

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'œdématie, 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

s'accompagner d'un véritable décollement de toute la paroi crânienne et le pus fuser jusqu'au niveau des régions frontale et occipitale, quelquefois même le long des muscles du cou, si une intervention ne vient mettre fin aux souffrances du malade et à la diffusion du mal.

Le diagnostic est généralement facile, par l'existence d'inflammations résidant dans le conduit auditif osseux, ou dans les ganglions péri-mastoïdiens.

Le traitement est ordinairement bien simple; il consiste, au début, dans l'application d'antiphlogistiques énergiques au nombre desquels les sangsues occupent la première place. Lorsqu'on craint la formation du pus, et à plus forte raison lorsqu'il en existe déjà, le seul traitement réellement actif est l'incision dite de Wilde, c'est-à-dire l'incision de toutes les parties molles jusqu'au périoste. Un drain placé dans la plaie après nettoyage complet de la cavité et au besoin curettage des fongosités qui peuvent s'y trouver, écouvillonnage au chlorure de zinc au 1/10, amène ordinairement une résolution rapide.

Ostéite mastoïdienne. — L'inflammation du revêtement de la grande cellule mastoïdienne est aussi très rarement primitive chez l'enfant, elle succède habituellement ou à la suppuration aiguë de la caisse, ou, comme cette dernière, elle s'infecte en même temps qu'elle, au cours des maladies générales, au nombre desquelles la scarlatine, la rougeole semblent occuper la première place.

Le symptôme habituel de l'inflammation aiguë de l'apophyse mastoïde est la douleur, revenant habituellement par accès, surtout la nuit empêchant souvent les enfants de dormir. La pression, au niveau de cet appendice ou dans la région correspondante à l'antre ou à la pointe de l'apophyse, est extrêmement douloureuse et rappelle assez bien la douleur que l'on observe sur les os longs dans les cas d'ostéomyélite; il est même probable qu'il existe de véritables ostéomyélites aiguës du rocher, comme on en observe sur d'autres os, surtout chez les enfants. Habituellement, dans les inflammations de l'antre mastoïdien, les parties molles sus-jacentes ne sont pas infiltrées, elles ont conservé leur coloration normale, le pavillon n'est pas déjeté en avant s'il n'existe pas en même temps une ostéo-périostite superficielle. Par contre, le conduit auditif est généralement rétréci par projection en bas et en avant de la paroi postéro-supérieure.

L'existence d'une suppuration de la caisse, accompagnée des différents symptômes que nous venons d'indiquer et en particulier des phénomènes douloureux spontanés et à la pression, sont déjà des éléments de diagnostic très suffisants pour permettre de poser les indications de l'intervention chirurgicale. A plus forte raison, s'il existe de la fièvre ou d'autres phénomènes infectieux généraux.

Le pronostic d'une mastoïdite suppurée chez l'enfant est souvent grave par les complications qui peuvent en être la conséquence, aussi est-il justiciable d'un traitement chirurgical hâtif, bien avant que l'apophyse ait eu des tendances à se perforer d'elle-même, et, par conséquent, que le pus

se soit fait jour à l'extérieur. Ce traitement consiste à pratiquer l'ouverture de l'antre de la manière, classique aujourd'hui, que nous décrivons un peu plus loin.

Généralement l'ouverture de la grande cellule mastoïdienne est suivie d'une évacuation de pus, et l'on constate dans son intérieur l'existence de fongosités qu'il faut curetter et écouvillonner au chlorure de zinc au 1/10. On peut ensuite suturer les parties molles en laissant simplement un drain dans l'intérieur de l'apophyse pour permettre de faire pendant les jours suivants des lavages jusqu'au moment où l'on pourra laisser la plaie se réunir, c'est-à-dire au bout de 15 à 20 jours après l'opération, au moment où la suppuration de la caisse et de l'apophyse sont taries.

