical.

Le *traitement chirurgical* des mastoïdites consiste dans l'évidement du foyer infectieux endo-mastoïdien. Il tend à devenir de plus en plus fréquent. Il n'est pas encore assez souvent employé.

I. — Les formes d'antro-mastoïdite subaiguë sont celles où la ligne de conduite est le plus difficile à tracer. Aucun phénomène subjectif ou objectif ne vient forcer la main. Les douleurs spontanées sont très faibles; la mastoïde supporte la pression; le malade n'a ni fièvre, ni courbature générale; seul l'écoulement est abondant et l'œdème persiste. Evidemment il faut insister sur le traitement médical. Mais pendant combien de temps, faut-il le continuer?

Nous admettons en principe qu'il est dangereux de laisser subsister ces signes d'antro-mastoïdite, si atténués qu'ils soient; car ils sont l'indice d'une rétention de pus dans le cul-de-sac antral et d'une infiltration septique profonde de la muqueuse auriculaire. Ils peuvent aboutir à une carie du toit de l'antre et à une sclérose de l'apophyse mastoïde. En accordant au traitement médical un délai d'une trentaine de jours au maximum, c'est ne montrer ni négligence, ni précipitation; et c'est mettre d'accord temporisateurs et interventionnistes.

Passé ce temps, il faut ouvrir l'antre, le drainer et l'irriguer, comme on fait pour toute suppuration d'une cavité close.

Nous reproduisons, à titre d'exemple des indications opératoires dans les formes atténuées d'antro-mastoïdites, l'observation suivante empruntée à la thèse de Ménard (Paris, 1891) et fournie à l'auteur par Polaillon.

Dame 35 ans.

Grippe en décembre 1889. Quelques jours après le début, surviennent des douleurs assez vives dans l'oreille gauche; et bientôt une certaine quantité de pus s'écoule par le conduit auditif externe. Les douleurs de l'oreille diminuent, mais persistent longtemps, ainsi que l'otorrhée.

En février 1890, la malade ne conserve de sa grippe qu'une légère bronchite. Les douleurs d'oreille ont disparu; il n'y a presque plus d'écoulement; cependant de temps en temps quelques gouttes de pus sortent du conduit externe.

En mai 1890, elle éprouve les phénomènes observés déjà l'hiver précédent.

Au commencement de juin, les douleurs reparissent dans l'oreille gauche et deviennent vives: l'écoulement de pus par le conduit externe devient abondant.

Vers la fin de juin, les phénomènes auriculaires persistent. Apparaît alors au niveau de l'apophyse mastoïde une douleur continue; tantôt elle se calme, devient légère, très supportable; tantôt et surtout la nuit, elle est très intense, intolérable, irradie à la région occipitale, à la région temporo-frontale, provoque de l'insomnie et de l'agitation.

Les symptômes persistent avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Vers la fin de septembre, la douleur qui siège principalement au niveau de l'apophyse mastoïde et de là irradie à tout le côté gauche de la tête, revêtant la forme d'hémicrânie, est devenue insupportable, elle est persistante. En même temps, apparaît au niveau de l'apophyse un gonflement bien limité qui augmente chaque jour. La malade ne peut plus dormir. Elle a de la fièvre. Elle perd l'appétit. Elle maigrit.

Le 10 octobre 1890, elle entre dans le service de Polaillon qui l'opère le surlendemain; elle avait une carie de l'apophyse mastoïde avec abcès rétroauriculaire.

Evidemment, cette malade a trop attendu pour se faire opérer et l'affection a suivi son évolution totale jusqu'à fistulisation de l'os. Il nous semble que l'intervention aurait dû avoir lieu



au mois de juin quand les douleurs reparurent et que l'écoulement de l'oreille devint abondant.

