

de son opinion une observation des plus intéressantes : il s'agissait d'une otorrhée dans le cours de laquelle on dut faire l'ouverture de l'apophyse mastoïde avec extraction de séquestres. Le malade, âgé de 66 ans, d'une intelligence ordinaire, était fondeur en cuivre. L'affection de l'oreille qui durait depuis longtemps avait été accompagnée de douleurs vives du côté malade (gauche) et, à un moment donné, d'une paralysie faciale qui s'était peu à peu dissipée. Les douleurs n'avaient guère cédé qu'après l'opération qui fut pratiquée au commencement du mois d'août 1882. C'est vers le 6 décembre de la même année que le malade présenta des troubles intellectuels avec phénomènes d'excitation et tendance au suicide. Quelques semaines avant, il était devenu triste, abattu, porté à la mélancolie ; après avoir vainement essayé de se détruire au moyen d'un rasoir, puis d'un pistolet, il s'était précipité un jour au bas des escaliers ; il eut une légère plaie de tête qui guérit en quinze jours. Le 8 janvier 1883, il parvint à échapper à la surveillance de sa famille, il alla se jeter sous les roues d'une charrette et succomba le 12 du mois à des lésions multiples des côtes et des poumons ; malheureusement l'autopsie n'a pu être faite, et on est réduit à des hypothèses sur la nature des lésions (Dr Schiffers, *des troubles psychiques en rapport avec les maladies de l'oreille*, Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège, 1884).

Le Dr Bjoljakow a présenté au Congrès des médecins russes à Moscou, 3-10 janvier 1890, un mémoire sur l'influence des affections de l'oreille sur le développement et la marche des maladies mentales. Nous n'avons pu nous procurer le texte du mémoire, mais nous donnons in extenso le compte-rendu fait par les Ann. des Mal. Oreil., 1891.

L'auteur a vu 24 cas d'aliénation mentale chez lesquels existait en même temps une inflammation suppurative de l'oreille moyenne et interne. Dans 17 de ces cas, l'existence de l'otite a pu être constatée à l'autopsie. Chez la plupart des malades observés, l'affection se montrait sous la forme d'hallucinations auditives ; dans la moitié des cas, ces hallucinations étaient unilatérales.

A noter aussi une observation lue par O'Carroli à l'Académie Royale d'Irlande (d'après Mal. Oreil., 1894, ou Bulletin méd.

n° 39, 17 mai 1893). Il s'agit d'un enfant de 10 ans à l'autopsie duquel l'auteur a constaté une pachyméningite qui avait eu son point de départ dans une otite. Le petit malade avait présenté des attaques épileptiformes limitées au côté gauche, et cela pendant neuf mois. Il mourut d'un érysipèle de la face. Pendant la vie, on n'avait rien tenté du côté des oreilles. A l'autopsie, on trouva la dure-mère de la région pariétale droite épaissie. Elle adhérait aux autres méninges et à la substance corticale ; elle était infiltrée d'une matière purulente d'origine ancienne. L'oreille moyenne était pleine de pus.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est que l'inflammation s'était localisée en un point des méninges sans se généraliser. Les crises épileptiformes devaient provenir des adhérences méningées à la surface du cerveau.

## DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS ENDOCRANIENNES

Les descriptions qui précèdent sont des chapitres de pathologie ; mais la pathologie est un schéma dont la clinique s'écarte souvent.

1° Les traits principaux d'une complication endocrânienne peuvent s'effacer et se confondre avec ceux d'une autre complication endocrânienne.

La thrombose sinusienne est quelquefois difficile à distinguer de la leptoméningite suppurée.

La méningite suppurée peut donner lieu à des paralysies partielles qui font supposer l'existence d'un abcès cérébral. Le fait est arrivé à Broca : le petit malade, âgé de 11 ans et demi, atteint depuis trois mois de suppuration de la caisse droite sans lésion mastoïdienne, fut apporté à l'hôpital six jours après le début des accidents cérébraux : céphalalgie, constipation, vomissements, T. 40°, P. 80 irrégulier ; nuque raide et douloureuse, léger strabisme interne de l'œil gauche, hémiplégie survenue brusquement la sixième nuit ; paralysie faciale gauche, mydriase à droite. On trépane : pas d'abcès cérébral. Le malade meurt : méningite suppurée de la base, gagnant la région rolandique droite profondément ramollie.

