les lésions oculo-palpébrales. C'est un malheur sans doute, mais c'est un fait qu'il ne faut pas ignorer.

Au début, les paupières sont un peu rouges et légèrement tuméfiées. On ne voit d'abord qu'une seule ligne rougeâtre transversale qui occupe le centre de la paupière; mais bientôt les bords et l'angle interne de l'œil deviennent rouges et douloureux à la pression. L'action de la lumière est pénible, et il existe une douleur continue qui provoque les cris des enfants et les prive de sommeil. La conjonctive est généralement injectée. L'œil ne présente aucune modification.

Ces altérations prennent rapidement beaucoup de gravité. Dans l'espace de douze ou vingt-quatre heures, la rougeur des paupières devient si générale et leur gonflement si considérable, que les yeux ne peuvent plus s'ouvrir. La paupière supérieure recouvre la paupière inférieure; elles sont agglutinées entre elles par du pus desséché, et lorsqu'on les sépare l'une de l'autre, une matière crémeuse, blanchâtre ou jaunâtre, épaisse, d'aspect purulent, s'échappe et coule à l'extérieur. La conjonctive oculaire et palpébrale est très-rouge, très gonflée et couverte de granulations fines très nombreuses, ou de fausses membranes très minces signalées pour la première fois par Chassaignac.

Il y a deux variétés anatomiques d'ophthalmie purulente des nouveau-nés : *l'ophthalmie purulente granuleuse* et *l'ophthalmie purulente pseudo-membraneuse*. Sur 322 observations d'ophthalmie purulente recueillies à l'hospice des Enfants-Trouvés par Chassaignac, il y a eu 106 cas d'ophthalmie pseudo-membraneuse, et 216 cas d'ophthalmie granuleuse. Ces fausses membranes, bien visibles quand on lave les yeux avec le jet d'un irrigateur, couvrent une plus ou moins grande étendue de la surface oculo-palpébrale. Elles sont composées de fibrine coagulée sous forme striée et granuleuse enfermant encore dans son réseau des globules de pus que la macération dans l'eau rend plus évidents et dont l'acide acétique fait bien voir les noyaux.

L'œil ne présente encore aucune altération. La cornée n'a pas perdu sa transparence.

La sécrétion puriforme change rapidement de couleur : elle est fort abondante, verdâtre, et quelquefois mêlée à du sang. C'est alors qu'on observe l'inflammation de la cornée, son ramollissement, son ulcération, sa perforation, et souvent la perte de l'œil.

Il est souvent difficile de bien apprécier la marche de ces altérations, car on ne peut écarter suffisamment les paupières sans lutter avec force contre l'enfant, que cette manœuvre fait horriblement souffrir, ou sans se servir de la douche froide d'un irrigateur. On peut également profiter du moment rapide dans lequel on introduit un collyre dans l'œil pour examiner la surface de cet organe.

On voit alors que la cornée a perdu son éclat et son poli, et qu'elle offre sur un ou plusieurs points une teinte grisâtre différente de la coloration des parties voisines. Cette teinte grisâtre appartient à la portion de la cornée qui est ramollie. Bientôt le centre de ce ramollissement se perfore, les humeurs de l'œil s'écoulent et l'œil se vide, à moins que, comme cela se rencontre quelquefois, il ne se fasse une hernie de l'iris qui oblitère l'ouverture et s'oppose à la sortie de l'humeur vitrée. Toutefois on peut regarder l'œil comme perdu pour la vision.

Ailleurs, on voit sur la cornée une ulcération plus ou moins profonde, avec ou sans ramollissement des parties voisines. Lorsque l'ulcération est

large, elle peut déterminer des accidents semblables à ceux que produit l'altération précédente, c'est-à-dire la perte de l'œil.

Chez quelques enfants enfin il y a seulement infiltration purulente de la cornée, qui est opaque dans une étendue plus ou moins considérable. Cette infiltration et la cicatrice des ulcères de la cornée sont l'origine de ces taies qu'on observe après la guérison de l'ophthalmie purulente.