Il n'est pas très rare, lorsqu'on pratique une trépanation un peu tardive, et qu'il existe du boursoufflement des tissus extérieurs, de voir se combiner une ostéo-périostite mastoïdienne suppurée avec de l'ostéite mastoïdienne siégeant au-dessous d'une couche osseuse corticale saine, c'est-à-dire que, lorsqu'on a pratiqué l'incision de Wilde, on trouve au-dessous du périoste une apophyse qui semble normale, quoique souvent un peu rouge, piquetée et injectée. On serait tenté d'arrêter là son intervention si l'on ne savait que, la plupart du temps, l'antre mastoïdien est également atteint et qu'il est important de l'ouvrir pour être sûr de ne pas laisser un point infecté dans l'intérieur de cette cavité.

Donc, l'existence du pus à la surface de l'os ne constitue pas une contre-indication, bien au contraire, à l'ouverture de l'antre mastoïdien. Il faut en général trépaner, et on trouve au-dessous de la corticale, non seulement du pus, mais des fongosités à curetter et à supprimer.

Ostéite chronique. — La forme de mastoïdite aiguë que nous venons de décrire se rencontre assez rarement chez l'enfant. Habituellement, on n'intervient pas assez tôt et on laisse la suppuration se faire jour par elle-même jusqu'à l'extérieur, par nécrose ou carie de la couche osseuse. C'est alors, mais alors seulement, qu'apparaissent d'ordinaire les symptômes péri-mastoïdiens qui peuvent faire croire tout d'abord à une simple ostéo-périostite diffuse. Si l'on opère dans ces cas, on se borne souvent à pratiquer une petite incision aux parties molles, à laver la cavité, et à mettre un drain, persuadé que l'on obtiendra ainsi la guérison. C'est là une manœuvre que l'on ne saurait trop blâmer, car, toutes les fois qu'existent des phénomènes péri-mastoïdiens, il ne faut pas hésiter à pratiquer une large incision allant jusqu'à l'apophyse mastoïde et permettant d'examiner la surface de cette dernière, et même son intérieur, pour s'assurer qu'il n'existe pas de pertuis fistuleux menant vers une cavité malade.

On a beaucoup écrit, dans ces dernières années, sur les dangers de l'incision de Wilde; c'est-à-dire que bien des praticiens, se bornant trop souvent à pratiquer l'incision des parties molles, qui leur a donné quelques succès, se bercent d'une véritable illusion lorsqu'ils croient pouvoir, par ce mode de traitement très simple, guérir les différentes complications mastoïdiennes. La plupart du temps, l'amélioration n'est que passagère, et pour

quelques cas qui ont guéri, il en est beaucoup d'autres chez lesquels on a vu survenir des complications graves dont la mort a souvent été la conséquence : on risque beaucoup à être trop timoré, tandis que si l'on est prudent, on ne risque rien à pénétrer jusque dans l'oreille et les cavités annexes, à les inspecter et les drainer, si besoin est. Dans quelques cas, le pus, au lieu de se faire jour vers l'extérieur de l'apophyse, perfore cette dernière vers sa pointe pour fuser le long des muscles du cou, déterminant des phlegmons ou des infections à distance que l'on est plus habitué à rencontrer chez l'adulte que chez les enfants, car je ne crois pas qu'il existe d'exemple de cette complication au-dessous de l'âge de 15 ans, tandis qu'elle est loin d'être très rare chez l'adulte, ainsi que Bezold l'a fait remarquer.

D'autres fois enfin, la suppuration détruit les parties supérieures de l'antra et pénètre directement dans la cavité crânienne, allant produire à ce niveau une série de complications que nous n'avons pas à étudier ici, mais qui, on le comprend, sont de la plus haute importance et qu'il faut à tout prix éviter.

Pronostic. — Le pronostic des mastoïdites aiguës ou chroniques n'est généralement pas grave, si l'intervention est faite assez hâtivement pour prévenir les infections secondaires. L'opération elle-même peut être considérée comme bénigne, si elle est pratiquée suivant les règles de la prudence, dont il ne faut jamais se départir en pareil cas.

