

du conduit, on trouve la paroi postéro-supérieure abaissée, rouge et saillante, rétrécissant le conduit (Duplay). L'otite est en pleine suppuration aiguë, ou c'est une infection récente sur une vieille otorrhée.

Il est évident que cette allure de fusée purulente accuse une ostéo-périostite *ab aure læsa*; infection diffuse, mais plus active sur la région mastoïde que dans la profondeur parfois. Si l'otite est récente, on ne peut penser à une perforation de l'os et à un abcès sous-cutané consécutif à l'abcès intra-mastoïdien : cela demande plus de temps. Cependant, dans l'état épidémique, dans l'otite des maladies infectieuses, on doit reconnaître qu'il existe simultanément du pus dans les cellules mastoïdes (Politzer, Duplay, etc.).

Dans la première hypothèse, il suffit souvent d'inciser verticalement la région mastoïde saillante, jusqu'à l'os, pour voir l'engorgement fondre et l'inflammation se limiter. De même que le périoste de la région mastoïde n'est pas forcément atteint quand il y a suppuration des cellules, de même l'inverse est admissible; et les faits cliniques montrent que certains cas rentrent dans cette catégorie, puisqu'on a vu la défervescence succéder à l'incision qui ouvre l'abcès sous-périostique; cette incision a été préconisée par Wilde.

Évidemment, pendant l'épidémie de grippe actuelle, nous avons tous pu constater l'insuffisance de cette « incision de Wilde ». On trouvera en effet du pus dans les cellules, quand il s'en écoule à l'incision du périoste mastoïdien, d'autant plus sûrement qu'on s'éloigne davantage de la date du début de l'otite.

Par suite, on a raison de négliger cette incision insuffisante et d'établir comme règle qu'il faut alors ouvrir les cellules sans tarder pour découvrir l'antra mastoïde.

Si, l'incision faite jusqu'à l'os, on se trouve en présence d'une fistule osseuse, il y a lieu d'agrandir la perforation osseuse et de drainer et d'aseptiser la cavité osseuse qui sera ouverte jusqu'à l'antra : l'otorrhée interminable pourra encore être ainsi évitée, si l'accident est aigu.

Si l'accident infectieux se montre sur une oreille atteinte d'otorrhée ancienne, la certitude de l'existence d'une poche intra-mastoïde existe, il faut immédiatement aller jusqu'à elle par une large ouverture des cellules et de l'antra mastoïdien.

VI

Parotidites suppurées *ab aure læsa*.
Abcès rétro-pharyngiens *ab aure læsa*.

Dans la convalescence ou à la fin d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde), une parotidite suppurée apparaît; cette grave complication guérie, le patient s'aperçoit qu'il est sourd de l'oreille du même côté; et à l'inspection, les signes d'une suppuration de la caisse méconnue, parfois actuelle encore, sans écoulement, ou terminée par sclérose, sont découverts.

J'ai rencontré dans la pratique tantôt la parotidite en évolution, l'otite suppurée étant manifeste, tantôt sans que rien attirât l'attention vers l'oreille; enfin j'ai eu à donner des soins à des personnes portant les traces cicatricielles de leur suppuration parotidienne, venue au cours de fièvres typhoïdes, après lesquelles l'oreille de ce côté était devenue sourde. L'observation clinique est précise; l'affection parotidienne saute aux yeux, tandis que celle du fond de l'organe auditif peut, en l'absence d'écoulement au dehors, passer inaperçue. La pathogénie est simple de ces coïncidences; la glande parotide n'est prise que secondairement; c'est en réalité une infection secondaire des vaisseaux et des ganglions lymphatiques de la région, à la suite d'une suppuration otique méconnue.

Je crois utile d'appeler l'attention de mes confrères sur la concomitance des lésions otiques et parotidiennes dans le cours des fièvres graves et dans les infections (oreillons), et sur la pathogénie de ces complications redoutables. C'est un rapport étiologique qui n'a pas, je pense, été reconnu jusqu'ici.

