

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-

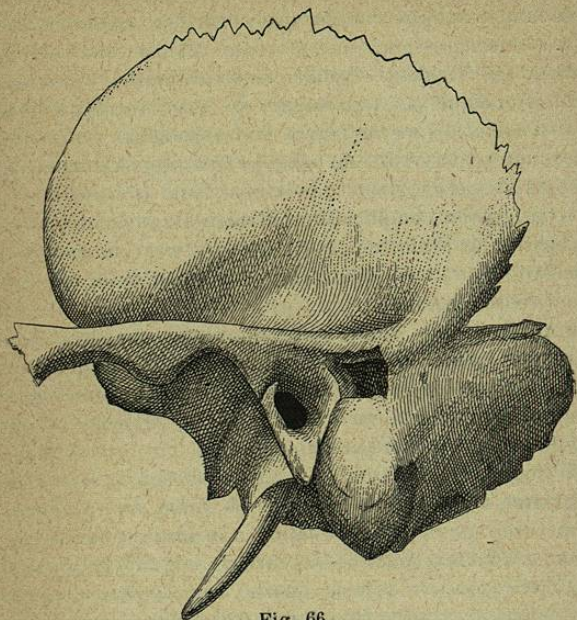


Fig. 66.

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

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-

ports du sinus latéral avec l'apophyse, du sinus pétreux supérieur avec le plafond de la caisse, du golfe de la jugulaire avec son plafond. — Ostéites suppurées de la caisse ou des cellules mastoïdiennes ; propagation de l'infection osseuse à la paroi de la veine ; thrombo-phlébite de ce vaisseau ; telles sont les étapes du processus. — Chez l'enfant, où l'apophyse est peu développée et où les connexions de l'oreille moyenne avec le sinus latéral sont moins étendues, la thrombo-phlébite est plus rare que la méningite.

La partie haute de la caisse, c'est-à-dire l'attique et le plafond de l'aditus, n'est séparée de la fosse cérébrale moyenne que par une mince lame osseuse, le *tegmen tympani*. Or, cette lamelle est perforée par des branches des vaisseaux méningés ; elle présente la trace de la suture pétro-squameuse, quelquefois assez large pour constituer une véritable « déchis- sence », mettant en contact direct la dure-mère et la muqueuse de la caisse : rien d'étonnant à ce que les suppurations de la coupole gagnent les méninges ou l'encéphale et y déterminent l'éclosion de méningites ou d'abcès intracraniens.

Symptômes. — La *méningite* éclate parfois d'une façon très aiguë, ce qui répond à un processus diffus et fatal. Plus souvent, l'allure est plus lente : l'affection prend le type d'une méningite tuberculeuse avec pouls fréquent et irrégulier, céphalalgies vives et photophobies, vomissements, somnolence, fièvre irrégulière ne s'accroissant parfois que dans les derniers jours.

La *thrombose septique* des sinus n'est point toujours facile à reconnaître : ses symptômes se bornent maintes fois à ceux de la méningite ; dans quelques cas, ils relèvent simplement de la pyohémie. Il faut savoir d'ailleurs, comme OTTO KOERNER l'a établi, qu'à côté de la *pyohémie par thrombo-sinusite*, il est une autre forme de pyohémie otitique *qui ne s'accompagne pas de thrombose sinusienne*.

Les signes locaux révélateurs de la thrombose oblitérante du sinus sont : 1° la présence, au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, dans la région angulo-maxillaire, d'un cordon dur et douloureux, bientôt masqué d'ailleurs par le gonfle-

ment inflammatoire du tissu conjonctif et des ganglions de la région ; 2° l'œdème de la face qui, dans certains cas, traduit la gêne de la circulation veineuse ; 3° la névrite optique, assez souvent signalée.