Dès que l'inflammation s'affaiblit, le gonflement des paupières et leur rougeur diminuent; la suppuration est moins abondante, moins épaisse et prend un meilleur aspect, les fausses membranes ou les granulations disparaissent, l'enfant supporte mieux la lumière et entr'ouvre les paupières avec plus de facilité. On peut voir à ce moment si l'œil a été fort endommagé : alors on observe l'opacité et le staphylôme de la cornée, la déformation de la pupille, par suite des adhérences anormales de l'iris, et enfin la vacuité du globe oculaire.

Tels sont les accidents de l'ophthalmie purulente; ils sont, comme on le voit, fort graves; cependant l'ophthalmie purulente granuleuse est moins grave et moins rapide dans sa marche que l'ophthalmie pseudo-membraneuse; quelquefois les accidents de cette maladie durent à peine quelques jours, et la terminaison est heureuse. Lorsqu'ils se prolongent plus longtemps, il est rare que le globe de l'œil n'ait pas été attaqué; alors ils persistent pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs mois.

Parmi les altérations de l'œil qui succèdent à l'ophthalmie purulente, il en est une qui est moins grave qu'on ne pourrait le présumer. L'opacité de la cornée qui résulte de l'ulcération ou du ramollissement de cette partie finit par disparaître avec l'âge. Il faut pour cela qu'elle ne soit pas générale et qu'elle n'envahisse pas toutes les lames de la cornée. On voit souvent, chez les jeunes enfants, l'opacité bien évidente, mais superficielle, de la cornée disparaître complètement ou ne laisser que des traces imperceptibles. Toutefois cette disparition est lente, et elle met à s'accomplir plusieurs mois, et même plusieurs années. Je l'ai vu s'effectuer en quelques semaines, mais ces cas sont exceptionnels. Il faut se garder de rien faire dans le but d'en hâter la marche, sous peine de faire naître de nouveaux accidents qui auraient un résultat contraire à celui qu'on désirait obtenir.

Traitement. — Il faut se hâter de combattre l'ophthalmie purulente, dès son début, par les moyens les plus énergiques. Jadis on conseillait l'application d'une ou deux sangsues aux tempes, mais cette soustraction de sang n'est pas toujours suivie d'une grande amélioration. Or, comme il y a peu de temps à perdre, il faut employer les moyens qui réussissent le plus constamment ; il faut appliquer sur les paupières des compresses imbibées de liquides astringents, et en particulier d'eau blanche, comme cela se pratique à l'hôpital des Enfants-Trouvés. En outre, deux fois par jour il faut instiller entre les paupières, à l'aide d'une seringue, et mieux à l'aide d'un pinceau d'aquarelle, une solution de nitrate d'argent dont voici la formule :

℞ Azotate d'argent. . . . . 30 centigrammes.
Eau distillée. . . . . 30 grammes.

Faites dissoudre et gardez à l'abri de la lumière.

Ces proportions ne sont pas indifférentes; car, s'il faut modifier la phlegmasie de la conjonctive au moyen de cet excitant, il importe également de ne pas dépasser le but que l'on veut atteindre. Or, si l'on employait une solution plus concentrée, on pourrait, au lieu de modifier avantageusement l'inflammation, lui donner une nouvelle activité et hâter ainsi la perte de l'œil.

Il faut, dans quelques circonstances, toucher légèrement la conjonctive palpébrale, et même la cornée, avec le crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation doit être faite sur la conjonctive lorsqu'elle est très tuméfiée et couverte des fines granulations dont nous avons parlé. Il faut cautériser les ulcérations de la cornée lorsqu'il est facile de les bien apercevoir.

Ces divers moyens sont les meilleurs que l'on puisse mettre en usage. On emploie aussi les compresses imbibées d'eau froide et de liquides astringents ; les irrigations continues d'eau froide qui réussissent assez bien ; les lotions répétées trois fois par jour avec un irrigateur qui lave et nettoie les paupières, les applications momentanées de mélanges réfrigérants avec de la glace et du sel, durant cinq minutes ; les collyres de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc ; les lotions avec la liqueur de van Swieten étendue de moitié son poids d'eau ; la solution iodo-tannique, 1 gramme pour 30 grammes d'eau distillée ; la solution d'acide borique, 10 pour 1000, etc. ; mais il n'est aucune substance qui puisse avantageusement remplacer le nitrate d'argent.

