

## CHAPITRE II

### AFFECTIONS DES OREILLES

#### ARTICLE PREMIER

#### OTITES EXTERNES

La peau, qui revêt le conduit auditif externe, est riche en glandes sudoripares et sébacées. Aux dépens de ces glandes, peuvent se développer, à la suite d'une infection par le staphylocoque ou le streptocoque, des furoncles ou des hydroadénites : c'est là l'*otite externe circonscrite*, l'abcès folliculaire du conduit. — Dans la moitié interne du conduit, la peau et le périoste forment une même membrane : de là, la propagation au périoste des inflammations folliculaires du conduit et l'apparition d'une périostite ; c'est la *forme diffuse et profonde* de l'otite externe.

**Symptômes.** — Le furoncle du conduit auditif se manifeste par les symptômes suivants : 1° une sensibilité douloureuse du conduit, exagérée par les mouvements de mastication ; 2° une sensation de chaleur et de tension, surtout marquée quand la folliculite siège dans la moitié interne du conduit, point au niveau duquel le périoste est adhérent au derme, et où l'œdème périfolliculaire étrangle les éléments nerveux ; 3° la tuméfaction des parois du conduit, qui gêne l'introduction du spéculum et peut aller jusqu'à l'obturation presque complète.

Dans le cas d'une otite externe, avec périostite, ce sont les mêmes symptômes, aggravés. La douleur s'irradie dans la moitié de la tête, s'exagère par tous les mouvements du maxillaire inférieur ; le malade a de l'insomnie, de l'agitation, de la

fièvre ; la partie profonde du conduit se remplit de squames épidermiques blanchâtres et humides, revêtant les parois tuméfiées ; le fond de l'oreille externe montre une hyperémie manifeste.

Quand la périostite se déclare, le calibre du conduit se rétrécit, surtout au niveau de sa paroi postéro-supérieure. Il est fréquent de voir l'inflammation gagner le périoste de la mastoïde, qui devient douloureuse, tuméfiée et rouge. Chez l'enfant, où la paroi supérieure du conduit auditif, répondant à la fosse cérébrale moyenne, est représentée par une lame osseuse mince creusée de canaux veineux et lymphatiques, une infection méningée peut résulter d'une simple otite externe, sans participation de la caisse : c'est un point à ne pas oublier.

**Traitement.** — Au début, instillations dans l'oreille de solutions concentrées chaudes de bicarbonate et de borate de soude ; applications de compresses chaudes ; parfois, pour calmer les phénomènes douloureux, deux sangsues au-devant du tragus. De bonne heure, il faut inciser le furoncle et l'abcès folliculaire ; la même règle s'applique à la périostite du conduit.

#### ARTICLE II

#### OTITES MOYENNES AIGUES

**Étiologie** — L'oreille moyenne, s'ouvre, dans le pharynx, par la trompe d'Eustache : c'est par cette voie tubaire que l'infection lui arrive ordinairement.

En règle presque générale, une infection naso-pharyngienne précède l'otite moyenne. Ce point a une grande importance thérapeutique : c'est en traitant un coryza, une rhinopharyngite, en enlevant des végétations adénoïdes, qu'on fait la meilleure prophylaxie de l'otite moyenne ; c'est en soignant le rhinopharynx qu'on préserve la caisse et la mastoïde.

Les microbes qui créent ces infections de la caisse par voie tubaire ascendante sont : 1° d'abord et surtout le microbe de l'influenza, le bacille de Pfeiffer, car il est à noter que les

otites moyennes et leurs complications ont subi une recrudescence depuis l'apparition des épidémies de grippe ; 2° le pneumocoque, ce qui explique la fréquence de l'otite moyenne dans les inflammations broncho-pneumoniques, principalement chez le nourrisson ; 3° les streptocoques, qui sont l'agent pathogène ordinaire des infections de l'oreille moyenne dans la scarlatine, dans la rougeole, dans la diphtérie ; 4° les staphylocoques, surtout le doré.