Traitement. — Le traitement de l'ostéite mastoïdienne inflammatoire aiguë est à peu près le même que celui dont nous avons parlé à propos de l'ostéo-périostite. Les antiphlogistiques, les saignées locales, les réfrigérations avec le tube de Leiter, l'application d'onguent mercuriel belladonné, sont les moyens habituellement employés en pareil cas. Nous ne reviendrons pas sur l'incision de Wilde dont nous avons indiqué la valeur un peu plus haut.

Le véritable traitement est l'ouverture de l'antra, de manière à permettre non seulement l'issue du pus, mais le nettoyage complet de la cavité. On sait qu'aujourd'hui la trépanation de l'apophyse ne se fait pas avec le trépan classique, qui a été remplacé, avec avantage du reste, par la gouge et le maillet, ou une sorte de fraise mue à l'aide d'un moteur électrique. Comme la gouge est l'instrument qui est le plus à la portée de tous les praticiens, c'est celui auquel il faut donner la préférence ; elle est du reste facile à manier et permet de n'entailler dans l'os que la portion qu'on désire enlever. Le danger de l'ouverture de l'antra est ordinairement l'existence du sinus latéral, qui, on le sait, se trouve à la partie postérieure de cette cavité. Nous ne pouvons revenir ici sur l'anatomie de cette région, mais nous nous bornerons à rappeler que, si le sinus est en arrière, la fosse cérébrale moyenne est au-dessus. Une fois l'apophyse mastoïde dénudée, le meilleur point de repère est cette sorte de petite épine osseuse qui se trouve à la partie postéro-supérieure du conduit osseux, et à laquelle on a donné le nom de *spina supra meatum*, ou épine de Henle (Voir fig. 10). En ouvrant à ce niveau, à 1/2 centimètre environ en arrière du conduit osseux, on a bien des chances de tomber directement dans la grande cellule mastoïdienne ; on

doit du reste aller toujours avec une certaine précaution, de façon à s'assurer que l'ouverture que l'on a sous les yeux est bien celle de l'antra et non le sinus latéral, qu'il est habituellement facile de reconnaître à sa paroi lisse, unie et ordinairement un peu bleuâtre. Dans le doute, une ponction capillaire permettrait d'être fixé. Mais habituellement, lorsqu'on a pénétré dans la grande cellule mastoïdienne, l'existence du pus ou l'odeur fétide qui s'exhale au dehors, dans d'autres cas l'existence de fongosités permettent bien vite à un œil un peu exercé de voir la région dans laquelle on opère. Il

convient de rappeler ici que l'existence d'une fistule mastoïdienne à travers le tissu osseux ne doit nullement attirer l'opérateur et l'exposer à s'écarter du point d'élection que nous venons d'indiquer. Une fois l'antra ouvert, on sera fatalement conduit vers le trajet fistuleux, tandis que si l'on parlait de ce dernier, on s'exposerait à pénétrer dans l'intérieur de la cavité crânienne avant d'avoir ouvert la grande cellule, et parfois de perdre toutes les notions des rapports ana-

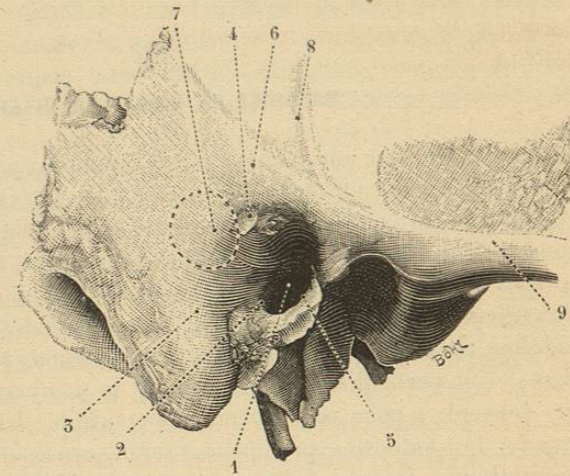


Fig. 10. — Vue d'ensemble du rocher (paroi externe). — 1. Caisse du tympan. — 2. Paroi postéro-inférieure du conduit osseux. — 3. Apophyse mastoïde. — 4. Spina supra meatum. — 5. Paroi antéro-inférieure du conduit osseux. — 6. Naissance du conduit zygomatique en arrière et au-dessus du conduit: *linea temporalis*. — 7. Point d'élection pour l'ouverture de l'antra mastoïdien. — 8. Point correspondant à la fosse cérébrale moyenne. — 9. Apophyse zygomatique.