En cas de chémosis, complication assez fréquente, il faut pratiquer l'excision de la muqueuse.

Nous devons parler encore d'un accident qui survient quelquefois dans le cours du traitement de l'ophthalmie purulente ; il est moins de la faute du médecin que de la faute de l'enfant, mais il faut cependant tâcher de l'éviter. Lorsque les paupières sont très gonflées et qu'on veut les écarter pour voir l'œil et y mettre du collyre, l'enfant se débat, lutte, contracte ses muscles orbiculaires et favorise ainsi le renversement du cartilage tarse, ce qui forme un ectropion à la paupière supérieure. Ce renversement est, en général, sans conséquence ; il cesse dès qu'on abandonne la paupière ; mais chez quelques enfants il persiste, et l'on ne peut réduire cette luxation des cartilages tarses qu'en glissant un corps étranger sous la paupière, et en se servant de la main pour les replacer dans leur position naturelle. Pour ne pas avoir tous les embarras d'une telle opération, il faut éviter ce déplacement du bord de la paupière Si l'enfant résiste quand on veut lui ouvrir l'œil, il ne faut pas insister ; on doit se contenter d'écarter légèrement les paupières, juste ce qu'il faut pour passer le pinceau chargé de nitrate d'argent au-dessous d'elles. En ne luttant pas contre le petit malade, on est certain de ne pas déterminer ce renversement, si difficile à réduire dans quelques circonstances.

A la suite de l'ophthalmie purulente il reste quelquefois sur la cornée des taies qui provoquent des mouvements oscillatoires dans les yeux. On peut alors, à l'exemple du docteur Lawson (1), faire la section des muscles droits internes. L'exemple qui suit est fort curieux sous ce rapport :

Observation. — *Mouvements oscillatoires des yeux ; section des muscles droits internes ; grande amélioration de la vue.* J. S..., âgé de sept ans, fut admis au grand hôpital du Nord, dans le service de M. Lawson. Il était complètement aveugle de l'œil droit, était atteint d'un staphylôme de la cornée, suite d'ophthalmie purulente dans l'enfance. A l'œil gauche, le bord pupillaire de l'iris était adhérent à une cicatrice de la cornée, consécutive à un ulcère perforant. Les deux yeux oscillaient continuellement, en sorte que cet enfant ne pouvait distinguer nettement aucun objet. En allant et venant dans la salle, il se heurtait contre les lits, et il lui était impossible de ramasser à terre les corps de petite dimension. S'il voulait examiner quelque chose, il poussait, avec les doigts de la main gauche, le globe oculaire vers la commissure interne des paupières et l'y maintenait pendant qu'il dirigeait sa tête vers l'objet. Il y avait strabisme convergent,

(1) Lawson, *Med. Times and Gazette*, mai 1860.

et c'étaient les muscles droits internes et les obliques supérieurs qui semblaient être les principaux agents du mouvement oscillatoire. Dans l'espoir de le faire cesser et de rendre aux yeux plus de fixité, M. Lawson coupa le droit interne de chaque côté. Il en résulte un avantage marqué. Non seulement la physionomie de cet enfant est mieux qu'auparavant, mais il peut se promener dans la salle, sans se heurter contre les meubles, distinguer les objets à la distance de quinze ou vingt pieds, et ramasser des épingles sur le plancher. Il est capable de monter un escalier, tandis qu'avant l'opération il n'osait le faire qu'en marchant sur les mains et les genoux. Les mouvemenss oscillatoires des yeux ont considérablement diminué, et il n'a plus besoin, pour regarder, de fixer son œil à l'aide des doigts.