Normalement, la plupart de ces microbes introduits par l'inspiration, vivent en saprophytes dans la cavité bucco-pharyngée. Vient une inflammation du rhinopharynx, ils pullulent et créent des lésions aux environs de l'orifice de la trompe.

Comment arrivent-ils par voie tubaire, jusque dans l'oreille moyenne ? — Ils peuvent s'y propager de proche en proche, en suivant la muqueuse, de la trompe vers la caisse, la salpingite faisant suite à la rhinite et l'otite succédant à la salpingite, de même que, plus loin, la mastoïdite peut évoluer après l'otite. — Or, certaines conditions favorisent cette ascension : l'éternuement, le moucher, les expirations violentes de la toux peuvent projeter dans la caisse les microbes venus du pharynx et des fosses nasales. — Une douche nasale au moyen du siphon de Weber, donnée inopportunément au cours d'un coryza aigu est parfois la cause d'une infection de la caisse en y projetant les mucosités septiques du nez.

Dans des cas plus rares, l'infection de l'oreille moyenne arrive par le conduit auditif externe : cela s'observe dans les tentatives maladroites et septiques d'extraction de corps étranger.

**Anatomie pathologique.** — La muqueuse de la caisse, infectée, réagit plutôt comme une membrane séreuse que comme une muqueuse : cette observation importante a été établie par TOYNBEE. Divers degrés s'observent dans cette réaction inflammatoire : 1° le catarrhe, caractérisé par l'hypersecretion d'un liquide séro-muqueux, floconneux, emplissant la caisse dont la muqueuse congestionnée est desquamée par places ; 2° l'otite, avec suppuration, où la muqueuse, dont l'épithélium se tuméfie,

est épaissie et ramollie, dans toute l'épaisseur de son chorion, et sécrète un muco-pus abondant.

**Symptômes.** — Des douleurs lancinantes revenant par accès, plus accentuées la nuit, s'irradient de l'oreille à la moitié correspondante de la tête, marquent l'apparition de l'otite moyenne aiguë. Si l'on tire sur le pavillon ou si l'on presse le tragus, on exagère la souffrance. Ces douleurs sont dues à la mise en tension de l'oreille moyenne, consécutivement à l'obstruction tubaire, par le catarrhe ou la suppuration de la caisse. Elles sont comparables aux douleurs oculaires dans le glaucome : dès qu'une perforation du tympan se produit, faisant office de paracentèse spontanée, l'hypertension se supprime et la douleur cesse brusquement.

Le malade a la sensation de plénitude dans l'oreille ; sa voix résonne davantage dans l'oreille atteinte : ce qui tient à l'obturation tubaire. Des troubles réflexes peuvent apparaître : névralgies du trijumeau, altérations du goût dans la moitié correspondante de la langue, ce qui s'explique par les connexions de la caisse avec la corde du tympan : parfois nausées, vomissements ; dans quelques cas, paralysie temporaire du facial : chez certains malades, du vertige, dû à l'hyperémie du labyrinthe. La fièvre apparaît avec la suppuration de la caisse : chez les enfants, elle peut s'accompagner de délire et de convulsions, qui font penser à une méningite.

L'examen objectif doit explorer : 1° les modifications de la membrane du tympan, révélatrices des lésions de la caisse ; 2° la perméabilité de la trompe d'Eustache toujours altérée par la salpingite ; 3° les modifications de la fonction auditive.

La membrane du tympan est congestionnée, rouge, desquamée par places, montrant parfois de petites phlyctènes ou des ecchymoses, surtout autour du manche du marteau, où passent les vaisseaux les plus importants de la membrane. Sous cette tuméfaction rouge, totale, le triangle lumineux et le manche du marteau finissent par disparaître. S'il s'est produit une perforation tympanique, il est difficile de la reconnaître à l'otoscope, tant que la suppuration est abondante et masque le per-tuis. Plus tard, on aperçoit la perte de substance, sombre si

elle est de petite dimension, rougeâtre si elle est large parce qu'alors la lumière la traverse et va éclairer l'intérieur de la caisse. La perforation occupe ordinairement le secteur inférieur de la membrane, dans quelque cas, il faut la chercher, au niveau de la membrane flaccide de Shrapnell, dans le secteur supérieur.