II. — Si l'infection présente un degré d'acuité un peu plus marqué que dans la forme précédente, si tous les phénomènes subjectifs et objectifs sont plus accentués, le moment de la trépanation doit être hâté. L'observation du dernier malade que nous avons opéré au Val-de-Grâce représente un de ces cas. Depuis une quinzaine de jours, il souffrait en permanence de la région mastoïdienne à la suite d'une otite moyenne. Le travail était encore possible, mais l'entrain manquait. Le sommeil était souvent interrompu, l'appétit était ralenti et toute l'économie un peu déprimée. Les traits étaient tirés et la face pâle. Du côté de l'apophyse, œdème un peu rosé, sans déviation apparente du pavillon de l'oreille, mais avec diminution du calibre du conduit auditif. La pression du doigt déterminait de la douleur sur toute la surface de l'apophyse. Nous avons trouvé, à l'opération, le tissu osseux superficiellement injecté, ramolli autour de l'antra et rongé par de grosses granulations rougeâtres.

III. — La trépanation de l'apophyse doit être des plus promptes, lorsque l'affection se présente avec les caractères d'une ostéomyélite suraiguë, qu'il y a en même temps température élevée, douleurs vives, œdème et rougeur de la région apophysaire. A peine a-t-on le droit, alors, de différer l'opération de quatre ou cinq jours. Nous avons fait remarquer la rapidité avec laquelle, dans de pareils cas, le pus se collecte, la mastoïde s'évide et se nécrose en partie. En huit jours, l'apophyse peut être réduite à une coquille de noix; et, ce qu'il y a de grave dans ces ostéomyélites suraiguës de la mastoïde, c'est que l'infection porte aussi bien sur la table interne que sur la table externe de l'os et que la cavité encéphalique est rapidement infectée. Politzer cite le cas d'une femme de 35 ans prise le 3 janvier d'une otite moyenne aiguë qui se compliqua le 15 février d'une mastoïdite et qui détermina la mort de la malade le 18 mars. La trépanation avait été faite six jours auparavant et avait fait découvrir une fausse membrane méningitique embrassant la partie postérieure et inférieure du sinus. L'autopsie

montra deux abcès encéphaliques. Le même auteur rapporte l'observation d'un homme de 22 ans qui, pris pour la première fois d'une otite moyenne suppurée le 9 janvier, succomba trois jours après à une méningite. Le pus avait perforé la paroi du sinus latéral et la face postérieure du crâne (In Ann. mal. oreil., 1892).

Par contre, tous les accidents prennent fin dès l'ouverture de la mastoïde faite en temps opportun.

G., Pierre, 23 ans, entré à l'hôpital le 19 janvier 1895, soldat au 131<sup>e</sup> de ligne.

A éprouvé à deux reprises, vers l'âge de 12 ans et de 15 ans, des douleurs assez fortes dans l'oreille gauche et le conduit auditif, mais sans écoulement.

Dans les premiers jours de décembre 1893, séjour de 15 jours à l'infirmerie pour otite moyenne suppurée gauche : écoulement abondant, surdité, douleurs très vives dans l'oreille et autour de l'oreille, guérison.

Le 12 janvier 1895, retour de l'otite moyenne, à l'occasion d'une pharyngo-bronchite. Douleurs auriculaires lancinantes, continues, assez fortes pour empêcher le sommeil, irradiées autour du pavillon et dans la moitié droite de la tête et du cou. Anorexie complète, un peu de fièvre 38° à 38°5.

L'écoulement apparaît dans la soirée du 17, sans amener aucun soulagement. Il est jaunâtre, assez clair et abondant, à peu près d'une cuiller par jour. Le lendemain et le surlendemain, les douleurs s'exagèrent, la fièvre monte à 39°2, l'état général s'aggrave; et l'écoulement reste aussi abondant.

Le malade entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 19 janvier (soir).