L'infection purulente, résultant de la thrombo-phlébite infectieuse, se révèle par des accès fébriles caractéristiques : le malade est pris brusquement d'un frisson intense, pendant que sa température monte à 40° et au-dessus ; à ce frisson succède une période de chaleur et de sueur ; puis la température s'abaisse. Ces accès pyohémiques se répètent irrégulièrement à un ou plusieurs jours d'intervalle. Ils coïncident avec des abcès dits métastatiques : ces métastases de la thrombo-phlébite sinusienne ont pour lieu d'élection les poumons et le foie ; au contraire, les métastases de la pyohémie otitique sans sinusite siègent surtout dans les articulations, dans les gaines tendineuses, dans les muscles, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les *abcès intracraniens* sont de trois types : 1° l'abcès sous-dural, entre la dure-mère et le rocher ; 2° l'abcès du cerveau qui a pour lieu d'élection le lobe temporal ; 3° l'abcès du cervelet.

Dans les trois quarts des cas de complications intracraniennes de l'otite, il existe, comme HESSLER l'a établi, un abcès sous-dural qui sert d'intermédiaire entre l'ostéite et la lésion encéphalique : la présence de cette poche sous-durale est importante au point de vue opératoire, mais, au point de vue du diagnostic, elle est négligeable parce qu'elle n'est jamais reconnue.

Existe-t-il un abcès du cerveau ou du cervelet ? — Telle est la question que le clinicien a à résoudre. L'abcès cérébelleux fournit rarement une séméiologie caractéristique : il est rare, en dehors de quelques cas d'aphasie par compression du pied de la troisième frontale, que des signes de localisation permettent d'affirmer l'existence d'un abcès cérébral. En réalité, le clinicien n'arrive pas à ce diagnostic de siège : il voit, chez un sujet atteint d'otite suppurée, apparaître des *signes de suppuration* (fièvre irrégulière, avec frissons) et des *signes diffus d'hypertension intracrânienne* (céphalalgie avec

paroxysmes, vomissements, pouls petit et ralenti, respiration superficielle, somnolence, dénutrition et amaigrissement d'une rapidité frappante). Sur ces symptômes, coïncidant avec ceux d'une mastoïdite, il fonde l'existence probable d'une complication intra-cranienne : le diagnostic se complète au cours de la trépanation de la mastoïde.

Traitement. — Devant l'apparition d'accidents encéphaliques, l'indication, en effet, est d'intervenir pour assurer, par la trépanation de l'apophyse et de la caisse, l'évacuation parfaite de l'oreille moyenne. Au cours de l'intervention on est souvent conduit de proche en proche, en curettant l'os carié, jusqu'à un abcès sous-dural. Si, dans la brèche ouverte, la dure-mère en saillie, n'est le siège d'aucun battement, ce qui est un signe d'abcès cérébral (*signe de Roser-Braun*), on fera dans le lobe temporal une ponction exploratrice. Dans le cas d'accidents cérébraux très graves, ayant rendu très vraisemblable l'existence d'un abcès du cerveau et du cervelet, il ne faudra point hésiter à pratiquer cette même ponction exploratrice : la voie mastoïdienne suffit pour aborder ces collections ; il est toujours facile, comme dit Broca, d'y arriver en agrandissant soit en arrière, soit en haut, la brèche de la mastoïde.

QUATRIÈME PARTIE

AFFECTIONS DE LA BOUCHE

CHAPITRE PREMIER

VICES DE CONFORMATION DES LÈVRES ET DE LA BOUCHE

ARTICLE PREMIER

BEC-DE-LIÈVRE

Définition. — Pendant une période de la vie embryonnaire — jusqu'au quarantième jour de la vie intra-utérine pour la mâchoire supérieure, jusqu'au vingt-cinquième jour pour la mâchoire inférieure — la région de la face se compose de bourgeons séparés les uns des autres par des fissures. Si la soudure normale de ces bourgeons subit un arrêt, les fissures persistent et leur permanence donne lieu à un vice de conformation que, par une comparaison grossière, on a désigné sous le nom de *bec-de-lièvre*.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Les diverses variétés du bec-de-lièvre ne peuvent être comprises que par l'étude embryogénique de la face. Les figures embryologiques, en effet, sont superposables aux divers types anatomiques de cette malformation et permettent de les interpréter comme le résultat d'un arrêt de développement frappant la face, à un moment variable de son évolution embryonnaire. Nous n'allons