tomiques importants de cette région. S'il existe des séquestres, ils seront enlevés en évidant leur pourtour à l'aide de la gouge. Plus que jamais ici la prudence est de mise, parce que l'ablation d'un séquestre peut très bien ouvrir, ou le golfe de la veine jugulaire, ou le sinus latéral, et par conséquent occasionner une complication à laquelle il faut toujours être prêt à parer. Si l'un de ces gros vaisseaux était incisé au cours de l'intervention, il faudrait immédiatement bourrer convenablement sa cavité de gaze iodoformée qu'on laisserait en place pendant 5 ou 4 jours, au bout desquels l'hémorragie est généralement arrêtée. Il est inutile d'ajouter que toutes ces interventions chirurgicales doivent être faites d'une manière aussi aseptique que si l'on opérât sur toute autre région du corps ; ce sont là des points de technique sur lesquels nous n'avons pas à insister.

Le traitement consécutif est ordinairement très simple ; une fois la cavité ouverte et nettoyée, on place un drain dans son intérieur, on suture les parties molles, et suivant que la brèche osseuse a été plus ou moins considérable et que la lésion est récente ou ancienne, le traitement ultérieur devient plus ou moins long. Dans les cas où l'on soupçonne une compli-

cation ayant dépassé les limites de l'antre ou de la caisse, il ne faut pas hésiter à ouvrir d'abord ces deux cavités, pour se laisser ensuite conduire par la lésion osseuse elle-même vers l'intérieur du crâne, et agir alors en conséquence, suivant la nature des accidents soupçonnés. Aujourd'hui, on ne doit plus laisser mourir un enfant atteint ou de thrombose, ou de phlébite du sinus latéral, et même d'abcès encéphalique, si l'on soupçonne l'existence de ces lésions, sans avoir cherché, par une intervention convenable, à traiter ces différentes complications.

III

MALADIES DE L'OREILLE INTERNE

Si la pathologie auriculaire a fait de nombreux progrès dans ces dernières années pour ce qui a trait aux affections de l'oreille externe et moyenne, il faut avouer que, malgré les nombreuses recherches anatomo-pathologiques et le nombre considérable d'autopsies intéressantes, les affections labyrinthiques ne sont pas encore très connues. Tout ce que nous savons, c'est que les altérations de l'oreille interne sont plus fréquentes dans l'enfance que chez l'adulte ; elles s'observent surtout chez ce dernier, à la suite des exanthèmes aigus, et en particulier dans le cours de la méningite cérébro-spinale qui, très souvent, a pour conséquence une surdité définitive. Cette dernière, d'après les autopsies pratiquées, serait consécutive à une suppuration labyrinthique. Ziemssen¹ dit même que, sur 42 cas de cette affection, 8 se compliquaient de surdité, soit une proportion d'environ 20 pour 100. Habituellement les malades accusent, au début, des bourdonnements d'oreilles, tintements, sifflements ; parfois même des douleurs et presque toujours de la surdité qui va s'accroissant de plus en plus, jusqu'à la cophose absolue. Ordinairement bilatérale, la perte de l'ouïe reste définitive et devient la cause d'une surdi-mutité acquise. On a encore attribué à la méningite cérébro-spinale des hypertrophies, des épaissements circonscrits, et la désorganisation des tissus de l'oreille interne, mais rien ne prouve que ces altérations soient bien la conséquence de cette affection. Elles sont souvent découvertes par hasard, dans des recherches d'autopsie poussées un peu plus loin qu'on ne le fait habituellement.