Urbantschitsch a rapporté, à la 66<sup>e</sup> réunion des Naturalistes et Médecins allemands à Vienne, un cas de carie du temporal dans lequel l'ouverture et le curettage de l'attique et de l'antra mastoïdien, remplis de granulations, procurèrent une notable amélioration pendant quelques semaines aux douleurs et à la fièvre préexistantes. Plus tard, se produisirent des signes d'agraphie et l'impossibilité pour le malade de se faire comprendre, car il émettait des paroles inintelligibles; en outre, apparurent des douleurs spasmodiques à droite. Vous pensez certainement à un abcès temporal; et pourtant à l'autopsie, méningite diffuse sans trace de foyer. Il est certain que les troubles étaient dus à un œdème transitoire.

Urbantschitsch a d'ailleurs observé un autre cas dans lequel on reconnut à l'autopsie un œdème aigu du cerveau et qui se manifesta pendant la vie par de la cécité et de la surdité transitoires (d'après Ann. Mal. Or. 1895, page 80).

2<sup>o</sup> L'existence d'un abcès encéphalique peut ne laisser aucun doute, mais sa localisation être impossible. Le pus a été cherché déjà plusieurs fois dans le lobe temporal quand il se trouvait dans l'hémisphère cérébelleux. Un des cas les plus intéressants est celui de Heurtaux, de Nantes. Un malade entre dans le service de ce chirurgien pour une otorrhée gauche compliquée d'accidents endocrâniens: céphalalgie, agitation, délire, pouls petit. Heurtaux et Malherbe ouvrent le crâne au-dessus du pavillon de l'oreille, en un point qui était douloureux à la pression. Ponction blanche du cerveau. Les opérateurs pensent que le pus peut siéger dans les cellules mastoïdiennes, trépanent l'apophyse et ne trouvent rien. L'évolution des symptômes continue et le malade succombe le quatrième jour, avec des convulsions des membres supérieurs et une température de 41°2. Un abcès de la grosseur d'une petite noix siégeait dans le cervelet et le rocher était carié « dans les points qui correspondent à la caisse du tympan et à l'oreille interne ». (In thèse Logereau, Paris, 1895-96).

3<sup>o</sup> Les lésions s'associent souvent: un abcès dure-mérien recouvre une phlébite sinusienne ou un abcès encéphalique. Une

thrombose des sinus masque un abcès temporal ou cérébelleux; un abcès cérébral coïncide avec un abcès du cervelet — et enfin abcès cérébral, abcès cérébelleux, thrombose des sinus ou leptoméningite peuvent être réunis. On ne peut compter faire, dans ce cas, un diagnostic clinique complet. S'il existe un moyen de sauver le malade, c'est de faire l'exploration des diverses parties profondes de l'encéphale après ouverture de la boîte crânienne; et nous verrons plus loin les conditions et les moyens de cette opération.

Moos a fait connaître deux observations d'association de complications endocrâniennes (Arch. of. otol. 1894). Dans l'une, il s'agit d'un journalier de 37 ans, ayant un écoulement de l'oreille gauche depuis l'enfance, avec exacerbations douloureuses de cette maladie et paralysie faciale gauche depuis 3 ans. A son entrée à la clinique de Moos, où il arrive quatre jours après les premières douleurs, le malade présente: une céphalalgie permanente à maximum rétro et endo-auriculaire, de la fièvre, de l'insomnie, des vertiges et quelques frissons; la mastoïde gauche est gonflée, rouge, douloureuse spontanément et à la pression. Diagnostic: mastoïdite avec thrombose sinusienne: toute opération chirurgicale étant refusée, on enregistre le cinquième jour une aggravation du mal de tête, de l'abattement, des nausées. T. 40°3, P. 108; le sixième jour, de l'agitation sans convulsions; le septième jour, la douleur est à son paroxysme: frissons, 40°9, P. 88; mort dans l'asphyxie. A l'autopsie, méningite basale purulente, thrombose du sinus latéral avec perforation de sa paroi postérieure et caillot dans le bulbe de la veine jugulaire, abcès putride du cervelet.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de 35 ans atteint d'otite moyenne purulente gauche depuis l'enfance et qui ressentit une semaine avant sa mort de vives douleurs dans la profondeur de l'oreille droite et de violents maux de tête, sans aucun autre phénomène, et qui fut pris, le cinquième jour, d'élévation de température avec frissons; c'est tout. A l'autopsie: abcès du volume d'un œuf de poule dans l'hémisphère cérébral droit; abcès gros comme une noix dans l'hémisphère gauche du cervelet, méningite basilaire.

