

de fièvres exanthématiques ou chez des enfants débiles et délicats (scrofule, tuberculose) que l'on voit apparaître ces diverses altérations osseuses. La présence de séquestres ou de lésions osseuses se traduit en général par la fétidité de la suppuration, par son aspect sanieux, séro-sanguinolent, par l'existence de fongosités repullulant sans cesse, malgré leur ablation ou leur cautérisation; par l'affaissement ou la voussure de la partie postéro-supérieure du conduit osseux, souvent même par l'élimination de petits séquestres, à la suite de lavages, et enfin, dans quelques cas, par l'existence autour du pavillon de trajets fistuleux au fond desquels le stylet révèle les altérations de l'os qui en sont la cause. Lorsqu'on rencontre ces orifices fistuleux en arrière du pavillon ou au niveau de l'apophyse, on peut être certain qu'ils mènent vers une collection purulente fongueuse autour ou au-dessous de laquelle existe un point de nécrose ou de carie osseuse. Souvent, dans ces cas, les ganglions rétro-auriculaires ou de la nuque sont plus ou moins tuméfiés et douloureux. Les ostéites de la caisse, de l'antre ou de leurs annexes, au cours de l'otorrhée infantile, sont une des complications les plus fréquentes et auxquelles il faut toujours songer en présence d'une otorrhée résistante aux traitements médicaux habituels. Il faut se rappeler aussi que, chez les enfants, les cellules mastoïdiennes existent peu encore, tandis que l'antre forme une cavité relativement volumineuse, qui se trouve en rapport intime avec le cerveau, à la partie supérieure; avec le sinus en arrière, et en avant de la caisse.

4° *Méningite*. — Si l'on se rappelle ce que nous avons dit à propos de la constitution anatomique de l'oreille des enfants, c'est-à-dire que les fissures pétro-squameuses ont une communication directe, à travers la voûte de la caisse, avec la dure-mère, on comprendra très bien qu'une phlegmasie suppurative de cette région puisse facilement se communiquer à l'intérieur du crâne et amener des complications méningées. Le fait est assez fréquent pour que de Troeltsch¹ dise que, lorsque à l'autopsie d'un enfant on constate l'existence d'une pachyméningite de la convexité ou de la base du crâne, on ne doit jamais négliger d'ouvrir la voûte de la caisse, le conduit auditif interne et le canal du facial. En ouvrant ces parties vers le haut, à l'aide de pinces ou de gouges, très souvent on découvre que l'inflammation des méninges a été la conséquence d'une otite moyenne suppurée. Il faut bien remarquer, en outre, que non seulement la dure-mère est en rapport avec l'oreille, par la fissure à laquelle nous avons fait allusion, mais que les nerfs facial et auditif pénètrent dans l'intérieur du rocher (conduit auditif interne) avec un prolongement de la dure-mère, très rapproché de la caisse, puisqu'il n'en est séparé que par les cavités du labyrinthe, le limaçon et le vestibule. Le facial pourrait lui aussi servir de fil conducteur à l'inflammation, mais dans ces cas il sera de règle d'observer une paralysie des muscles de la face, précédant la méningite qui revêt alors ses caractères cliniques habituels.

5° *Phlébite. Thrombose. Septicémie*. — On connaît les rapports intimes qui unissent le système vasculaire intra-crânien avec la circulation périphé-

⁽¹⁾ *Les maladies de l'oreille chez l'enfant*. Bruxelles, 1882, p. 165.

rique du crâne ou de l'apophyse mastoïde. Chez l'enfant, en particulier, les veines diploïques du temporal se jettent dans les sinus de la dure-mère (sinus transverse et pétro-supérieur); d'autre part, les veines émissaires partant des sinus vont s'anastomoser avec les veines externes de la tête; aussi ne faut-il pas s'étonner de voir les suppurations de cette région infecter facilement les gros vaisseaux veineux puis vicier la masse entière du sang par l'intermédiaire de la veine jugulaire. Ces complications se traduisent habituellement ou par une inflammation des parois des sinus (phlébite), par une thrombose ou par des accidents généraux d'infection purulente (abcès métastatique, infarctus, pyohémie).