Pour apprécier si la trompe est perméable, il faut y faire une insufflation d'air, après cathétérisme. Cette exploration est surtout applicable au catarrhe tubo-tympanique. Si l'on ausculte l'oreille du malade au moyen de l'otoscope de Toynbee, pendant cette insufflation, on peut entendre des râles muqueux, dus au passage de l'air à travers la trompe : si la sécrétion séro-muqueuse est très abondante, on perçoit un vrai gargouillement ; si le liquide est épais, muco-purulent plutôt que séreux, le son perçu est d'une tonalité grave.

Si l'on place un diapason sur le sommet du crâne et qu'on le fasse entrer en vibration il est mieux perçu par l'oreille malade : cela indique qu'il existe un obstacle à la transmission des ondes sonores de dehors en dedans à travers l'oreille moyenne : c'est l'épreuve de Weber.

L'épreuve de Rinne est négative : c'est-à-dire qu'un diapason est encore entendu, si on le fait vibrer sur l'apophyse mastoïde, alors que, présenté près du méat auditif, il a cessé d'être perçu, ce qui est contraire aux conditions normales, dans lesquelles le diapason est mieux entendu du méat que par la mastoïde.

La surdité varie selon la forme anatomique : dans le catarrhe tubo-tympanique, elle peut rétrocéder totalement ; dans l'otite suppurée, elle augmente à mesure que la caisse s'emplit de pus, et peut persister partiellement, même quand la suppuration se termine.

**Traitement.** — Pour atténuer les douleurs, à la période aiguë, il faut recourir aux bains locaux, le conduit auditif étant rempli, en position de tête inclinée, par une solution chaude de borate de soude cocaïnée à 1/20. Trois ou quatre sangsues en avant du tragus sont aussi un moyen analgésique.

L'intensité des douleurs et des phénomènes généraux est une

indication à la paracentèse du tympan : on instille quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/10 ; on les laisse en place dix minutes ; avec un petit bistouri coudé, on pratique une incision courbe à concavité supérieure, dans le secteur inférieur de la membrane ; matin et soir on instille cinq à dix gouttes de glycérine phéniquée à 1/10. — Une indication se pose dès lors : éviter les infections secondaires, par l'antisepsie de la gorge et du nez ; éviter la rétention du pus, en donnant des douches d'air par le nez au moyen de la poire de Politzer, de façon à vider l'oreille.

## ARTICLE III

## OTITE MOYENNE CHRONIQUE SÈCHE

**Définition.** — Un fait caractérise cette affection, fréquente et rebelle : c'est un *processus de sclérose*, qui est presque *fatalement progressif* et qui aboutit à l'épaississement fibreux de la muqueuse de la caisse, à l'ankylose de la chaîne des osselets par des néo-membranes qui les enserrant et les immobilisent, à l'opacification du tympan et de la membrane de la fenêtre ronde, et même à la condensation scléreuse de la mastoïde.

**Symptômes.** — Surdité et bruits anormaux : tels sont les deux symptômes essentiels de la tympano-sclérose.

La surdité tient surtout à la rigidité des osselets. Elle a des modes variables : elle s'aggrave par des poussées congestives ; elle est plus prononcée pour les sons graves : elle s'accompagne d'une fatigue de l'accommodation, ce qui explique que ces scléreux soient plus lourds lorsqu'ils sont mêlés à une conversation générale, dans un dîner par exemple, où ils ne perçoivent qu'un murmure confus. — Il est fréquent d'observer chez eux la surdité paradoxale, ou paracousie de Willis : ces sujets entendent mieux au milieu d'un grand bruit, dans un train en marche, probablement parce qu'alors leurs osselets sont mobilisés par ces trépidations.

Les bourdonnements sont dus, soit à la pression exercée par

l'étrier refoulé sur la fenêtre ovale, soit à l'envahissement du labyrinthe par le processus scléreux : jet de vapeur, fuite de gaz, sifflements se rapprochant de la syllabe *dji*, bruit des grands coquillages, telles sont les variétés de ces bruits qui obsèdent le malade, et peuvent créer, chez les nerveux, des hallucinations.