Le 20 janvier: l'oreille, la moitié gauche du crâne, la partie supérieure du cou sont douloureuses, sensation de tension et élancements répétés du côté de l'apophyse mastoïde. Bourdonnements et sifflements constants, étourdissements, vertiges; le malade ne peut marcher sans s'appuyer sur quelqu'un. Chute de la paroi postérieure du conduit auditif, issue abondante d'un pus vert jaunâtre, assez clair, abaissement et écartement du pavillon de l'oreille, effacement de la gouttière rétro-maxillaire. Œdème et coloration violette des téguments, à la pointe de l'apophyse mastoïde. Le sillon rétroauriculaire est conservé. — Léger œdème de la région parotidienne.

A la pression, l'apophyse entière est douloureuse, avec deux points plus sensibles au niveau de l'antra et de la pointe.

Le tympan, de couleur jaune et semblant infiltré de pus, présente en



bas et en avant une vaste perforation à grand axe horizontal ; le pus s'en écoule avec des pulsations bien nettes.

Quelques ganglious en arrière du sterno-mastoïdien, dans la partie supérieure de la région sus-claviculaire. Pas de raideur des muscles de la nuque et du cou.

L'état général est très mauvais : le malade reste plongé dans un état de torpeur continuelle. Il a la physionomie de quelqu'un qui souffre et que la douleur accable. Il comprend très bien ce qu'on lui dit et répond avec assez de précision aux questions qu'on lui adresse.

Sueurs abondantes, pas de frissons, T. 39°, pas de céphalalgie frontale. Pupilles égales, réagissant à la lumière et à l'accommodation ; rien du côté des membranes profondes de l'œil.

Anorexie complète, langue saburrale, pas de vomissements, constipation ; le malade ne dort plus depuis 6 jours.

21 janvier, état stationnaire ; insomnie rebelle, T. 38°2, pouls 58.

22 janvier, trépanation de l'apophyse : l'antre renferme quelques gouttes de pus, le tissu osseux qui l'entoure est rouge et ramolli ; on l'abrase très facilement dans sa portion périantrale, quelques cellules mastoïdiennes communiquent avec l'antre en bas et en avant ; du liquide injecté par l'antre ne ressort pas par l'oreille, pas plus que le liquide injecté par le conduit auditif ne ressort par l'antre ; drainage de l'antre à la gaze iodoformée.

23 janvier, les douleurs ont complètement cessé, T. 38, P. 78.

25 janvier, le malade a dormi quatre heures sans interruption ; quelques douleurs très légères en avant et en arrière de l'oreille. T. 37°.

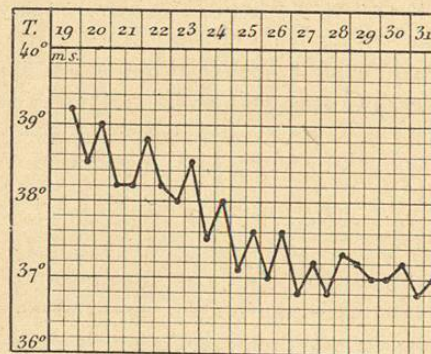


Fig. 84.

On refait le pansement, suppuration très abondante ; pus jaunâtre, épais, bien lié.

Le pansement est refait les 28 et 31 janvier, l'écoulement du pus diminue un peu ; état général bon.

2 février, le malade se lève toute la journée et se promène dans la salle sans grande fatigue ; l'appétit revient, toute douleur a disparu, la physionomie est moins triste.

À la fin de février, l'état général était excellent ; la suppuration rétro-auriculaire était réduite à un léger suintement. La cicatrisation avait marché régulièrement, mais lentement : elle ne fut complète qu'au milieu de mars.

L'écoulement de l'oreille fut très long à disparaître : le 13 avril, nous étions encore obligé de continuer des pansements à la gaze iodoformée ; et quand le malade quitta le service, le 16 avril, le tympan était très rouge et la perforation incomplètement cicatrisée, elle était réduite à une fente verticale.

