

otorrhées rebelles aux traitements ordinaires. Dans bien des cas, malheureusement, il ne permettra pas encore d'atteindre les limites du mal.

Nous ne parlerons que pour mémoire des injections faites par la trompe d'Eustache, dans le but de nettoyer plus convenablement la caisse; c'est là un mode de traitement presque toujours impossible à appliquer chez les enfants; il est douloureux, mal supporté, souvent inefficace et parfois dangereux.

Autrefois, on avait l'habitude de prescrire, à la suite des injections détersives, des médicaments dits antiseptiques ou astringents destinés à être instillés dans l'oreille pour tarir la suppuration; mais, depuis les recherches microbiologiques de ces dernières années, il est bien démontré que le nettoyage complet et que l'asepsie rigoureuse de la région infectée suffisent à eux seuls pour guérir les otorrhées les plus rebelles, à la condition expresse de pouvoir atteindre toutes les parties malades, ce qui n'est pas toujours possible, en agissant par le conduit auditif. De telle sorte que le traitement de l'otorrhée, contre laquelle on avait proposé une série de moyens, ou plutôt de médicaments plus ou moins astringents ou caustiques, se trouve considérablement simplifié. On peut ainsi, dans la pratique, considérer qu'il existe deux catégories de lésions, celles qui n'ont pas dépassé les limites de la caisse que l'on peut atteindre par le conduit auditif, et au contraire les altérations morbides siégeant au delà de cette région, qu'il faut aller chercher et traiter en créant une voie artificielle.

B) *Traitement chirurgical.* — Si les osselets sont malades ou si la perforation tympanique est trop petite ou mal placée, l'indication formelle sera ou de l'agrandir en enlevant une partie du tympan (myringotomie), ou même de sacrifier les osselets malades, afin de pouvoir tarir rapidement la suppuration. Lorsqu'une otorrhée résiste aux traitements que nous venons d'indiquer, et surtout lorsque la suppuration reste fétide malgré les lavages les plus réguliers et les pansements les plus aseptiques, s'il sort encore de temps à autre des produits caséux ou des masses épidermiques, il ne faut pas hésiter à renoncer aux traitements précédents, pour recourir à la méthode chirurgicale. Introduit pour la première fois en 1888 par Kuster et Bergmann<sup>1</sup>, le traitement chirurgical de l'otorrhée fut surtout préconisé et on peut même dire vulgarisé par Stacke en 1890, lors de sa communication au Congrès de Berlin<sup>2</sup>. Cet auteur en effet proposa de traiter les otorrhées rebelles, ou plutôt les altérations situées au delà de la caisse, du côté de la loge des osselets, du canal tympano-mastoïdien ou même de l'antre, en mettant à nu ces différentes cavités suppurantes pour les nettoyer à fond, les curetter et pouvoir ainsi les traiter convenablement, tout comme on le fait pour l'oreille moyenne ou le conduit auditif.

L'opération primitive de Stacke consistait simplement, après avoir décollé le pavillon et le conduit cartilagineux, à faire sauter la paroi osseuse postéro-supérieure de la caisse, ou même de la logette des osselets, pour mettre à nu cette cavité, enlever facilement non seulement la membrane

<sup>(1)</sup> Berlin klin. Woch., n° 52, 24 décembre 1888.

<sup>(2)</sup> Internat. klin. Rundschau, 21 décembre 1890.

tympanique et les osselets de l'ouïe, sauf l'étrier, mais curetter tout à son aise cette région. Toutefois, cet auteur s'aperçut bien vite qu'en général, lorsque l'altération morbide avait envahi ce premier diverticulum de la cavité tympanique, il était bien rare que la lésion s'arrêtât là et que, par l'intermédiaire du canal tympano-mastoïdien, l'antre lui-même ne fût pas infecté; aussi conseilla-t-il bientôt, avant tous les auteurs qui suivirent, d'ouvrir non seulement l'attique, mais encore de faire sauter la paroi postérieure du conduit osseux, d'ouvrir largement la grande cellule mastoïdienne pour mettre à nu toutes les cavités annexes de l'oreille.