CHAPITRE II

TUMEUR LACRYMALE

La tumeur lacrymale est assez rare chez le nouveau-né. Elle se présente avec des caractères semblables à ceux de la tumeur lacrymale chez l'adulte. En voici un exemple observé par Caron :

Observation. — L..., âgée de quarante ans, sourde et muette, ayant eu déjà quatre filles bien conformées et pourvues du sens de l'ouïe et de la parole, accoucha le 16 mars d'un garçon qui ne paraissait point sourd non plus, mais qui offrait les particularités que voici : il portait à l'œil droit une tumeur du volume d'un œuf de canari environ, constitué par une *hydropisie du sac lacrymal*. Le liquide refluait difficilement par le point lacrymal correspondant, et, malgré les pressions exercées, rien ne s'échappait par le canal nasal.

M. Caron opéra l'enfant au bout de quarante-huit heures. Après avoir fait inutilement des pressions réitérées sur la tumeur et avoir essayé en vain de vider le sac sur le point lacrymal, il en ouvrit le centre avec une lancette, de manière à évacuer tout le liquide séro-purulent qu'elle contenait ; il fit une injection simple dans le sac, qu'il vida ; puis il couvrit aussitôt la plaie, ainsi que toute l'étendue des parois de la tumeur, d'une couche assez épaisse de collodion. Sous l'influence de ce topique compresseur, la peau se crispa, se ratatina, et ne se prêta plus au développement du sac.

En effet, au bout de vingt-quatre heures, la peau était légèrement rubéfiée au voisinage du collodion, la portion du cartilage avoisinant un peu injectée ; mais en détachant avec l'ongle le collodion et le soulevant, on put voir la plaie déjà cicatrisée, la partie pâteuse plutôt que tuméfiée et sans fluctuation. M. Caron appliqua une nouvelle couche du topique imperméable, qui opéra, en se desséchant, la rétraction de la peau ; elle resta quarante-huit heures en place. Au bout de ce temps, la tumeur parut effacée, la peau plissée, et les mucosités nasales commençaient à couler du côté correspondant. On lava souvent l'intérieur du nez au moyen d'un pinceau, et depuis ces pansements, le cours des larmes s'est rétabli, et la tumeur lacrymale ne s'est plus reproduite. Il ne reste même aucune cicatrice visible dans le lieu où a été pratiquée la ponction. Cette tumeur était formée par une hydropisie du sac lacrymal plutôt qu'elle ne constituait une tumeur lacrymale proprement dite, et l'excessive distension de celui-ci occasionnait l'occlusion du canal nasal, comme dans certains cas de rétention d'urine par regorgement.

Le même enfant offrait un phimosis assez prononcé pour mettre obstacle à l'évacuation des urines. Une incision pratiquée au prépuce sur sa face supérieure fit prompte justice de cette difformité.

C'est là un cas intéressant, presque unique dans la science, sous le rapport de l'âge où il a été observé.

Il n'y avait pas d'autre traitement à faire que celui qui a été mis en usage par Caron. On peut se demander cependant s'il aura été suffisant et si la maladie ne se sera pas reproduite, à cause de l'obstruction du canal nasal. En effet, on n'a pu constater la perméabilité de ce canal.

CHAPITRE III

ABSENCE CONGÉNITALE DE LA SÉCRÉTION LACRYMALE

Voici un fait rare, observé par Salomon (de Birmingham), mais je dois déclarer que je ne partage pas son avis, et que ce qu'il considère comme un fait congénital, je le considère comme la conséquence d'une ophthalmie développée peu après la naissance.

Observation. — Un jeune garçon de vingt-huit mois avait deux petites opacités sur la cornée droite, et il ne pleurait jamais jusqu'à verser des larmes.

Les globes oculaires sont saillants et le siège d'un léger mouvement rotatoire; il n'existe point d'opacité du cristallin ou de la capsule qui puisse expliquer ce mouvement oscillatoire. Les mouvements naturels des yeux sont concordants ; il n'y a pas de traces d'amaurose. Les iris sont bleus et contractiles. La conjonctive et les parties qu'elle tapisse sont à l'état normal. La surface des globes oculaires est claire et brillante. En un mot, à l'exception de légères opacités de la cornée, les yeux sont complètement sains. Le toucher ne révèle rien d'anormal dans l'état de la glande lacrymale. Ces opacités proviennent d'une ophthalmie dont l'enfant a été atteint à l'âge de deux mois; il y a eu depuis une conjonctive catarrhale. Aucun de ses proches ne présente rien de particulier sous le rapport de la sécrétion lacrymale.