Ce n'est pas la voie vasculaire seule qui permet l'infection des gros vaisseaux situés autour de l'oreille, ces derniers peuvent encore s'enflammer directement par propagation de la suppuration à travers la paroi postérieure de l'antre mastoïdien ou par l'intermédiaire des méninges elles-mêmes. C'est ordinairement le sinus latéral qui est le premier et le plus souvent atteint; les symptômes d'une pareille complication ne sont pas toujours assez nets pour que l'on puisse d'emblée porter un diagnostic précis. En effet, si habituellement les douleurs sont très vives et localisées dans le côté atteint, si l'on trouve parfois, lorsqu'il se fait de la thrombose inflammatoire, un cordon induré et œdémateux le long du sterno-mastoïdien au niveau de la veine jugulaire, si ce cordon induré est douloureux à la pression, s'il existe de l'œdème inflammatoire au niveau de l'apophyse mastoïde, par obstruction de la veine mastoïdienne, si l'on observe dans quelques cas un gonflement érysipélateux des joues, avec formation de bulles, si, dans les cas où la thrombose se propage au sinus caverneux, on peut même constater de l'œdème de l'orbite avec exophtalmie et troubles oculaires, ces divers symptômes peuvent cependant faire complètement défaut. Tout se borne alors à de violents frissons pendant lesquels le thermomètre monte à 40°, pour descendre ensuite soit au-dessous de la normale, soit au contraire aux environs de 38° à 38° 1/2. Suivant le degré de l'infection, les ascensions, qui sont toujours brusques et rapides, se renouvellent ou tous les jours, ou même plusieurs fois par jour, sans régularité aucune. L'existence de frissons, au cours d'une suppuration de l'oreille, avec douleur de tête, correspondant au côté atteint, un peu d'abattement et des sueurs profuses, tels sont, dans bien des cas, les seuls signes sur lesquels il faudra compter pour établir le diagnostic d'une phlébite des sinus, du sinus latéral en particulier. Les autres troubles dont nous venons de parler n'apparaissent guère que lorsqu'il y a une obstruction veineuse (thrombose) et un caillot qui, peu à peu, du sinus latéral arrive à oblitérer le sinus caverneux, la jugulaire, la veine faciale, etc. Dans la période terminale, le diagnostic est un peu plus facile parce qu'il existe un état de dépression, de coma, en un mot les symptômes nets d'une infection générale, souvent même des abcès à distance qui permettent de porter un diagnostic malheureusement un peu trop tardif, parce qu'il est rare que l'intervention à cette période, aussi large qu'elle puisse être, donne un résultat favorable.

Nous avons eu l'occasion de voir un enfant de 50 mois qui, au cours

d'une otorrhée consécutive à la rougeole, fut atteint d'une paralysie faciale due à des fongosités existant dans l'antre et dans la caisse. Après avoir cureté ces différentes cavités, les symptômes fébriles persistèrent aussi intenses qu'auparavant, accompagnés de frissons, de douleurs de temps à autre dans les régions mastoïdiennes, sans œdème périphérique, sans aucune lésion du fond de l'œil, sans troubles du côté de la jugulaire, et cependant la persistance de la fièvre nous fit penser à une phlébite du sinus latéral. Ce fut seulement 8 jours après la première intervention qu'on nous autorisa à en faire une seconde, plus large que la première, au cours de laquelle nous pûmes ouvrir le sinus latéral qui était rempli de pus crémeux qui fut évacué complètement. Malheureusement, l'état infectieux de l'enfant était déjà tel qu'il succomba 56 heures après l'opération. C'est là un fait instructif, parce qu'il montre que, si les accidents fébriles ou généraux ne cèdent pas après une intervention sur la caisse et l'antre mastoïdien trouvés malades, il ne faut pas attendre trop longtemps pour aller chercher dans la cavité crânienne les causes de la persistance des troubles et de la fièvre constatés.

6° *Abcès du cerveau.* — Les abcès du cerveau, qui constituent une complication fréquente chez l'adulte, paraissent être au contraire beaucoup plus rares chez l'enfant. Ils existent cependant et occupent soit le voisinage de l'oreille (lobe temporal ou sphénoïdal), ou bien ils se développent à une certaine distance (lobe frontal), ou dans le cervelet. Souvent uniques, ils peuvent cependant être multiples.