Les signes objectifs sont les suivants : un état fibreux du tympan, blanchâtre et opaque surtout à la périphérie ; un enfoncement central de la membrane d'où résulte une proéminence en dehors de l'apophyse externe du marteau, en avant de laquelle se forment deux plis arciformes ; l'auscultation de l'oreille pendant que l'on pratique la douche d'air dans la trompe avec la sonde d'Itard, fait entendre un souffle tubaire ou amphorique.

Le diapason-vertex est mieux perçu du côté de l'oreille la plus scléreuse ; au contraire dans l'otite interne labyrinthique, il est mieux perçu par la bonne oreille : c'est là un signe différentiel capital.

**Pronostic et traitement.** — Abandonnée à elle-même, l'affection aboutit, en vingt ou trente ans, à une parotite fibreuse, avec surdité complète. Malheureusement le traitement est trop souvent inefficace. L'iodure a une réelle valeur antiscléreuse : il doit être pris à doses faibles et continues.

Le traitement local comprend les moyens suivants : 1° insufflation d'air par la trompe, pour désobstruer le canal, mobiliser la chaîne des osselets et le tympan ; 2° mêmes résultats de mobilisation de la membrane tympanique et des osselets, au moyen d'appareils (masseurs du tympan) qui, introduits dans le conduit auditif externe, impriment à la membrane un mouvement de va-et-vient ; 3° modifications de la muqueuse de la caisse, soit par des insufflations médicamenteuses (vapeurs d'iode, de chlorhydrate d'ammoniaque, d'éther iodoformé, de menthol), soit par des injections moins bien tolérées ; 4° interventions opératoires (ablation du marteau, ténotomie du muscle de l'étrier).

## ARTICLE IV

## OTITES MOYENNES SUPPURÉES CHRONIQUES

**Étiologie.** — Les suppurations de la caisse ont une tendance grave à devenir chroniques. Souvent, l'écoulement de pus n'est que temporairement tari : ce sont des accalmies, bientôt suivies de rechute ; et l'on voit des sujets ayant dépassé la vingtième année, atteints d'un écoulement d'oreille qui date de leur enfance et qu'ils négligent. Or, l'*otorrhée*, c'est-à-dire le léger écoulement de pus par l'oreille, n'est point une affection sans péril : elle amène la surdité ; elle est la cause fréquente de thrombo-phlébite des sinus, de méningites, d'abcès du cerveau et du cervelet. Son étude est, par conséquent, d'une haute utilité pratique ; son traitement méthodique doit s'imposer.

Pourquoi une otite moyenne suppurée devient-elle chronique ? A cela il y a des causes générales, qu'il ne faut point omettre, mais qui sont secondaires : telles la scrofule et la tuberculose. Le rôle prépondérant appartient, ici, aux conditions locales : la plus importante consiste dans la rétention du pus, dans l'insuffisante évacuation des sécrétions infectieuses collectées dans la caisse.

Un sujet atteint d'otorrhée se croit guéri : aucun écoulement ne sort par le méat. Or, souvent, il y a simplement rétention du pus, soit que formé en petite quantité il s'accumule sur le plancher de la caisse, soit qu'il ne puisse s'écouler au dehors à travers une perforation tympanique trop étroite, soit que cet orifice du tympan soit encombré par des polypes ou du pus aggloméré.