La complexité des lésions est portée à son maximum dans l'observation de Otto-Heusinger (Wirchow's Arch. 1857). Une femme de 37 ans, tuberculeuse, est prise d'otite moyenne suppurée droite, compliquée de mastoïdite avec abcès superficiel qu'on ouvre au bistouri. Deux mois plus tard, le cathétérisme de la mastoïde fait découvrir un séquestre mobile derrière lequel la dure-mère est à nu. Le 3<sup>e</sup> mois, hémiplégie faciale droite, diminution progressive des forces, hecticité, mort dans l'épuisement sans aucun trouble de l'intelligence. A l'autopsie, abcès du lobe temporal droit; abcès de l'hémisphère droit du cervelet, thrombose des sinus, fongosités extra-dure-mériennes.

Knapp, qui est un des plus remarquables otologistes de notre époque, a rapporté le fait suivant : Un malade âgé de 25 ans, après s'être couché sur l'herbe, eut une violente otite catarrhale double dont la guérison ne fut pas obtenue d'une façon complète; quatre mois plus tard, inflammation de l'apophyse mastoïde, sans qu'il y ait eu d'écoulement par le conduit; trépanation de l'apophyse mastoïde qui améliore le malade. Deux mois après, symptômes cérébraux, phlébite du côté opposé. On fait la trépanation du crâne sans découvrir deux abcès siègeant dans le lobe temporal et dans l'hémisphère cérébelleux du même côté. L'autopsie démontra, outre la perforation à la partie moyenne de l'apophyse mastoïde, une thrombose des sinus plus marquée du côté opposé à la lésion « qui était à droite ». (Knapp, Arch. of. Otol., vol. XXI, n° 3, d'après Ann. Mal. Oreilles.)

4<sup>o</sup> Les lésions de la mastoïde peuvent masquer les lésions endocrâniennes. « La simple rétention du pus dans la caisse ou « l'apophyse masque dans certains cas un abcès cérébral à symptomatologie fruste. L'un de nous s'est trompé dans un cas de « ce genre et un de ces opérés est mort d'un ancien abcès cérébral méconnu. Nous ajouterons, pour son excuse, qu'il s'est « trompé en bonne compagnie, et quand on parcourt les publications relatives aux complications endocrâniennes des otites, « on relève des erreurs dues aux maîtres les plus experts en neurologie et en otologie. » Ainsi s'exprime Broca dans son traité

de chirurgie cérébrale. Nous reviendrons sur cette opinion au sujet de laquelle nous ferons quelques réserves.

5<sup>o</sup> La rétention du pus dans la caisse ou l'inflammation de la mastoïde s'accompagne quelquefois de symptômes cérébraux indépendants de toute lésion endocrânienne. Ouvrir le crâne dans de pareilles conditions, quand la paracentèse du tympan ou l'évidement de la mastoïde peut suffire à assurer la guérison, c'est au moins inutile. Nous avons déjà dit qu'il ne fallait pas se laisser impressionner trop vite par quelques phénomènes céphaliques assez fréquents chez les enfants, et ne pas oublier que le mal de tête, les vomissements, le délire, l'abattement, la fièvre peuvent exister au début des suppurations de l'oreille sans que l'encéphale soit en cause. Après une paracentèse, la perforation spontanée du tympan, ou le rétablissement d'un écoulement momentanément arrêté, ces accidents disparaissent avec une promptitude qui témoigne de leur véritable étiologie.