Il est bon de se rappeler ici que, généralement chez l'enfant, l'antre mastoïdien est extrêmement développé; qu'il est situé peut-être un peu plus haut que chez l'adulte et que les cellules mastoïdiennes sont assez rudimentaires. Bien que nous ne puissions nous étendre longuement sur cette intéressante opération, nous croyons cependant qu'elle a pris une importance trop considérable dans le traitement de l'otorrhée chronique pour que nous ne soyons pas obligé de la décrire au moins succinctement. Elle doit être pratiquée, en effet, non seulement dans les cas auxquels nous avons fait allusion un peu plus haut (suppuration fétide, nécrose de la partie postéro-supérieure, cholestéatomes), mais encore toutes les fois qu'il existe un trajet fistuleux quelconque, un séquestre à enlever, une paralysie faciale, ou l'une des complications plus graves consécutives à l'otorrhée. Par cette voie, en effet, ainsi que l'ont démontré MM. Wheeler et Broca, non seulement on part des points infectés pour aller à la découverte des autres régions malades, mais lorsque l'antre, le canal tympano-mastoïdien et le toit de la caisse ont été mis à nu, il est très facile de se rendre compte du point par lequel la lésion a marché vers la cavité crânienne, et par conséquent de se laisser guider par elle pour aller jusque vers la complication que l'on recherche.

L'opération dite de Stacke, ou ses dérivés, peut être pratiquée de deux manières; dans l'une, on part de la caisse pour aller vers la grande cellule mastoïdienne, tandis que dans l'autre, après avoir ouvert l'antre, on se

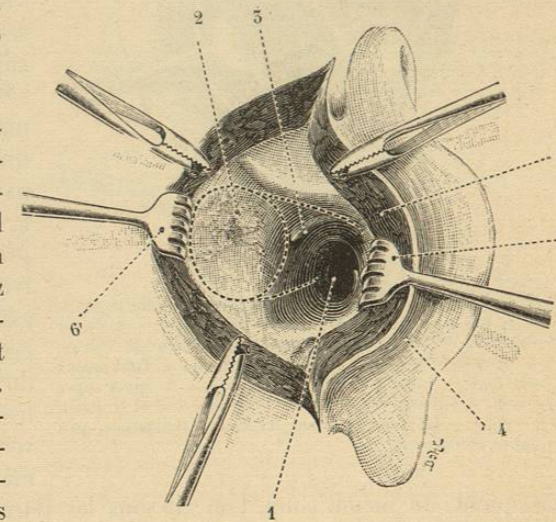


Fig. 6. — Aspect de l'apophyse mastoïde et de l'oreille une fois les parties molles réclinées. — 1. Caisse du tympan. — 2. Spina supra-meatum. — 3. Point d'élection pour l'ouverture de l'antre. — 4. Pavillon récliné. — 5. Lèvre antérieure de la plaie. — 6 et 6'. Écarteur englobant le conduit cartilagineux détaché. — Le pointillé indique la brèche qui doit être faite pour découvrir l'attique, le tympano-mastoïdien et réunir l'antre et la caisse.



dirige de ce dernier vers la cavité tympanique.

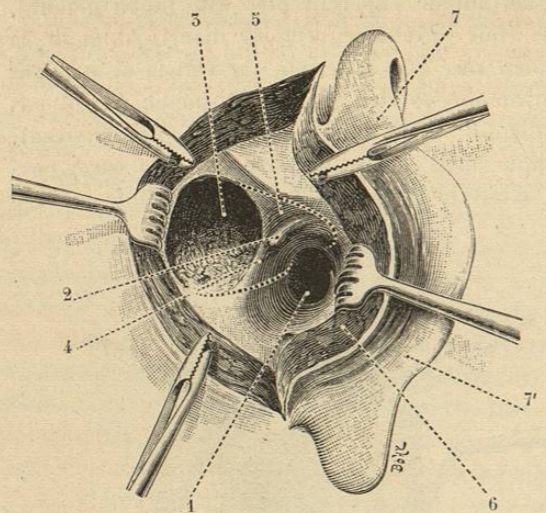


Fig. 7. — La même que précédemment, dans laquelle le pavillon est mis à découvert. — 1. Caisse du tympan. — 2. Partie postérieure du conduit osseux et bord antérieur de l'antre. — 3. Grande cellule mastoïdienne ouverte. — 4. Pont osseux recouvrant le canal tympano-mastoïdien. — 5. Spina supra meatum. — 6. Lèvre antérieure de l'incision. — 7 et 7'. Pavillon récliné. — Le pointillé donne les mêmes indications qu'à la figure précédente.