D'autres conditions anatomiques interviennent. Le plafond de la caisse du tympan constitue une voûte, une coupole qui surplombe la membrane du tympan, dont elle est séparée par un plan osseux, le *mur de la logette* : cette cavité épitympanique porte le nom d'*attique*. Or, cette coupole loge la tête et le col du marteau, la branche supérieure et le corps de l'enclume ;

elle est parcourue, de plus, par des replis muqueux qui forment des cavités mal closes, ainsi superposées en allant de haut en bas : les deux cavités de Tröltzsch ; la cavité de Kretschmann ; la cavité de Prussak. Rien d'étonnant, à ce que dans cette loge épitympanique, propice aux cloisonnements, il se forme des

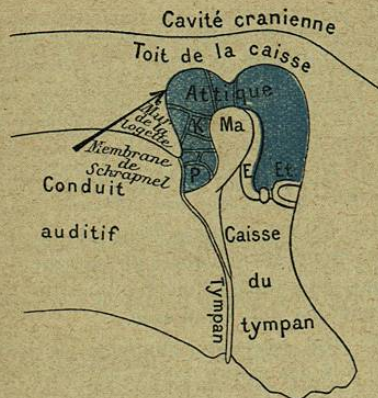


Fig. 60.

Schéma montrant les conditions de la rétention purulente dans le plafond de la caisse.

poches purulentes isolées qui se vident mal et sont difficilement accessibles aux injections antiseptiques.

Les mêmes conditions de permanence des éléments infectieux et du pus se retrouvent dans les cavités cellulaires annexes qui occupent la mastoïde. Tant que les chirurgiens et les auristes n'ont point su combattre, dans ces foyers secondaires, les suppurations de la caisse, les otorrhées chroniques ont été fréquentes et rebelles.

**Symptômes.** — L'écoulement de pus par l'oreille à travers le tympan perforé, est le symptôme capital. Le pus est variable comme quantité ; ordinairement il se borne à tacher le petit tampon de ouate introduit dans le conduit auditif. Il est parfois très fétide, ce qui tient à la présence d'anaérobies.

L'examen à l'otoscope montre : de la rougeur du conduit audi-

tif ; une perforation tympanique ordinairement unique, arrondie ou ovale, étroite ou large, noire dans le premier cas, rougeâtre dans le second, occupant généralement le secteur inférieur de la membrane mais pouvant siéger, surtout dans le cas de suppuration de l'attique, au niveau de la membrane de Schrapnell.

Si l'on fait faire au malade l'expérience de Valsalva, c'est-à-dire si on lui commande une expiration forcée, les narines étant pincées entre le pouce et l'index comme s'il voulait se

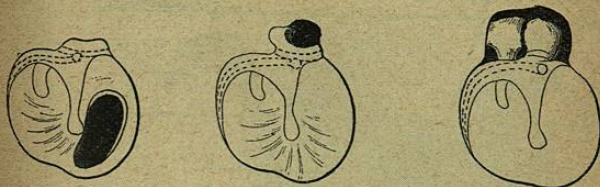


Fig. 61.

Perforation antéro-inférieure.

Fig. 62.

Perforation de la membrane de Schrapnell.

Fig. 63.

Perforation de la membrane de Schrapnell avec destruction du mur de la logette.

(LEROYER et BOULAY.)

moucher entre ses doigts, l'air, comprimé dans le naso-pharynx, s'engage dans la trompe, arrive à la caisse et sort par la perforation tympanique en faisant entendre un sifflement.

**Pronostic et traitement.** — Une suppuration chronique de l'oreille moyenne peut entraîner une surdité définitive surtout chez les arthritiques. — Elle expose le malade à des complications cérébrales mortelles : 1° trombo-phlébites ; 2° méningites ; 3° abcès cérébelleux. — Contrairement aux préjugés vulgaires, ce n'est donc pas une suppuration à respecter : il faut la traiter jusqu'à guérison complète.

Le traitement local est surtout réalisé par les injections (eau résorcinée ou oxygénée), poussées dans la caisse à travers la perforation tympanique, avec la sonde de Hartmann, quand cette perforation est étroite. — Dans le cas de suppuration de l'attique, il faut ouvrir largement la coupole au moyen de l'opération de Stacke, qui consiste, après avoir détaché le pavillon

en haut et en arrière, à abattre, d'un coup de gouge, le mur de la logette (fig. 60).