Afin de voir si la sécrétion lacrymale existe ou non et en même temps pour agir sur les taches de la cornée, j'introduis entre les paupières un peu d'onguent à l'oxyde rouge de mercure; l'enfant pousse de grands cris, et son œil devient peut-être un peu plus humide, mais il ne s'échappe point de larmes des paupières et il ne s'en accumule pas dans l'angle interne. Cette expérience renouvelée plusieurs fois donne toujours le même résultat, même lorsque je place l'extrémité de mes doigts sur les points lacrymaux de façon à les obstruer.

Les opacités ne disparaissant pas, on a recours à un stimulant plus actif, la teinture d'opium ; la conjonctive droite, sur laquelle on agit, devient rouge, et il s'échappe sur la joue un flux de liquide incolore et salé ; mais, bien que l'enfant pousse de grands cris, l'œil gauche n'éprouve aucun changement. Quelque temps après, on introduisit ainsi de la teinture d'opium dans l'œil gauche, et il s'en échappa aussi quelques larmes, tandis que l'œil droit n'éprouvait aucun changement. Ces expériences démontrent bien qu'il existe de chaque côté une glande lacrymale susceptible de sécréter des larmes, mais seulement sous l'influence d'une stimulation extraordinaire.

Causes. — La cause de cette sorte d'engourdissement des glandes lacrymales à cet âge ne paraît pas inexplicable. Je crois que ce cas est le premier où l'on eût observé ce phénomène à l'état congénital et sans complication d'altération de la conjonctive. Les causes les plus ordinaires de la suppression ou de la diminution de la sécrétion des larmes sont : une maladie de la glande lacrymale, certains cas d'amaurose, la faiblesse de nutrition amenée par l'âge avancé, un violent chagrin, l'obstruction du conduit de la glande.

Wardrop (1) a rapporté un cas de sécheresse congénitale de la conjonctive (*xeroma*) avec impossibilité de répandre des larmes, due à ce qu'une adhérence intime des paupières au globe de l'œil obstruait les conduits de la glande lacrymale.

Un résultat semblable s'observe quelquefois chez l'adulte à la suite de la conjonctivite. Il est possible que le cas de Wardrop ait été la conséquence d'une conjonctivite survenue pendant la vie intra-utérine.

(1) Wardrop, *Lancet*, 19 novembre 1853.

CHAPITRE IV

HÉMÉRALOPIE

L'*héméralopie* existe assez souvent chez les enfants et se rapporte souvent à une espèce particulière de *lésion conjonctivale*. Selon Bitot (de Bordeaux), cette lésion s'est montrée sur les côtés, et principalement sur le côté externe de la cornée. Elle consistait en une tache formée d'une multitude de petits points de couleur nacrée ou argentée. Sa marche et sa durée sont en rapport avec celles du trouble visuel. Cette tache, inhérente au tissu sur lequel elle est étalée et que le mouvement provoqué ou naturel des paupières ne peut faire disparaître, résulte d'un mode spécial d'altération squameuse de l'épithélium conjonctival. Elle a coexisté avec tous les cas d'héméralopie (près de trente) qui ont été observés de 1859 à 1862 à l'hospice des Enfants assistés de Bordeaux. Ces cas se sont montrés presque aussi souvent chez les filles que chez les garçons âgés de neuf à dix-huit ans, et plutôt chez les individus bien constitués que chez les sujets faibles, scrofuleux, et principalement chez les enfants attachés aux ateliers (1).