Hyperémie et anémie du labyrinthe. — L'hyperémie ou l'anémie du labyrinthe que l'on observe à la suite de certains exanthèmes aigus, du typhus, de la méningite, ne se manifestent généralement pas chez l'enfant par des signes bien nets permettant d'en faire le diagnostic exact. C'est plutôt lorsque, à la suite d'une de ces diverses affections, on constate la perte de l'ouïe des deux côtés, que l'on songe alors à la possibilité d'une lésion auriculaire dont la nature n'est pas toujours facile à déterminer. Il y a déjà bien des années, j'ai publié un certain nombre de faits prouvant que les

(¹) Meningitis cerebro-spin. epidemia. *Pathologie und Therapie*, t. II, 1874, p. 675 et 680. — Cité par de Troeltsch.

oreillons pouvaient devenir la cause de surdité grave occupant habituellement l'oreille interne. Depuis cette époque, bon nombre de travaux analogues (Lemoine et Lannois, etc.) sont venus confirmer cette assertion, sans pouvoir cependant donner une explication bien nette de la pathogénie de cette surdité.

Inflammations aiguës du labyrinthe. — Voltolini¹ a décrit il y a plusieurs années, sous le nom d'inflammation aiguë primitive du labyrinthe, une maladie de l'enfance caractérisée par l'existence de fièvre assez intense, de perte de connaissance, douleurs, convulsions et vomissements survenant brusquement chez des sujets bien portants d'ailleurs, et simulant à s'y méprendre, moins les paralysies, les contractures et le strabisme, la méningite aiguë. Après avoir duré pendant 8 à 10 jours, cette affection se termine en laissant après elle une surdité bilatérale généralement fort grave et une marche incertaine, chancelante même, qui dure souvent plusieurs semaines ou plusieurs mois. Comme dans toute inflammation du labyrinthe, pendant le cours de la maladie, si l'enfant est couché et que l'on essaie de soulever sa tête, il est immédiatement pris de vomissements intenses qui se calment lorsqu'il reste tranquille, les yeux fermés et la tête appuyée sur l'oreiller. Après la disparition de cette affection, il ne reste aucun trouble extérieur ; seule la surdité persiste, semblant indiquer que c'est bien en effet du côté de l'appareil acoustique qu'a porté la lésion. Néanmoins certains auteurs, et en particulier Moos, Knapp et de Troeltsch, ne veulent pas admettre qu'il s'agit dans ces cas d'une inflammation aiguë des parois labyrinthiques se manifestant des deux côtés à la fois ; ces auteurs pensent que certaines parties des méninges peuvent ne pas être étrangères à l'affection, et de Troeltsch, beaucoup plus catégorique encore, admet que la lésion doit siéger non dans les labyrinthes, mais dans les noyaux d'origine des nerfs acoustiques, c'est-à-dire sur le plancher du quatrième ventricule. « N'est-ce pas en effet, dit cet auteur, dans une accumulation de pus à l'intérieur de ce ventricule ou dans l'infiltration de son plancher ou de son revêtement, que l'on devrait rechercher la cause anatomique de la surdité que laisse après elle la méningite cérébro-spinale épidémique. Quand l'examen de l'oreille donne des résultats négatifs, c'est là aussi, ajoute-t-il, que nous trouverons l'explication de la surdité toujours bilatérale dans d'autres formes morbides. » Cette bilatéralité persistante nous paraît l'argument le plus péremptoire contre l'hypothèse d'une affection inflammatoire du labyrinthe qui se concilierait mieux avec les cas de surdité bornée à une seule oreille, à la suite de troubles analogues à ceux de la maladie de Ménière, ainsi que cela se voit fréquemment chez les adultes.

Un peu plus loin, cet auteur, prévoyant l'objection qu'on peut lui faire de l'absence de paralysie faciale dans ces cas, rappelle que les noyaux de l'acoustique sont assez indépendants pour être seuls atteints, sans que les noyaux du facial soient pris, d'autant plus que ces derniers paraissent plus

(¹) *Monat. f. Ohrenheilk.*, octobre 1896.