Lorsque la suppuration occupe en même temps les cellules mastoïdiennes et l'antre, on procède à l'évidement *péto-mastoïdien*, c'est-à-dire à une ouverture totale des cavités de l'oreille moyenne. Les temps opératoires sont les suivants: 1° ouvrir

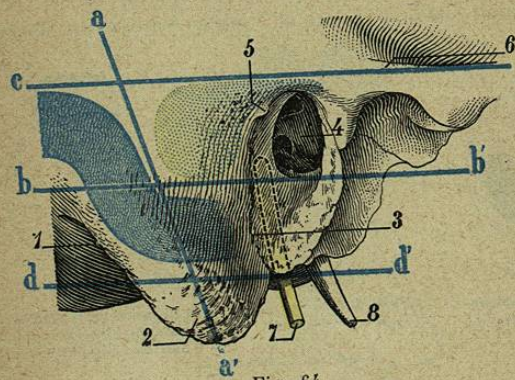


Fig. 64.

Projection sur la surface extérieure de la mastoïde, de l'antre, du sinus latéral, et de la portion mastoïdienne du facial (TESTUT et JACOB).

L'antre est en *vert*, le sinus latéral en *bleu*, le facial en *jaune*.

1, bord postérieur de la mastoïde. — 2, pointe de la mastoïde. — 3, bord antérieur. — 4, conduit auditif. — 5, spina supra meatum. — 6, racine longue de l'arcade zygomatique: elle forme en arrière la linea temporalis. — 7, facial. — 8, apophyse styloïde.

l'antre et ses cellules; 2° faire sauter la paroi externe de l'aditus et transformer son canal en une tranchée ouverte en dehors (ce qui expose à la blessure du facial si l'on fait descendre l'évidement au-dessous de la moitié supérieure du conduit auditif, fig. 64); 3° ouvrir l'attique, en détruisant le mur de la logette. Ainsi, la caisse et les cellules mastoïdiennes sont largement mises à découvert, ce qui supprime toute rétention et permet leur drainage parfait.

## ARTICLE V

## MASTOÏDITES

**Étiologie.** — Dans l'épaisseur de la mastoïde, sont creusées des cellules osseuses, qui communiquent avec la caisse et dont la muqueuse de revêtement est en continuité avec celle

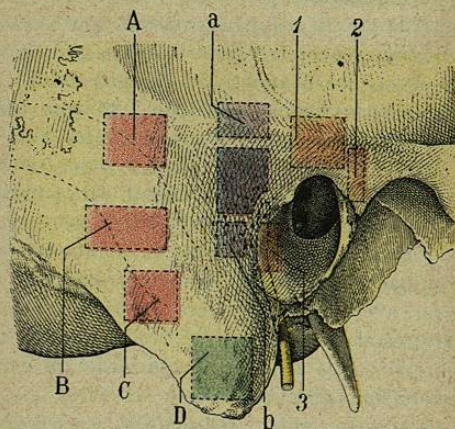


Fig. 65.

L'antre et les principaux groupes cellulaires mastoïdiens (TESTUT et JACOB).

□ Face externe de la mastoïde sur laquelle se projettent le facial (*en jaune*) et le sinus latéral (*en bleu*). — *En violet foncé*, l'antre. — *En violet clair*, les groupes sus-antral, *a*, et sous-antral, *b*. — *En orange*, groupes limitrophes du conduit auditif externe: 1, groupe de la paroi supérieure; 2, groupe de la paroi antérieure; 3, groupe de la paroi postérieure. — *En rouge*, groupes postérieurs: A, groupe postéro-supérieur; B, groupe postérieur; C, groupe postéro-inférieur. — *En vert*, groupe de la pointe.

de cette cavité, de même que cette dernière se continue, par la trompe, avec la muqueuse pharyngée.

Il en résulte que les plus lointaines cellules mastoïdiennes s'ouvrent dans le rhino-pharynx, ou, tout au moins, qu'elles sont accessibles à des germes infectieux partis de ce point.

Rhino-pharyngite; salpingite; otite de la caisse; mastoïdite: voilà les étapes successives de cette infection ascendante. Sans doute, le trajet est tortueux; mais cela ne met pas obstacle aux propagations infectieuses et c'est une condition anatomique favorable aux stagnations et rétentions purulentes: ce fait domine la thérapeutique des complications de l'otite moyenne.