Nous avons eu occasion de revoir C... le 7 juillet, à sa rentrée de convalescence. Le tympan était grisâtre, mais la perforation existait toujours, pas de suintement, sifflements continuels dans l'oreille.

IV. — Au lieu de se trouver en présence d'un état pathologique où tous les symptômes subjectifs et objectifs ont une intensité à peu près égale et représentent ensemble le syndrome d'un degré d'inflammation plus ou moins élevé, on peut avoir affaire à un de ces nombreux cas où un des symptômes prend une proportion considérable sur les autres. Ce symptôme prédominant devient alors un élément suffisant de diagnostic et fournit à lui seul l'indication opératoire : que la fièvre monte à 40° avec peu de douleurs et peu de gonflement ; que la tuméfaction soit très marquée avec une température normale et des douleurs tolérables ; que la douleur soit excessive avec absence de fièvre et avec gonflement léger ou que des phénomènes méningés accompagnent les signes les plus atténués de la mastoïdite.

L'élévation de la température peut prendre une forme continue, rémittente ou intermittente, sans qu'on trouve autre chose du côté de l'apophyse mastoïde qu'un peu d'œdème blanc et une sensibilité exagérée à une forte pression.

Evidemment, la résorption septique l'emporte dans ce cas sur le travail congestif et hypergénétique de l'inflammation ; et quelques petites veinules peuvent contenir des caillots septiques. Pourquoi ne pas débrider sans retard de pareils foyers infectieux



et chercher à s'opposer à l'extension des caillots purulents dans des troncs veineux plus importants où ils pourraient donner naissance ultérieurement à une septico-pyohémie au-dessus de nos ressources thérapeutiques.

Voici une observation où l'intervention nous a été imposée par le mauvais état général du malade. L'œdème était insignifiant, la rougeur peu marquée; et cependant, au bout du huitième jour, la corticale était déjà très ramollie et du pus était collecté dans l'intérieur de la mastoïde. Les téguments de la région mastoïdienne nous ont paru à la coupe à peine infiltrés.

C.... 22 ans, soldat au 104<sup>e</sup> de ligne, domestique avant l'incorporation. Bonne santé habituelle. N'est sujet ni aux rhinites ni aux pharyngites. Aux environs du 1<sup>er</sup> mars 1894, le malade est pris, sans cause appréciable, de bourdonnements d'oreille à droite, avec douleurs qui empêchent le sommeil. Le 3<sup>e</sup> jour, l'écoulement s'établit et les phénomènes subjectifs cessent. La suppuration disparaît elle-même au bout d'un mois.

Le 16 avril, début d'une otite moyenne gauche : bourdonnements, douleurs, diminution de l'audition, malaise général; un écoulement jaunâtre survient le 5<sup>e</sup> jour : les douleurs cessent et le malaise général s'atténue. L'écoulement est terminé le 10 mai, le malade reprend son service...

Le 14 mai, C... est réveillé par des douleurs lancinantes en arrière de l'oreille gauche : courbature, perte de l'appétit et fièvre. Pas d'écoulement.

Le malade est envoyé le 17 mai dans notre service. Il a un aspect hébété, se tient difficilement debout, à cause des vertiges et des menaces de syncope. Tout le côté gauche de la tête est douloureux; mais surtout au niveau de la région mastoïdienne. Le pavillon de l'oreille gauche est écarté du crâne; un peu d'œdème sur la face externe de la mastoïde, le sillon rétro-auriculaire et la face postérieure du pavillon. Rougeur diffuse plus marquée en avant de la mastoïde. Il suffit de presser légèrement sur le bord antérieur de la mastoïde pour déterminer une très vive douleur. Dans la matinée, la perforation du tympan s'est faite : du sang et de la sérosité se sont écoulés par le méat auditif. Le conduit est rétréci, douloureux et un peu rouge. On aperçoit avec peine le tympan recouvert de pus et perforé en avant et en bas. T. M. 38°, T. S. 39°7.