CHAPITRE V

ABCÈS DE L'ORBITE

Voici un cas d'abcès de l'orbite produisant l'exophthalmie chez un nouveau-né :

Observation I. — Un enfant de quinze jours, bien portant d'ailleurs, fut apporté au Dispensaire du professeur Arlt, avec une exophthalmie considérable qui avait commencé dix jours après la naissance. L'œil sortait de l'orbite et formait une saillie d'un demi-pouce environ en avant et autant en dehors ; les paupières étaient distendues et œdématiées ; la conjonctive, la cornée et l'iris dans un état normal. Jugeant qu'un abcès seul pouvait avoir déterminé aussi rapidement cette énorme protrusion, il fit une ponction exploratrice à l'angle interne, qui n'amena qu'un peu de sang ; mais l'état de l'enfant ayant empiré le lendemain, et une saillie existant à l'angle interne, ce chirurgien y plongea un bistouri à lame étroite entre le globe de l'œil et la paupière inférieure, à un demi-pouce de profondeur, et obtint une cuillerée de pus épais qui, selon lui, venait de l'ethmoïde. L'œil rentra ensuite dans l'orbite.

Ce fait intéressant a attiré l'attention par sa rareté, car si les cas de ce genre sont fréquents chez l'adulte, il en est autrement chez l'enfant (2).

En 1865, un autre fait a été observé par M. Dolbeau.

Observation II. — L'enfant présentait une exophthalmie très considérable due à une inflammation du fond de l'orbite. Il n'y a pas eu d'opération de faite.

Autopsie. — La tumeur ne renfermait que des larmes et du muco-pus. On a trouvé une oblitération de l'orifice du canal nasal dans le méat inférieur, où il existait une tumeur d'un volume à peu près égal à celui de la tumeur située au niveau du grand angle de l'œil.

(1) Bitot, *Mémoire sur une lésion conjonctivale non encore décrite, coïncidant avec l'héméralopie* (*Bull. de l'Académie de médecine*. Paris, 1863, t. XXVIII, p. 619).
(2) Arlt, *Wiener Wochenbl.*

Ici, le fait de l'imperforation du canal nasal à son ouverture inférieure semblait être la cause de la tumeur lacrymale congénitale (1).

LIVRE XXIV

MALADIES DE L'OREILLE

L'oreille est le siège de nombreuses maladies qui ne sont pas toutes également fréquentes chez les jeunes enfants. L'otite aiguë, *externe* ou *interne*, l'otite chronique et l'otorrhée, les corps étrangers de l'oreille, sont les seules qu'on observe au premier âge, et encore sont-elles très rares.

CHAPITRE PREMIER

ETAT DE L'OREILLE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ QUI N'A PAS RESPIRÉ

En médecine légale, il est important de savoir si un enfant nouveau-né a ou n'a pas respiré. On en trouve le signe dans l'oreille interne. Ainsi, d'après Gellé (2), qui a appelé l'attention sur les caractères particuliers que présentent les oreilles des enfants nouveau-nés qui n'ont pas respiré, on voit les cavités tympaniques remplies par un magma brunâtre au milieu duquel on aperçoit deux points blancs qui sont les osselets; on n'y trouve pas trace d'air. Ces caractères peuvent avoir une grande importance au point de vue médico-légal. Il suffit, en effet, de quelques heures de respiration pour que ce magma ait disparu et pour que la cavité tympanique soit remplie d'air.

CHAPITRE II

OTITE ET OTORRHÉE

L'*otite* est une inflammation, soit du conduit auditif *externe*, soit de l'oreille *moyenne et interne*. — On la rencontre à l'*état aigu* et à l'*état chronique*.

Causes. — Elle succède à l'influence du froid ou des corps étrangers, tels que noyaux de cerise, graviers, larves d'insecte (Meissner, Ménard, Saint-Laurent), etc., puis aux maladies aiguës, particulièrement à la rougeole, à la scarlatine, à la fièvre typhoïde, aux maladies du pharynx et des amygdales, aux oreillons, etc. Toute maladie aiguë est accompagnée de fièvre qui attaque l'épithélium de la langue et du pharynx et fait naître une inflammation qui gagne la trompe d'Eustache et occasionne l'otite.