conséquent, du même coup, l'on ait sous les yeux et la cavité tympanique

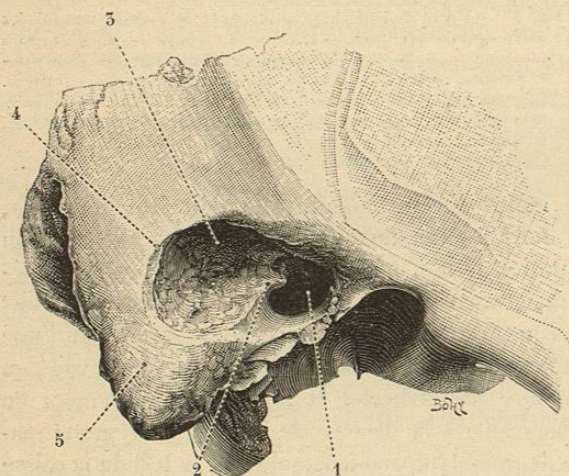


Fig. 8. — Opération complète vue sur un rocher dépouillé des parties molles. — 1. Caisse du tympan. 2. Reste de la paroi postérieure du conduit osseux. — 3. Antre mastoïdien largement ouvert. — 4. Bord postérieur de l'antre. — 5. Pointe de l'apophyse mastoïde.

haut avec la fosse cérébrale moyenne, en arrière avec le sinus latéral, et au fond avec le canal de Fallope et le facial qui y est contenu, puis avec la

Il existe même un troisième procédé mixte qui est celui auquel nous donnons habituellement la préférence; il consiste, après avoir décollé le pavillon de l'oreille et le conduit cartilagineux que l'on récline fortement en avant, à tailler, dans l'épaisseur de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux, à l'aide d'une gouge, une véritable gouttière se dirigeant perpendiculairement vers la profondeur de la caisse, et allant à peu près à la rencontre du canal tympano-mastoïdien. Il est assez ordinaire que, pendant cet élargissement du conduit auditif osseux, l'on trouve chemin faisant l'ouverture de la grande cellule mastoïdienne et que par

et la partie antérieure de l'antre. Il ne suffit plus ensuite que de découvrir en arrière la couche osseuse qui recouvre la grande cellule mastoïdienne, et, en dedans, de faire sauter le pont du conduit osseux et du toit de la caisse qui masquent à la vue la loge des osselets, le canal tympano-mastoïdien. Pendant ces différentes manœuvres, il faut se rappeler les rapports importants de ces régions, d'une part, en

saillie du canal semi-circulaire horizontal ou externe, qu'il faut, autant que possible, se garder de léser.

Lorsque l'opération est terminée, on a sous les yeux les figures schématiques ci-contre. C'est-à-dire deux cavités en forme de bissac réunies par un canal plus étroit; en arrière, se trouve l'antre mastoïdien, en avant, la caisse du tympan; la partie rétrécie correspond au canal tympano-mastoïdien qui les réunit toutes deux. Un curettage soigneux, fait avec une certaine douceur cependant, permet de nettoyer convenablement ces différentes régions des matières caséuses, cholestéatomateuses, fongueuses ou cariées qui peuvent s'y trouver; un badigeonnage au chlorure de zinc au 1/10 termine ce nettoyage. Puis, suivant la perte de substance pratiquée au niveau de l'apophyse mastoïde, le pavillon est complètement suturé<sup>(1)</sup>, ou bien on conserve en arrière une cavité dans laquelle un drain ou plutôt une mèche de gaze iodoformée a été introduite pour permettre des pansements ultérieurs. Un point important est de savoir si l'on doit conserver le

boudin du conduit cartilagineux détaché au début de l'opération ou, au contraire, s'il convient de le réséquer. On peut se borner à le fendre dans le sens de sa longueur, pour l'appliquer ensuite sur les parois latérales de la brèche osseuse pour hâter sa cutanisation. D'autres fois, on fait non seulement une incision longitudinale, mais une deuxième perpendiculaire à la première, de manière à produire deux petits lambeaux quadrangulaires qui sont toujours accolés à l'ouverture de l'apophyse et doivent aider à sa réparation rapide.