Traitement : Irrigations antiseptiques chaudes de l'oreille et enveloppement de la région avec des compresses de gaze humides; il y eut

en 4 jours une amélioration notable de l'état local; la teinte rosée et le gonflement du sillon mastoïdien disparurent; l'écoulement jaune et épais resta modéré. Les douleurs spontanées cessèrent, pour ne laisser qu'une très grande sensibilité à la pression de l'apophyse; mais l'état général demeura mauvais : stupeur, inappétence, insomnie, langue sèche, quelques vomissements, constipation, température élevée, avec un caractère intermittent, indiquant la résorption purulente.

18 mai; 37.5, 38°7,

19 mai; 37°5, 39°,

20 mai; 38°4, 40°3,

21 mai; 37°5, 38°9.

Le 21 mai, les douleurs auriculaires gauches reprennent dans la soirée; et comme elles se sont prolongées pendant la nuit, nous nous décidons à intervenir.

*Trépanation de la mastoïde.* Les téguments sont à peine infiltrés; le périoste est adhérent; la corticale est très rouge en avant et à la hauteur de la paroi du conduit auditif. Elle a tout au plus un millimètre d'épaisseur, et se laisse pénétrer par le ciseau sous la seule pression de la main. Nous en enlevons facilement un centimètre carré; à l'intérieur de la mastoïde, pus épais, jaunâtre, contenu dans une petite cavité limitée en arrière par des travées osseuses rouge-sombre, entre lesquelles on aperçoit quelques gouttelettes purulentes. La curette ramène avec le pus des granulations rouges et des parcelles osseuses; nous ne nous arrêtons qu'au contact du tissu osseux résistant.

La fièvre tombe le lendemain, et le sommeil revient : trois jours après le malade mange avec appétit. Deux pansements suffisent à assurer la guérison de la plaie (24, 28 mai). Le 5 juin suppression de tout pansement : le 10 juin, sortie de l'hôpital. La perforation du tympan est cicatrisée, et la montre entendue à 0<sup>m</sup>25.

V. — Tout abcès collecté dans les parties molles périmastoïdiennes motive l'intervention chirurgicale : que l'abcès existe sur la paroi postérieure du conduit, ce qui est l'exception; qu'il s'étale sur la face externe de la mastoïde, ou qu'il ait fusé dans le tissu cellulaire cervical; car tout abcès est l'indice d'une lésion grave intraapophysaire. Si la corticale n'est pas nécrosée ou fistuleuse, elle est au moins infectée par ses canaux de Havers. C'est déjà avoir trop reculé l'intervention que d'attendre la collection de l'abcès; mais certains abcès se forment presque insidieusement, et certains malades ne se présentent à nous qu'après la forma-



tion de l'abcès. Dans ces conditions, la tuméfaction, les œdèmes étendus, la fluctuation ou la teinte violacée des téguments ne doivent laisser aucun doute au chirurgien sur la nécessité de l'intervention.

VI. — La douleur a toujours été placée au premier rang des indications de la trépanation de la mastoïde : elle lève toutes les hésitations du médecin et du malade. On travaille avec un abcès mastoïdien ou une fistule mastoïdienne, même lorsqu'on se sait menacé de complications cérébrales. Mais on est vaincu, abattu, anéanti par la douleur. Quand la douleur se prolonge, elle altère le caractère, enlève l'appétit, paralyse les forces et fait pâlir et maigrir le sujet ; si elle n'est pas continue, elle s'exagère toujours la nuit ; et l'état du sommeil est le meilleur critérium de l'intensité de la douleur. Souffre beaucoup l'adulte qui peut à peine sommeiller ; souffre moins celui qui a quelques heures de sommeil pendant la nuit. Mais la douleur est l'expression de lésions variées de l'apophyse mastoïde. Nous l'avons signalée dans les ostéomyélites péri-antrales à marche subaiguë ; elle est le symptôme prédominant des mastoïdites congestives où la muqueuse tuméfiée s'étrangle dans les alvéoles encore résistants du tissu mastoïdien ; elle est le symptôme unique des mastoïdites condensantes ; elle est l'indice d'une nécrose progressive dans les mastoïdites chroniques.