Symptômes. — L'olite aiguë moyenne amène la fièvre, des douleurs plus ou moins vives, des cris incessants, parfois du délire, et chez les petits enfants on ne sait à quelle cause attribuer ces phénomènes. Il y a de l'affaiblissement de l'ouïe, et enfin, au bout de quelques jours, la suppuration de la caisse, la

(1) Dolbeau, *Gazette des hôpitaux*, 1862.
(2) Gellé, *Traité des maladies de l'oreille*. Paris, 1835.

perforation de la membrane du tympan et l'écoulement de pus par le conduit auditif. Le pus continue à sortir pendant quelques jours, puis cesse de couler, si la phlegmasie se termine par résolution. Ailleurs, particulièrement dans les cas de corps étrangers dans l'oreille, ou de carie du rocher, il se produit des convulsions éclamptiques ou épileptiformes, de la paralysie faciale, de l'hémiplégie, comme cela est signalé par Itard, Larrey, Champouillon, Saint-Laurent (1), etc. Ces accidents nerveux peuvent être sympathiques, *essentiels* et sans lesion osseuse, ou au contraire être *symptomatiques* et sous la dépendance d'une suppuration du rocher.

Ordinairement, l'otite, après avoir vidé son pus au dehors, passe à l'état *chronique*, la suppuration continue et se prolonge plusieurs semaines ou quelques mois. La maladie prend alors le nom d'*otorrhée*.

Otite interne. — Cette seconde forme d'otite a pour siège, en même temps, l'oreille moyenne et interne; elle occupe à la fois la caisse du tympan, le limaçon, les canaux demi-circulaires ou le rocher qui sont malades.

La membrane du tympan est perforée, la caisse remplie de pus verdâtre, les osselets détachés ou tombés, les parois osseuses nécrosées, et quelquefois des tubercules enkystés existent dans le rocher. C'est dans ce cas qu'on rencontre aussi la carie des cellules mastoïdiennes communiquant ou non avec l'extérieur par une fistule cutanée.

Cette otite interne débute par des douleurs aiguës avec fièvre et surdité. — Au bout de quelques jours le tympan éclate, et du pus sort par le conduit auditif externe. Il en résulte une *otorrhée* chronique et la cessation des douleurs et de la fièvre. — Plus tard, les osselets sortent, et j'ai ainsi reçu d'un enfant le marteau et l'étrier entraînés par le pus. Ailleurs, il sort des esquilles, et le stylet introduit dans l'oreille constate la perforation du tympan et la nécrose des parois de la caisse.

Dans quelques cas, le pus sort par le conduit auditif, dont l'orifice est rouge, excorié, fongueux et douloureux, ou bien il se fait un chemin derrière l'oreille dans les cellules mastoïdiennes. Alors un abcès s'établit, s'ouvre à la peau en formant une fistule qui a beaucoup de peine à se fermer.

Cet état entraîne une surdité complète et définitive; il dure indéfiniment. On le voit guérir, mais chez quelques enfants il entraîne une hémiplégie faciale, due à l'altération du nerf facial, ou une inflammation des méninges promptement mortelle. La méningite est alors le résultat de la propagation de l'ostéite à la dure-mère et aux méninges.

OBSERVATION I. — Chez une fille de 11 ans, en apparence guérie depuis 3 mois d'une otorrhée avec nécrose de l'apophyse mastoïde, il survint des accidents cérébraux, et le docteur Mathewson, qui soignait la malade, la vit périr et constata un abcès du cervelet contenant 30 grammes de pus.

Otite chronique et carie du rocher. — L'otite chronique et l'otorrhée sont surtout la conséquence de la scrofule, de l'ostéite du rocher ou des tubercules de cet os. Elles s'observent très ordinairement chez les sujets débiles, lymphatiques, scrofuleux ou nés de parents affaiblis et plus ou moins entachés eux-mêmes de scrofule. Elles résultent de tout coryza, de toute pharyngite, de toute amygdalite et de toute stomatite des maladies aiguës qui se propagent dans l'oreille par la trompe d'Eustache. Je ne parle pas de l'otite sans gravité, qui occupe le conduit auditif externe seulement; je parle surtout de l'autre,

(1) Saint-Laurent, *Gazette des hôpitaux*, octobre 1860.