Dans d'autres cas enfin, on résèque purement et simplement le lambeau supérieur du conduit cartilagineux, de manière à ne pas avoir par la suite de saillie cutanée venant combler la lumière du conduit auditif et créer des atrésies souvent difficiles à modifier. Actuellement, une fois la cavité complètement évidée, je fends le conduit suivant son axe jusqu'à la conque, ou même en comprenant une portion de cette dernière, si je

(<sup>1</sup>) Depuis ces dernières années, je pratique systématiquement la réunion immédiate du pavillon de l'oreille en arrière, car il est alors très facile, pour un œil un peu exercé, de faire les pansements par le conduit auditif élargi par la section ou la résection du conduit cartilagineux. Cette manière de procéder abrège considérablement la durée de la cicatrisation.

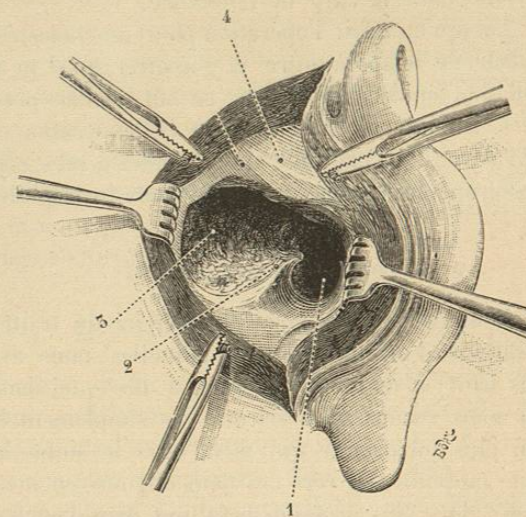


Fig. 9. — Figure précédente avec les parties molles. — 1. Caisse du tympan. — 2. Reste de la paroi postérieure du conduit réséqué. — 3. Antre ouvert. — 4. Partie correspondante à la fosse cérébrale moyenne au-dessus de l'antre.



veux avoir un large méat auditif; puis, écartant les deux lambeaux, je les suture l'un en haut et en arrière, l'autre en bas et en avant, aux parties molles de l'incision rétro-auriculaire, de manière à maintenir écartés au maximum les deux fragments du conduit. On obtient ainsi une ouverture très suffisante pour panser d'abord et surveiller ensuite les cavités de l'oreille moyenne évidées et nettoyées au cours de la cure radicale. Cette manière de faire, à laquelle je me suis arrêté il y a déjà plusieurs années, peut être mise en usage à peu près dans tous les cas d'intervention sur l'oreille pour la cure de l'otorrhée.

Lorsqu'on a fait l'opération pour un cholestéatome, il faut surveiller le malade de temps à autre et s'assurer qu'il ne fait pas de nouvelle accumulation épidermique; dans ce but, si l'on prescrit des injections détersives, il faut avoir soin d'obtenir la dessiccation complète de la cavité. Pour cela faire, j'ai l'habitude de conseiller à mes malades d'insuffler dans leur région opérée et séchée avec de la ouate hydrophile une poudre composée de :

Alun . . . . .	2 grammes
Acide borique finement pulvérisé . . . . .	40 —

Nous ne pouvons nous occuper ici du traitement des différentes complications d'origine otique auxquelles nous avons fait allusion un peu plus haut; nous nous bornerons à dire que, dans bien des cas, l'opération que nous venons de décrire forme simplement le prélude d'une intervention plus importante qui mène vers le sinus latéral, vers la fosse cérébrale moyenne, ou vers ces deux régions en même temps, pour permettre d'agir alors plus profondément soit dans l'encéphale, soit autour ou dans le sinus. Par cette méthode, non seulement on a supprimé la cause première de l'infection à distance, mais on a souvent été guidé par elle pour aller à la recherche d'une lésion intra-crânienne ou extra-durale, dont les symptômes fonctionnels étaient des plus incertains et des plus difficiles à apprécier.