Le système cavitaire cloisonné, qui compose les cellules mastoïdiennes, présente la topographie générale suivante: 1° une cellule dominante, parce qu'elle est la plus vaste, la plus constante, la première apparue chez le nouveau-né, la plus importante comme repère opératoire. *l'antre*, qui, chez l'adulte, se trouve au-dessus et en arrière du conduit auditif, sur l'horizontale menée par l'épine de Henle; 2° trois groupes de cellules, variables selon les sujets, abondantes dans certaines apophyses dites pneumatiques, réduites dans les mastoïdes scléreuses ou diploïques, qui convergent vers l'antre et qui, selon la partie du temporal où elles siègent peuvent être distinguées en: *mastoïdiennes* (occupant la pointe de l'apophyse et bornées en haut par une horizontale passant à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du conduit), *pétreuses* (situées dans la base de l'apophyse) et *écailleuses* (siégeant dans la partie de l'écaille qui forme la paroi postérieure du conduit auditif externe).

Dans la cavité de l'antre, débouchent ces cellules rayonnantes; sur sa paroi antérieure s'ouvre un canal long de 3 à 5 millimètres, haut de 3 millimètres, oblique en avant et en dedans, qui pénètre dans la partie haute de la caisse, dans l'attique: *c'est l'aditus ad antrum*.

Il en résulte, au point de vue anatomique, que la caisse d'une part, les cellules mastoïdiennes de l'autre, forment un système cavitaire en bissac, dont les deux loges communiquent entre elles par cet étroit canal. Il s'ensuit, au point de vue thérapeutique, que, pour découvrir complètement ces foyers purulents, il faut établir entre ces deux cavités une large communication et faire sauter le mur osseux qui sépare le canal de l'aditus du conduit auditif: c'est là l'évidement *pétreo-mastoïdien*.

La perméabilité de l'aditus joue un rôle considérable. Tant qu'il est libre, le pus formé dans les cellules mastoïdiennes s'évacue vers la caisse et, de là au dehors, par la perforation du tympan. Lorsqu'il se ferme, soit par boursoufflement de la muqueuse, soit par condensation du pus aggloméré, le pus stagne sous pression, les microbes retenus en cavité close prennent une virulence exaltée. — L'oblitération de la perforation tympanique par des masses de pus concrété ou par des polypes agit de la même façon. — Les douleurs, le gonflement inflammatoire apparaissent alors; et, si une trépanation spontanée ou opératoire n'ouvre point une issue aux produits infectieux, de graves complications cérébrales peuvent éclater par propagation de l'infection, soit *en arrière* vers la gouttière du sinus latéral, soit *en haut*, vers le plafond de la caisse et la fosse cérébrale moyenne.

**Symptômes.** — Toute otite moyenne suppurée peut se compliquer d'une cellulite mastoïdienne. Il est exceptionnel que les cellules de la mastoïde suppurent primitivement, sans infection préalable de la caisse: on l'a observé cependant après la grippe ou chez les diabétiques.

Soit donc le cas habituel: il s'agit d'un sujet, atteint d'une suppuration aiguë ou chronique de la caisse; les douleurs qui avaient cédé après la perforation tympanique se sont rallumées, avec exacerbations nocturnes, siégeant en arrière du conduit et rayonnant vers la nuque, vers la face, vers l'occiput. Vous observez en même temps que l'état général s'altère; souvent la fièvre s'allume: parfois, chez l'enfant, s'observent des phénomènes de méningisme, avec vomissements et délire. En général, vous notez que l'écoulement purulent par le conduit a diminué; quelquefois, il a cessé.