Il n'est pas très rare de trouver soit une couche de pus, soit de véritables abcès circonscrits *au-dessus de la dure-mère (abcès extra-duraux)*, puis, au-dessous de ces derniers, une portion de substance cérébrale saine, du moins en apparence, et, tout à fait dans l'intérieur de la cavité, un autre foyer de suppuration. MM. Broca et Maubrac¹ font même remarquer que, d'après les statistiques d'un certain nombre d'auteurs, les abcès cérébraux seraient plus fréquents dans les otites droites que dans les gauches. La cause en serait dans les différences anatomiques, car, d'après Koerner, les parois osseuses qui séparent le foyer auriculaire des méninges seraient plus minces à droite qu'à gauche. De même, jusqu'à ces dernières années, on avait considéré les abcès à distance comme d'une fréquence relative, alors que les recherches anatomo-pathologiques récentes permettent très souvent de reconnaître non seulement une lésion osseuse allant de la caisse vers la dure-mère, mais aussi un ramollissement plus ou moins marqué de la substance cérébrale qui sépare l'abcès extra-dural de la collection purulente intra-cérébrale. De même, depuis que l'attention a été appelée sur ce point spécial, on a pu reconnaître que généralement, dans les abcès anciens, il existe autour du foyer suppuratif une membrane enkystante souvent assez épaisse; dans les abcès aigus, au contraire, la poche est mal limitée et serait fermée par une masse pulpeuse, molle et diffuse (Maubrac et Broca).

Les symptômes de l'abcès du cerveau sont loin d'être toujours assez nets

(¹) *Traité de chirurgie cérébrale*, p. 518. Paris, 1896.

pour permettre de porter un diagnostic précis, d'autant plus que la plupart du temps l'abcès n'existe pas seul, étant très souvent compliqué de phlébite ou de thrombose. Dans les cas typiques qui devront servir de base à notre description, on observe habituellement un peu de fièvre avec exacerbation vespérale. Malheureusement, ce symptôme n'a aucune valeur, car la suppuration de l'oreille ou les complications mastoïdiennes peuvent l'expliquer; les frissons avec transpiration profuse s'observent aussi au cours de la phlébite du sinus. Les maux de tête localisés dans un point du crâne, correspondant habituellement à la région pariétale du côté atteint, maux de tête à exacerbation névralgique, empêchant ordinairement les malades de dormir, revenant sous la forme de crises paroxystiques d'une violence extrême, pourront être un symptôme capital de l'abcès cérébral. Lorsque le malade est opéré de la mastoïde ou si à titre de recherche on lui applique un bandeau circulaire autour du front avec une bande Velpeau (crêpe lisse ou tout autre bandage assez lâche et élastique), le malade, porteur d'une complication cérébrale, se plaint généralement d'être serré comme dans un étau et il attribue à sa bande la sensation de constriction qu'il éprouve (signe du bandeau, Moure). La percussion du crâne dans le point douloureux augmente généralement la douleur, mais ce fait n'est pas constant. Les vomissements et les vertiges n'ont malheureusement aucune espèce de valeur diagnostique, parce qu'ils peuvent être le résultat d'une irritation labyrinthique tout aussi bien que d'une collection purulente dans l'intérieur du crâne. Le ralentissement du pouls et l'hypothermie, lorsque ces deux symptômes existent et accompagnent une céphalée persistante et de longue durée, sont des signes importants dont il faut savoir tenir compte. La névrite optique et l'inégalité pupillaire, l'hémianopsie s'observent également dans quelques cas, mais ces signes ne sont malheureusement pas caractéristiques de l'affection, puisqu'on les trouve aussi dans les méningites ou dans la phlébite des sinus. Le délire, la somnolence, et, d'une manière générale, les troubles psychiques n'apparaissent souvent qu'à la période terminale, pour faire place au coma final, à moins que l'abcès ne s'ouvre brusquement dans le ventricule, ce qui termine rapidement la scène.

Si les symptômes d'abcès cérébral en général ne sont pas très nets, ceux de localisation sont encore plus rares; on comprend du reste qu'ils pourront varier avec le siège de la lésion; c'est ainsi que, suivant les cas, on observera des hémiparésies, des paralysies sensorielles, de l'aphasie, de l'épilepsie, de la titubation, de la raideur de la nuque, en un mot les signes qui peuvent correspondre à la portion du cerveau ou du cervelet lésée. Bien plus, il n'est pas toujours aisé de pouvoir diagnostiquer l'existence d'un abcès extra-dural qui ne se manifeste souvent que par les symptômes d'hypertension cérébrale, c'est-à-dire de la douleur localisée à un point fixe et quelques accès fébriles. Toutefois, l'examen répété du malade permettra, dans quelques cas, de porter son attention sur des signes légers en apparence, mais révélateurs d'une complication cérébrale pour un praticien sagace et expérimenté.