On ne compte plus les observations où la trépanation de la mastoïde a mis fin à un cortège presque effrayant de symptômes cérébraux; c'étaient des réflexes autrefois.

Maintenant cela s'appelle le méningisme. Il y a des cas vraiment remarquables: Gradenigo a présenté, au 5<sup>e</sup> Congrès international de 1895, l'observation d'une jeune fille de 16 ans, entrée à sa clinique pour une otorrhée chronique gauche, de vives douleurs dans l'oreille et dans la moitié gauche de la tête, rigidité de la nuque, léger opisthotonos, vomissements, fièvre, parole enfantine avec timbre altéré d'une façon spéciale. Il ne s'agissait que d'un empyème mastoïdien gauche, dont l'opération fit disparaître tous les troubles.

Ce qu'il y a de plus curieux encore, c'est que les phénomènes encéphaliques peuvent disparaître après trépanation d'une apophyse mastoïde saine en apparence. Un malade de Knapp atteint d'otite moyenne suppurée présentait une névrite optique bilatérale et des accidents cérébraux qui disparurent rapidement par la seule trépanation de l'apophyse, quoique l'apophyse ne présentât ni gonflement, ni sensibilité, ni rougeur (Med. Record, 1892).

Voici une observation où l'accumulation des sécrétions puru-

lentes dans la caisse a produit une profonde dépression cérébrale.

Le 20 janvier 1895, est entré dans notre service le nommé S. A... âgé de 22 ans, avec un écoulement purulent bi-auriculaire remontant à l'âge de 7 ans. Il avait interrompu son service huit jours auparavant pour mal de gorge, fièvre et douleurs d'oreilles. A notre premier examen, nous sommes frappé par l'abattement et l'adynamie du sujet : il est couché dans le décubitus dorsal, le regard est vague ; il ne fait aucun mouvement volontaire et laisse ses membres dans la position où on les a placés. L'intelligence est paresseuse : le malade répond mal aux questions posées, sans toutefois avoir de l'aphasie. Il se plaint d'une violente céphalalgie frontale qui n'a pas cessé depuis huit jours. Le pouls est lent : 60 P. seulement. Aucun phénomène palpébral ou pupillaire. Le fond de l'œil est normal. Un peu d'élévation de température : 37°,5 le soir. Anorexie et constipation. Les conduits auditifs ne sont pas rétrécis ; mais leur partie profonde est remplie d'un magma caséeux sous lequel on distingue des fongosités rougeâtres.

Les 21, 22 et 23 janvier, l'abattement a subsisté. Le malade était toujours somnolent. La céphalalgie s'est exagérée. Le pouls est tombé à 48 P. et une fois à 45 P.

Nous commençons à soupçonner un abcès cérébral, lorsqu'une amélioration se manifesta après le nettoyage des conduits auditifs, le lavage de la caisse et l'extirpation des polypes ; et au fur et à mesure que le fond des oreilles devenait plus libre, le malade se réveillait, le mal de tête disparaissait et le pouls se relevait.

Il a fallu cependant près de 20 jours pour que l'état général devint à peu près normal.

6° Les symptômes des complications endocrâniennes otitiques peuvent s'observer chez des malades atteints d'otorrhée sans qu'il existe un rapport anatomique entre les phénomènes nerveux et l'inflammation de l'oreille. Les névropathes ou les neurasthéniques ont quelquefois des douleurs de tête, des paralysies, des troubles oculaires qui feraient croire à une lésion cérébrale et qui ne sont que l'expression de leur déséquilibre nerveux. Roy a fait connaître, à la société d'otologie, l'observation d'un jeune soldat de 22 ans qui depuis deux ans avait un écoulement de l'oreille gauche. Pour calmer les douleurs de l'oreille, trois injections boricuées furent pratiquées à la suite desquelles les symptômes suivants apparurent : sensation de voile devant l'œil gauche, dou-