On comprend, d'après l'exposé que nous venons de faire, qu'aujourd'hui les otites moyennes suppurées chroniques doivent toujours, si elles sont convenablement traitées, arriver à une guérison plus ou moins rapide, si l'on n'hésite pas à employer le traitement chirurgical dans les cas où le traitement médical n'a pas donné de résultats définitifs.

Nous n'insisterons pas sur le traitement général de l'otorrhée, parce que nous savons combien il est peu actif, s'il est employé seul. Nous ne sommes plus en effet aux époques où l'on pensait qu'il suffisait de combattre un état diathésique strumeux ou autre, de donner des forces aux enfants, pour voir immédiatement cesser les suppurations de l'oreille ou autres. Il n'est pas douteux que, si l'état général est mauvais, il conviendra d'instituer une médication tonique, reconstituante ou substitutive même dans quelques cas. Elle ne saurait jamais être nuisible, mais il ne faudra pas compter, comme on le fait trop souvent, sur l'évolution de la croissance, sur l'apparition des règles chez les jeunes filles, pour supprimer le flux otorrhéique.

Nous avons déjà insisté par ailleurs sur l'influence nocive de l'air de la mer dans les suppurations auriculaires, nous nous bornerons simplement ici à rappeler le fait. Ce serait du reste sortir de notre cadre que d'envisager les différents états morbides auxquels doit s'adresser telle ou telle médication; c'est à chaque praticien de voir, suivant l'état général de chaque sujet, quel traitement interne il devra prescrire en même temps qu'il sera institué une médication locale énergique. Lorsque l'otorrhée sera guérie, on pourra, pour remédier aux troubles de l'ouïe qui en sont la conséquence, enlever les synéchies cicatricielles, souvent même les osselets ankylosés, ou, dans d'autres cas, essayer de l'application d'un tympan artificiel. Malheureusement ce dernier procédé n'est guère facile à employer chez les enfants. Aussi, nous bornerons-nous à le signaler en rappelant que le meilleur tympan artificiel consiste encore dans un petit morceau d'ouate hydrophile imprégné de glycérine phéniquée au cinquième ou au dixième, porté directement dans la caisse, dans la direction de l'étrier, ou de la fenêtre ronde. Il ne peut être employé que si le tympan a complètement disparu ou après le traitement chirurgical de l'otorrhée.

#### IV. — APOPHYSE MASTOÏDE.

Cette sorte de diverticulum de la caisse, auquel on a donné le nom d'apophyse mastoïde, occupe parfois une place considérable dans la pathologie auriculaire de l'enfance; aussi croyons-nous devoir étudier les maladies dont elle peut être atteinte, séparément. Nous rappellerons, tout d'abord, que, chez les jeunes enfants, l'antre mastoïdien existe habituellement seul avec la pointe de l'apophyse et possède des dimensions beaucoup plus considérables que chez l'adulte, toutes proportions gardées, cela va sans dire. Les principales affections susceptibles d'atteindre cette région sont, d'une part, la périostite mastoïdienne et, d'une autre, l'ostéite profonde ou inflammation de la cavité.

**Ostéopériostite.** — Les inflammations primitives des parties molles qui recouvrent l'oreille sont relativement très rares chez l'enfant, tandis qu'on les observe quelquefois chez l'adulte; elles sont le plus souvent la conséquence d'une inflammation diffuse du conduit auditif ou du pavillon de l'oreille; dans quelques cas même, elles peuvent être le résultat d'un traumatisme produit en arrière de l'oreille, de même qu'on les a vues succéder à quelques fièvres éruptives.

Cette inflammation se manifeste habituellement par un gonflement plus ou moins marqué des parties molles situées en arrière de l'oreille déterminant une projection du pavillon en avant, par effacement du sillon rétro-auriculaire. Non seulement la peau s'œdématisé, mais elle devient rouge, tendue, et surtout très douloureuse à la pression; dans quelques cas même, on peut trouver comme une sorte de fluctuation profonde; mais cette dernière n'est souvent appréciable qu'au moment où le pus va faire issue à travers la peau. Il n'est pas rare de voir la périostite mastoïdienne