Si vous pressez sur la mastoïde, alors même qu'aucun changement ne s'est produit dans la coloration de la peau, ou dans la consistance des parties molles, vous déterminez une douleur circonscrite très importante au diagnostic: car, surtout dans les suppurations chroniques de la caisse, il ne faut point attendre pour trépaner que l'on trouve de la rougeur ou de l'œdème derrière l'oreille, à plus forte raison que l'on constate

un abcès rétro-auriculaire. Si vous pratiquez l'examen du conduit et du tympan, vous constatez un gonflement œdémateux de la paroi postéro-supérieure du conduit : cette tuméfac-

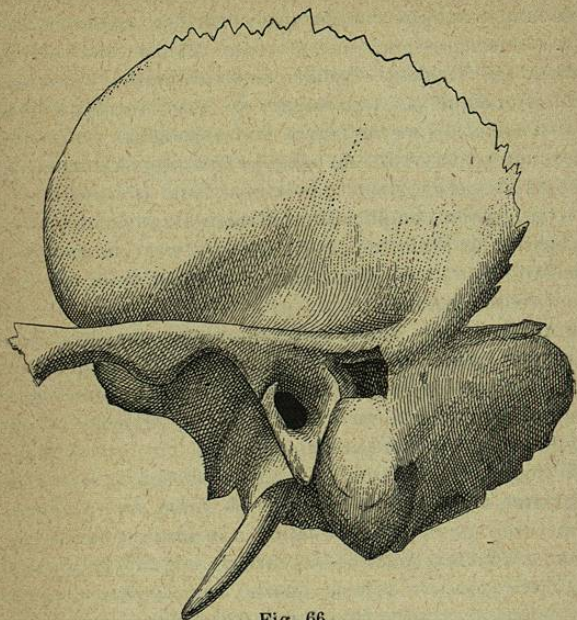


Fig. 66.

Zone de la trépanation de la mastoïde (d'après Mioxos).

tion (*chute de la paroi*) est due à l'inflammation des cellules limitrophes du conduit.

Abandonnée à elle-même la cellulite mastoïdienne suppurée peut aboutir, par trépanation spontanée de l'écorce de l'apophyse, à un abcès rétro-auriculaire. — Dans quelques cas, le pus au lieu de fuser vers la face externe perfore la face interne de la mastoïde : c'est la *mastoïdite de Bezold*, caractérisée par la formation d'un abcès qui occupe la région rétro-maxillaire, le long des insertions du digastrique, à la face profonde du

sterno-mastoïdien, et qui peut fuser dans toute la région latérale du cou; le gonflement et la douleur ont alors pour siège initial la fosse digastrique, en arrière et au-dessous de l'apophyse; si l'on presse sur la tuméfaction du cou, on voit, ce qui est un signe caractéristique, le pussoudre par le conduit auditif.

**Traitement.** — Dès que le diagnostic de mastoïdite est établi, il faut ouvrir les cellules de l'apophyse par la trépanation mastoïdienne. — L'incision de Wilde, qui consiste à débrider jusqu'à l'os, périoste y compris, en arrière du pavillon de l'oreille, ne convient qu'aux périostites mastoïdiennes; or, ces otites périostiques sont très rares.

La trépanation de la mastoïde se pratique dans une zone bien délimitée, formant un carré de 1 centimètre de côté, bornée *en haut* par une horizontale menée à la hauteur de l'épine osseuse qui occupe le bord supérieur du conduit (*spina supra meatum*, épine de Henle), *en bas*, par une horizontale conduite 1 centimètre plus bas, *en avant*, par une ligne située à 5 millimètres du bord du conduit, *en arrière* par une verticale tracée à 1 centimètre plus loin (fig. 66). C'est en arrière qu'est le rapport le plus dangereux : à savoir le sinus latéral (fig. 64). — La trépanation doit être exécutée à coups de ciseau et de maillet, le ciseau étant tenu un peu obliquement. Après évacuation et curettage des cavités purulentes de l'apophyse, on les tamponne à la gaze iodoformée.

## ARTICLE VI

COMPLICATIONS INTRACRANIENNES  
DE L'OTITE MOYENNE

**Étiologie.** — Les suppurations de la caisse exposent à des complications intracrâniennes qui sont de trois ordres : 1° la méningite; 2° la thrombo-phlébite des sinus; 3° les abcès sous-dure-mériens, cérébraux ou cérébelleux.

La participation des sinus de la dure-mère aux infections de l'oreille moyenne se comprend bien, si l'on considère les rap-