Je ne puis non plus oublier de signaler les *abcès pharyngiens et rétro-pharyngiens*, soit chez le jeune enfant, soit chez

l'adulte, comme une des complications de l'otite suppurative. Le pus peut fuser à travers la pellicule osseuse mince de la caisse et de l'apophyse mastoïde (maladie de Bezold), et faire collection sur le côté de la base du crâne, se portant soit en avant sous la paroi spinale du pharynx, soit en bas suivant les vaisseaux du cou, soit en arrière sous les masses musculaires de la nuque. Ainsi, soit par décollement périostique, soit par infection du réseau lymphatique et des ganglions, l'otite suppurative peut être le point de départ de fusées purulentes multiples ou simples dans les profondeurs du cou, autour de l'axe cervical.

J'ai rencontré plusieurs fois l'otorrhée et le mal de Pott cervical.

Chez les enfants au-dessous de 4 ans, le pus otorrhéique peut se faire jour à travers la « lacune » de la paroi inférieure et antérieure du conduit vers l'articulation temporo-maxillaire et ses enveloppes (de Troeltsch).

Je dois citer aussi l'abcès du ganglion de la région mastoïde, que le couteau incise souvent tout d'abord dans l'ouverture des cellules mastoïdiennes (Chatelier).

VII

Ouverture des cellules mastoïdes et de l'antre.

A. — CHEZ LES ADULTES

Il n'y a pas d'otite aiguë suppurative sans participation plus ou moins étendue des cellules mastoïdiennes à l'inflammation, et souvent aussi à la suppuration.

L'antre s'ouvre en haut de la paroi postérieure de la caisse; mais cet orifice de communication (*aditus ad antrum*) est souvent étroit ou rétréci par les lésions morbides, ou même il est oblitéré par des fongosités ou par une néo-membrane (otorrhée).

Le pus intra-mastoïdien peut se trouver totalement isolé de la cavité tympanique; il l'est déjà partout dans l'enceinte mastoïde; c'est un foyer infectieux intra-osseux qui s'est cons-

titué là. On l'aborde par la paroi accessible, au niveau de la région mastoïde et du conduit auditif.

L'antre est la grande cellule intérieure qui s'ouvre dans la caisse, et on doit aller jusqu'à elle pour détruire le foyer infectieux.

Au cours de notre étude, nous avons déjà successivement donné quelques-unes des indications de l'ouverture des cellules mastoïdiennes et de l'antre.

Je les résume d'après Schwartze.

Cette opération est indiquée :

1° Dans l'otite suppurative avec mastoïdite, qu'il y ait ou non abcès extra-mastoïdien.

2° Quand l'abcès mastoïde s'est déjà ouvert, offre une fistule permanente, s'il y a des séquestres inclus, ou des retours offensifs d'infections nouvelles.

3° Quand il y a disparition de l'écoulement purulent, avec signes sérieux de rétention, même sans signes de mastoïdite apparents; de même dans le cholestéatome.

4° Dans certaines douleurs rebelles et graves à foyer mastoïdien, chez d'anciens otorrhéiques.

5° Dans le cas d'otorrhée fétide, interminable, même sans aucun signe de rétention ou d'inflammation mastoïde.

Nous avons dit plus haut que l'abcès sous-périostique coïncide avec l'abcès intra-mastoïde : indication sérieuse.

L'absence de signes locaux sur la région mastoïde n'est pas une contre-indication, s'il y a des signes généraux intenses et la douleur vive à la pression sur la mastoïde.

La température atteignant brusquement 40°, 41° doit faire craindre l'extension de l'infection du foyer mastoïde aux gros vaisseaux, à la méninge, etc., et opérer.

Le délire, le méningisme, au déclin d'une scarlatine, d'une fièvre grave avec et même sans suppuration de l'oreille, doit faire supposer un abcès mastoïde, et ouvrir les cellules et l'antre, même au huitième jour de l'otite, à plus forte raison plus tard. Il y a une anémie par otorrhée; toxémie, que l'opération guérit.