On a beau employer, dans ces conditions, les calmants et les anesthésiques, on engourdit le malade sans faire cesser la douleur, tandis que l'ouverture de l'os met immédiatement fin aux crises douloureuses.

VII. — A la douleur s'ajoutent parfois des phénomènes réflexes ou symptomatiques d'un œdème sous dure-mérien, tels qu'agitation, délire, vomissements, nausées ou vertiges. L'entourage du malade croit à une méningite. Pour le médecin ce n'est que du méningisme. Quelques coups de burin sur la mastoïde et la guérison est assurée.

En mai 1893, on conduisit dans notre service un homme de 25 ans qui souffrait depuis huit jours de douleurs violentes dans

l'oreille, et qui présentait une tuméfaction mastoïdienne. Son oreille coulait abondamment, il avait une surexcitation extrême, et avait déliré pendant les deux nuits précédentes. Ses camarades avaient dû le veiller pour qu'il ne sortît pas du lit. La température avait été la veille au soir de 38°5 et était le matin à 38° ; sans plus tarder, il est anesthésié et trépané : pus dans les cellules mastoïdiennes, trabécules osseuses partiellement nécrosées. Curetage de l'antra jusqu'à ce que le liquide passe aisément de la plaie opératoire par le conduit auditif. Le lendemain matin, le blessé ne souffrait plus, et trois semaines après il était guéri.

VIII. — La trépanation est le seul traitement des mastoïdites chroniques qui ne sont devenues chroniques que par le retard apporté à l'opération. Les parties mortifiées molles ou osseuses incluses dans une cavité close ou fistuleuse entretiennent au voisinage de la dure-mère une source permanente d'infection ; et si on attend qu'elles s'éliminent par la fistule, on expose le malade à des dangers que fait ressortir la mortalité des enfants porteurs d'une fistule mastoïdienne. Le vrai moyen d'obtenir la fermeture d'une fistule, est de curetter le foyer septique auquel elle sert de débouché. On perdrait inutilement son temps à faire des injections de liquides, même très antiseptiques.

IX. — Nous ne nous occuperions pas du cholestéatome, si cette tumeur ne déterminait des mastoïdites suppurées et n'entretenait des fistules mastoïdiennes.

Quand le cholestéatome produit une mastoïdite suppurée, ce sont les symptômes de cette mastoïdite qui guident l'intervention.

Si le cholestéatome est la raison pathologique de la fistule, que faut-il faire pour obtenir la guérison de la fistule ? Rohrer, de Zurich, a publié, dans un mémoire sur le cholestéatome, des faits où il a obtenu l'élimination des masses épithéliales à l'aide d'injections répétées de la cavité et l'émiettement de ces masses par la sonde et la curette (*Revue de laryng., d'otol. et de Rhin.* 1892). Le premier fait se rapporte à une fillette de 20 ans souffrant d'otorrhée depuis la première enfance. Écoulement fétide. Deux fistules sur la face externe de la mastoïde et dans le conduit



auditif. Une sonde passe d'une fistule à l'autre. Grâce à des injections, une quantité d'environ une cuiller à bouche de lamelles épidermiques s'est détachée et a débouché par les deux fistules; après leur extraction à la pince, on peut constater une cavité intra-apophysaire de la grandeur d'une noix ordinaire. Elle est tapissée de lamelles épidermoïdales qu'il est impossible d'enlever en une séance. Insufflations de pyoktanin, violet de méthyle et bleu de méthylène. A la suite de ce traitement qui donna de bons résultats pour l'otorrhée et le cholestéatome, traitement général avec bains salés, sirop iodure de fer et liqueur de Fowler.

Le deuxième cas est analogue.