Diagnostic et pronostic. — Le diagnostic de l'otorrhée est habituellement facile, puisqu'il suffit d'interroger les parents pour apprendre que

leurs enfants ont, depuis déjà plusieurs mois, ou plusieurs années habituellement, une suppuration de l'une ou des deux oreilles, continue ou intermittente. Nous ne pouvons nous étendre ici sur le diagnostic des différentes altérations de la membrane tympanique ou de la caisse, que nous venons de décrire, pas plus que sur la différenciation des diverses complications que l'on est susceptible d'observer au cours de l'otorrhée. Nous nous bornerons à faire remarquer que, si la persistance d'un écoulement de l'oreille constitue un danger permanent pour les enfants qui en sont porteurs et qui se trouvent de ce fait exposés à toutes les complications graves que nous venons de signaler, le pronostic, au point de vue de l'ouïe, est extrêmement variable, suivant le siège, l'étendue et la durée de la suppuration. D'une manière générale, on peut dire que les perforations, occupant le segment inférieur du tympan, sont habituellement moins graves au point de vue auditif que les altérations siégeant dans la partie postéro-supérieure. En effet, après leur cicatrisation, les perforations antérieures laissent ou une ouverture permanente apportant un léger trouble au fonctionnement de l'ouïe, ou des synéchies cicatricielles qui immobilisent fort peu la chaîne des osselets. Les pertes de substance de la membrane de Schapnell, au contraire, entraînent à leur suite une rigidité plus ou moins considérable des articulations des osselets et deviennent par conséquent la source de troubles auriculaires variables. Certaines synéchies, ou cicatrisations fibreuses de la caisse, ont encore l'inconvénient d'englober les cavités de l'oreille moyenne dans un magma fibreux qui apporte un trouble sérieux au fonctionnement de l'ouïe.

Quant au pronostic des différentes complications de l'otorrhée, nous ne pouvons l'envisager ici, il découle de la nature même de la complication et de l'intervention plus ou moins hâtive et plus ou moins complète qui aura été faite pour la combattre.

Traitement. — a) *Traitement médical.* — Le premier traitement de l'otorrhée, à mon sens, est d'assurer la liberté du naso-pharynx, de rechercher s'il n'existe pas dans cette cavité d'altération de la muqueuse susceptible d'empêcher l'aération de la caisse. Il y a déjà bien des années que notre regretté collègue, le docteur Wagner¹ (de Lille), a attiré l'attention sur le bénéfice considérable que retireraient les enfants otorrhéiques de la suppression de leurs végétations adénoïdes.

Le traitement de l'otite moyenne suppurée chronique varie suivant que l'on est en présence d'une suppuration profuse et liquide, ou au contraire que l'écoulement est épais, visqueux et peu abondant. Dans le premier cas, en effet, il importe avant tout d'empêcher la stagnation du liquide septique dans les cavités de l'oreille et sa propagation possible aux cavités annexes ; dans le second, au contraire, une fois la caisse et la partie septique nettoyées, il suffit très souvent d'entretenir la propreté locale, à l'aide d'un pansement direct. Aussi, dans le premier cas, le seul moyen de procéder est d'irriguer largement l'oreille par le conduit auditif, à l'aide d'injections détersives qui

⁽¹⁾ *Revue de laryng.* du Dr Moure, n° 16, 12 août 1891.

varient un peu, suivant chaque praticien. Le point important n'est pas l'instrument destiné à injecter le liquide, mais la manière de procéder pendant ce lavage. Comme ce dernier doit être abondant, il faut repousser à tout prix les seringues à bout rond, dites à oreilles, qui n'ont jamais pu faire un nettoyage sérieux du conduit ou de la caisse. Les poires en caoutchouc, ou mieux encore les injecteurs Enema ordinaires, me paraissent être les meilleurs instruments pour déterger convenablement les cavités suppurantes. L'injecteur Enema, que pour ma part je préfère, a l'avantage de pouvoir être manié avec autant de douceur ou de force qu'il est nécessaire, pour produire le résultat cherché. La canule à adapter à l'extrémité de l'instrument n'est pas indifférente, et depuis ces dernières années je me sers à cet effet de canules en verre facilement stérilisables, que le malade conserve dans un flacon de verre ou dans l'alcool à 95° simple, ou saturé d'acide borique (voir fig. 5).