leurs vives dans l'oreille, anesthésie du côté gauche du visage, de la tête et du cou. Le lendemain tous les genres de sensibilité sont abolis dans les mêmes points ; il en est de même dans la moitié gauche de la langue, des joues et des lèvres ; le pilier antérieur est sensible ainsi que le pharynx et le voile ; anesthésie de la narine gauche, sensibilité obtuse pour la cornée gauche, totale pour les conjonctives oculaires et palpébrales ; pupille légèrement dilatée, troubles des sensibilités spéciales à gauche ; rétrécissement du champ visuel à gauche, troubles de sécrétion à gauche. Le malade, qui avait une perforation du tympan, sort guéri au bout de vingt jours.

Gellé, en rapportant cette observation à la société d'otologie de Paris (5 février 1892), conclut à des phénomènes d'hystéro-traumatisme développés sous l'action du choc produit par l'injection auriculaire sur le plexus tympanique. Il a fait à cette occasion une longue étude sur des faits analogues signalés par Moos, Urbantschitsch, Berger, Brown-Sequard, Robin, etc...

L'absence de température et de lésions du fond de l'œil doit être prise dans ces cas en sérieuse considération.

Nous avons une fois été induit en profonde erreur par un neurasthénique dont les plaintes répétées nous firent explorer les méninges, le sinus et le cerveau.

Nous avions trépané pour une mastoïdite le nommé S... Séraphin, âgé de 23 ans ; mais au bout de quelques jours, la plaie étant en parfait état, le malade se plaint de maux de tête et d'une sensation de lourdeur de tête et de battements rétro-auriculaires ; il est abattu, le regard languissant et à demi somnolent ; il faut l'interpeller vivement pour qu'il réponde, il ne parle que lorsqu'on l'interroge ; et dès qu'il a répondu, il recommence à sommeiller. La température, le pouls, la respiration, toutes les fonctions organiques étaient normales. A ces phénomènes viennent s'ajouter des mouvements de carphologie et des essais d'ablation de son pansement ; il arrache des fragments d'ouate et introduit la main sous les bandes ; on dirait même parfois que la respiration est saccadée et inégale. Nous étions fort hésitant sur la conduite à tenir, lorsque, dans la nuit du 10<sup>e</sup> jour après l'opération, L... se sent secoué à cinq ou six reprises par un grand

frisson qui semblait partir des pieds, remontait le long du corps et provoquait un tremblement général; le malade claquait des dents. Que penser et que faire? Nous faisons anesthésier à nouveau le malade et nous explorons la dure-mère, le sinus et le cervelet. Rien : la plaie granulait et le contenu du crâne ne présentait rien d'anormal.

Nous ne ferons pas le récit de toutes les inquiétudes dont a été victime le pauvre malheureux; c'était un déprimé, un inconscient. Il a guéri, malgré lui, après nous avoir apitoyé sur son sort par les plaintes les plus variées et cherché à s'attirer des sympathies que la connaissance de plus en plus profonde de son caractère n'aurait pas manqué d'éloigner, si sa débilité intellectuelle n'avait pas été considérée comme morbide.

En examinant plus tard tous les détails de cette observation, nous avons bien reconnu que des signes nombreux — et même que les signes principaux — manquaient pour justifier notre soupçon de pachyméningite ou d'abcès du cervelet. Pas de modification de la température, du pouls, de la respiration; pas de vomissements; mais combien étaient marqués les phénomènes de dépression!

On pourrait allonger la liste des causes d'erreur. Un homme d'une trentaine d'années, paludéen, syphilitique et otorrhéique était hospitalisé au Val-de-Grâce dans le service de M. le Pr Robert. L'intoxication paludéenne et la syphilis avaient été contractées au Congo et les deux affections minaient à l'envi la constitution du malade. Une double otorrhée était venue compliquer la situation. Les oreilles coulaient abondamment depuis quelques mois. Le malade se mit à souffrir de la tête et devint mélancolique; il perdit l'appétit et avait des vertiges fréquents. Il lui arriva de tomber dans la chambre sans pouvoir se relever; un matin, il est pris de coma et d'une légère paralysie faciale gauche. En pressant sur l'apophyse mastoïde gauche, on provoquait une contraction du visage; le conduit auditif de ce côté était rempli de pus. M. le Pr Robert pense à une complication cérébrale d'origine otitique, ouvre la mastoïde, ne trouve aucune lésion, et ponctionne le lobe temporal; pas de pus. A l'autopsie, congestion de tout le cerveau et rate volumineuse, sans autre chose.