Jeune homme de 18 ans, otorrhée purulente datant de la première jeunesse. Le tympan est détruit dans la moitié inférieure, la caisse est pleine de matières fétides. « A la paroi postérieure du conduit auditif osseux, vers le commencement du méat externe cartilagineux, on voit l'ouverture d'une fistule mastoïdienne, oblongue, ayant un diamètre de 5 mm. et obstruée par des lamelles épidermoïdales. Incision de la fistule, raclage de l'oreille moyenne après des injections antiseptiques, irrigations de la caisse par le cathéter, insufflations de pyoktanin, bleu de méthylène dermatol; les lamelles épidermiques sont éloignées de la fistule par des injections avec le petit tuyau de Hartmann, par le petit crochet mousse et la pince. On entre dans une perforation qui envahit toutes les parties pneumatiques de l'apophyse mastoïde et qui est plus grande qu'une noix ordinaire. Les parois sont formées de couches épidermoïdales. Incision de la fistule, raclage de la caisse à plusieurs reprises. La masse cholestéatomateuse enlevée dans le courant de plusieurs semaines remplit environ deux à trois cuillerées à bouche. Traitement général. »

Ces observations ne sont rien moins que de bons témoignages en faveur du traitement adopté par le Dr Rohrer. D'abord, les malades ont-ils été guéris; et s'ils l'ont été, combien a duré le traitement? En admettant qu'on puisse faire passer toute la masse cholestéatomateuse à travers l'orifice de la fistule, il est peu probable que l'on mette le malade à l'abri d'une récurrence; les excavations cholestéatomateuses grandes comme des noix, limitées par des parois minces comme du parchemin et tapissées de lamelles

épidermiques sont incapables de se combler par bourgeonnement.

Le docteur Lichtwitz a compté également sur la puissance réparatrice de la nature dans un cas où il avait réussi, après des insufflations répétées de glycérine carbonatée, à rendre mobile un cholestéatome qui pointait dans le conduit auditif externe. En tirant assez fortement avec une pince, il finit par amener au dehors la tumeur qui ressemblait à un bonnet phrygien, à surface bosselée et luisante et qui avait 10 mm. de longueur à sa base. Dans la paroi postérieure du conduit, à la place occupée par la tumeur, existait une large excavation. Un pont osseux de 3 à 4 millim. séparait cet orifice du cadre tympanique. Les parois de la cavité étaient luisantes, comme la surface de la tumeur qui se moulait exactement sur elle.

Là encore notre confrère ne nous fait pas connaître l'évolution de la réparation. Un malade n'est pas guéri, parce que le cholestéatome est enlevé. Il faut que la cavité soit comblée; et le complément de l'observation aurait été d'autant plus utile pour nous que le malade du Dr Lichtwitz s'était fait enlever de l'oreille, deux ans auparavant, une masse analogue, mais moins volumineuse.

Il n'y a qu'un seul moyen de débarrasser la cavité mastoïdienne d'une tumeur cholestéatomateuse, c'est de pratiquer l'ouverture de l'apophyse suivant les règles classiques de la trépanation. On voit ce qu'on fait. Et puis, le traitement ne se borne pas à extraire le cholestéatome, il faut aussi enlever l'enduit épithélial des parois de la loge cholestéatomateuse, pour obtenir le comblement de la cavité et s'opposer à la reproduction de la tumeur.

#### DE LA MÉTHODE D'OUVERTURE DE LA MASTOÏDE

On peut concevoir de deux façons la thérapeutique chirurgicale des mastoïdites: considérer la région apophysaire comme indépendante de l'oreille moyenne, traiter ses abcès comme des abcès lymphangitiques à distance, et n'avoir en vue en toutes circonstances que l'ouverture du foyer infectieux intraapophysaire, sans s'occuper de l'antrum; ou bien, admettre que toutes les lésions apophysaires sont une conséquence de l'infection antrale, et que