Cette manière de procéder a non seulement l'avantage de conserver un embout aseptique, incapable, par conséquent, d'apporter des germes infectieux dans l'oreille moyenne, mais encore de pouvoir être facilement employé par les malades qui n'ont pas à craindre d'enfoncer leur canule dans l'intérieur du conduit. Suivant que la perforation est plus ou moins grande, le liquide injecté pénètre facilement dans l'intérieur du pharynx et s'écoule par les narines ou par la bouche. Aussi ne faut-il pas faire d'injections avec des liquides antiseptiques susceptibles d'intoxiquer les petits malades. D'un autre côté, il n'est pas rare que la projection du liquide contre les parois de la caisse produise un état vertigineux assez violent pour aller jusqu'à la syncope ; il suffit d'arrêter de temps à autre le jet de liquide et de le pousser ensuite avec douceur pour éviter cet inconvénient ; mais il faut bien savoir aussi que les vertiges se produisent avec une facilité telle chez certains malades que l'on est presque obligé de renoncer aux nettoyages avec des liquides. Habituellement, la tête de l'enfant doit être inclinée du côté de l'oreille injectée, et la canule retirée de temps à autre, pour faciliter l'expulsion au dehors des produits de desquamation ou des matières caséuses qui pourraient être ramenées par le nettoyage. Suivant l'abondance de l'écoulement, ce dernier sera pratiqué deux ou trois fois par jour. Il sera fait avec de l'eau bouillie tiède, placée dans un récipient lui-même ébouillanté. Les médicaments à ajouter à l'eau bouillie sont extrêmement variables, mais ils semblent n'avoir pas une importance capitale. Je me sers simplement d'acide borique, une cuillerée à café par demi-litre d'eau tiède, ou même très sou-

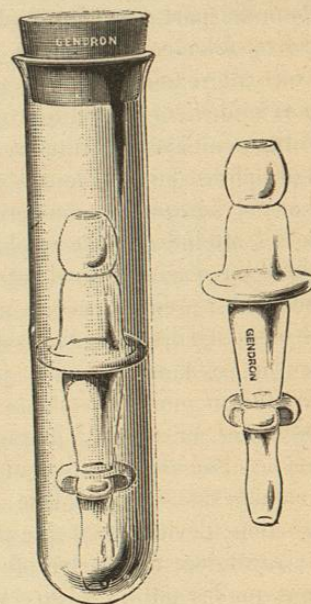


Fig. 5. — Canule aseptique pour injection auriculaire.

vent d'alcool à 95° saturé d'acide borique (une cuillerée à soupe par demi-litre d'eau tiède).

Les premiers nettoyages doivent être faits par le médecin traitant qui s'assurera, après assèchement du conduit et des parois de la caisse, que cette cavité est parfaitement propre et que le malade n'a plus qu'à l'entretenir dans cet état. Si l'écoulement est très peu abondant, par le fait du traitement antérieur, ou pour toute autre cause, je suis d'avis que les lavages peuvent être facilement supprimés, à la condition expresse d'avoir le malade sous la main, pour instituer le traitement sec recommandé déjà depuis plusieurs années par Bezold, de Munich¹. Ce mode de pansement, dont nous adoptons le principe, a subi cependant quelques modifications assez importantes. Pour ma part, voici de quelle manière je le pratique : après avoir nettoyé convenablement le conduit auditif et la caisse, à l'aide d'une injection, et avoir enlevé tous les débris épidermiques ou autres qui pouvaient s'y trouver, non seulement je pratique une douche d'air, par le procédé de Valsava, de Politzer, ou avec le cathéter, mais encore j'assèche la région à l'aide de ouate hydrophile, puis je touche toutes les parties malades avec une solution d'alcool boriqué, de manière à parfaitement les aseptiser, s'il est possible de les atteindre par le conduit. Ceci fait, j'insuffle une légère buée de dermatol ou d'aristol, ou d'autres fois d'iodoforme et d'acide borique mêlés ensemble; prenant ensuite une lanière de gaze dermatolée, salolée ou simplement stérilisée, on l'introduit dans la caisse, en faisant un tamponnement peu ou pas tassé, qui vient jusqu'à l'extérieur. Suivant que la suppuration est plus ou moins abondante, ce pansement est laissé en place pendant 24, 48 heures, ou même 3 jours quelquefois et, lorsqu'il est renouvelé, suivant que la caisse est parfaitement propre, ou au contraire à nouveau contaminée, je touche la région malade avec l'alcool boriqué, ou je fais une nouvelle injection; j'évite autant que possible ces dernières, car elles ont évidemment l'inconvénient d'apporter plus facilement des germes infectieux de l'extérieur que les nettoyages directs avec des tampons imprégnés d'alcool boriqué.