7° Nous citerons pour terminer l'observation suivante, où toutes les difficultés du diagnostic ont été réunies.

C... (Claude), entre le 27 janvier 1896 à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, salle XIII, lit 18, pour otite moyenne suppurée gauche.

C'est un jeune soldat de constitution lymphatique et dont la santé a été fortement ébranlée par les exercices militaires.

Il a beaucoup maigri depuis son arrivée au régiment; et, dès les premiers froids, il a été pris de toux et d'expectoration muco-purulente, ainsi que chaque hiver, depuis l'âge de 17 ans où il a contracté une pleurésie gauche. Il est, de plus, très sujet aux angines et aux coryzas.

Sa mère est morte peu de temps après sa naissance d'une maladie de poitrine mal déterminée. Son père est atteint d'une affection chronique de l'appareil respiratoire, et sa sœur est faible de la poitrine.

Le 12 janvier, au retour d'une marche militaire, C... éprouve un violent mal de tête qui se localise, après 24 heures, dans le voisinage de l'oreille gauche. La douleur, d'abord sourde, tolérable, devient peu à peu lancinante, pulsatile, et irradie vers l'occiput, la région temporale et l'arcade orbitaire.

Elle s'accompagne de bruissements, suivant dans leur intensité les variations de la douleur. Celle-ci, au moment de ses paroxysmes, est assez intense pour provoquer des vertiges et des nausées.

Cet état persiste en s'aggravant quotidiennement jusqu'au 25 janvier, époque à laquelle survient un écoulement de liquide jaune citrin. Mais cette sécrétion, qui indique le moment de la perforation du tympan, n'amène qu'une très légère diminution des phénomènes douloureux. Du 25 au 27, l'abondance de l'écoulement augmente, et les souffrances continuent.

Le 28 janvier, C... entre dans notre service. Nous sommes frappé par la marche insolite de l'otite moyenne purulente, dont la période pré-fistuleuse tympanique a duré 13 jours et qui n'a pas été améliorée par l'établissement de l'écoulement.

Nous pensons immédiatement à une complication mastoïdienne par rétention de la sécrétion purulente de la caisse. C'est un de ces cas où la paracentèse du tympan est, à tous les points de vue, le salut des malades.

Notre opinion se trouve confirmée par l'examen local et général.

L'abondance de la suppuration est excessive; le liquide séro-purulent tombe goutte à goutte du lobule de l'oreille.

En regardant le malade par derrière, on constate que le pavillon gauche est écarté du crâne de 1 centimètre au moins de plus que de l'autre côté. Il est aussi très légèrement abaissé. Le sillon rétro-aurieu-

laire est moins profond qu'à droite, et la palpation révèle un épaissement œdémateux des tissus, qui masque les reliefs osseux de la région mastoïdienne et en particulier la racine transverse de l'arcade zygomatique. La moindre pression est intolérable sur toute l'étendue de l'apophyse mastoïde, aussi bien à la pointe qu'à la base. Le conduit auditif a son calibre normal ; mais l'introduction du spéculum arrache des cris au malade ; et l'on peut se rendre compte, en exerçant des pressions bien limitées à l'aide d'un stylet, que la sensibilité exagérée de la paroi postérieure du conduit est seule en cause :

Après nettoyage du conduit auditif, on reconnaît une perforation antero-inférieure du tympan par laquelle le pus s'écoule sous les yeux. Les douleurs spontanées sont généralisées à toute la tête, avec prédominance dans la région latérale gauche et le conduit auditif. Elles irradient le long du sterno-mastoïdien et sont exagérées par la mastication et les mouvements de rotation de la tête.