Si l'on ne veut pas faire usage de poudres, soit que ces dernières n'agissent pas comme on le désire, soit qu'elles irritent la muqueuse de la caisse, on peut imprégner l'extrémité de la lanière de gaze d'une solution de glycérine phéniquée au 1/10 ou au 1/5 (Hagen).

Si l'affection est parfaitement accessible, elle s'arrête très rapidement sous l'influence de ce traitement local. Si, au contraire, elle a dépassé les limites de la caisse (région attique, canal tympano-mastoidien, etc.), le traitement local détersif aussi bien que le traitement sec ne réussissent pas à guérir le malade. C'est à la chirurgie qu'il faut demander alors la cure radicale que l'on n'obtiendrait pas autrement.

Ce traitement sec, qui a des avantages énormes et incontestables, lorsqu'il est bien employé, peut, il faut bien le savoir, devenir une source de danger, si le praticien qui en fait usage n'a pas une habitude suffisante de pratiquer des examens de l'oreille. En effet, dans ces cas, l'absence d'injec-

(¹) Arch. für Ohrenheilk., t. XV, p. 1.

tions pourra permettre à des débris épidermiques ou autres de venir se mélanger à la poudre insufflée, d'empêcher l'écoulement au dehors de la sécrétion purulente, par conséquent d'occasionner tous les accidents consécutifs à la rétention du pus. Aussi pensons-nous que, d'une manière générale, pour les praticiens peu familiarisés avec les examens auriculaires, l'injection détersive est encore le moyen le plus sûr de ne pas faire naître de complications et par conséquent de ne pouvoir presque jamais être nuisible à leurs malades.

Si la muqueuse est tuméfiée, granuleuse ou même polypoïde, on peut essayer, après les injections, les instillations d'alcool pur recommandées, il y a déjà bien des années, par le professeur Politzer. Ce mode de traitement, qui réussit dans certaines otorrhées fongueuses, échoue dans bien d'autres cas. On peut alors le remplacer soit par des attouchements des parties végétantes avec du nitrate d'argent fondu à l'extrémité d'un stylet, ou mieux encore avec de l'acide chromique cristallisé également fondu, sous la forme d'une gouttelette rougeâtre couleur des allumettes suédoises, toujours à l'extrémité d'un stylet; il est bon de faire suivre cette cautérisation chromique d'une injection alcaline, pour enlever l'excès de caustique. Le galvano-cautère manié avec beaucoup de précaution, pour ne pas léser la paroi labyrinthique, est encore un excellent moyen de détruire toutes les granulations; malheureusement, il est difficile à mettre en usage chez les enfants. Le chlorure de zinc, en solution au 1/10, constitue encore un excellent caustique avec lequel on peut badigeonner toutes les surfaces granuleuses qui se modifient rapidement à ce contact.

Enfin, dans certaines formes, les différents traitements caustiques échouent ou ne donnent pas de résultats satisfaisants, c'est alors au curettage direct de la caisse, à l'aide de curettes appropriées, qu'il faut donner la préférence, et dans ces cas j'ai toujours l'habitude de faire suivre mon curettage d'un badigeonnage des surfaces nettoyées avec la solution de chlorure de zinc au 1/10; un nettoyage complet, avant et après l'opération, est habituellement nécessaire, et un pansement sec s'impose dans ces cas. Lorsque les saillies fongueuses forment de véritables polypes, on les enlève avec le serre-nœud auriculaire, puis l'on curette la base d'implantation de la manière que nous venons d'indiquer. Ces différentes manœuvres peuvent se faire ou avec l'aide de la cocaïne, ou mieux encore avec l'anesthésie au bromure d'éthyle qui est ici en général très suffisante; ce serait seulement dans les opérations de plus longue durée qu'il vaudrait mieux recourir au chloroforme, dont l'anesthésie est toujours plus complète et surtout plus durable.

Lorsque la perforation est postéro-supérieure et que les produits à enlever occupent la partie supérieure de la caisse, Hartmann a proposé une petite canule coudée destinée à être placée derrière le mur de la logette, pour irriguer cette région. Ce mode de traitement, très précieux chez les adultes, n'est pas toujours d'un emploi commode chez l'enfant qui s'agite et rend ce lavage douloureux, ce qui ne facilite pas son emploi. Il faut néanmoins l'essayer dans quelques cas, car il pourra aider à guérir quelques