Appétit modéré ; insomnie causée par la douleur ; perte des forces ; amaigrissement ; la température oscille autour de 38°.

Les jours suivants, les signes de la mastoïdite s'accumulent, malgré les grands lavages répétés de l'oreille avec une solution chaude de sublimé au 1/1000<sup>e</sup> et l'enveloppement du côté gauche de la tête dans des compresses antiseptiques.

Le pus inonde la joue après deux heures de séjour d'un même pansement. Toute la zone périauriculaire est œdématisée.

La partie supérieure du sillon rétroauriculaire est remplacée par une voussure légère. La peau de la région mastoïdienne est rosée. T. 38° à 39°. L'intervention chirurgicale est fixée au 1<sup>er</sup> février. Le diagnostic posé est : cellulite mastoïdienne suppurée aiguë.

Nous trouvons à l'opération un petit abcès sous-cortical développé dans un tissu osseux très friable qui s'enlève avec la curette ainsi qu'un tissu mou. Le curetage de l'apophyse laisse subsister une cavité du volume d'une noisette environ ; elle est indépendante de l'antre ; et le liquide injecté par la plaie, quelle que soit la force du courant, ne peut refluer par le conduit auditif ou inversement.

Immédiatement après l'opération, C... se sent soulagé et peut dormir quelques heures ; mais dans la nuit, il est pris d'une douleur térébrante, non plus dans l'oreille gauche, mais dans l'oreille droite, et qui est suivie presque aussitôt d'un écoulement dont le malade a la sensation sous son pansement. Le pavillon de l'oreille droite, mis à découvert, est, en effet, taché par le pus ; et l'existence d'une otite moyenne purulente droite ne fait aucun doute. Des lavages antiseptiques sont prescrits, et les phénomènes douloureux se calment.

Dès le 3 février, une amélioration très sensible se manifeste du côté

des oreilles. Il n'y a plus de douleurs ni à droite ni à gauche du crâne, mais l'état général ne se relève pas : la fièvre et la toux persistent ; et c'est du côté de la poitrine que notre attention va maintenant se porter.

Nous ne devons pas oublier que la suppuration des deux caisses n'était qu'une complication d'une infection des voies respiratoires.

La toux était fréquente et pénible ; le côté gauche du thorax, siège de l'ancienne pleurésie, était aplati.

Submatité au sommet gauche en avant ; affaiblissement du murmure

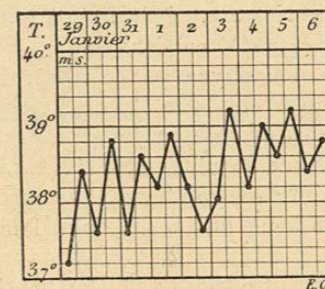


Fig. 92.

vésiculaire au même niveau. Gros râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

De l'avis de nos collègues plusieurs fois consultés, les lésions pulmonaires justifiaient l'élévation de la température, qui atteignait tous les soirs les environs de 38°.

Vers la mi-février, nous commençons à constater une atténuation de

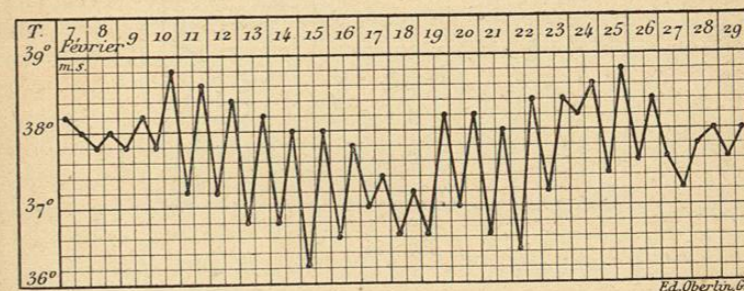


Fig. 93.

la maladie. La plaie opératoire de l'apophyse mastoïde gauche se cicatrise régulièrement, bien que la suppuration par le conduit auditif soit