

## INFLAMMATION AIGUE PRIMITIVE DE LA RÉGION MASTOÏDIENNE EXTERNE

## PÉRIOSTITE MASTOÏDIENNE

Les affections primitives de l'apophyse mastoïde, *sans maladie simultanée d'une autre partie de l'oreille*, sont en somme rares. L'inflammation se produit, soit dans le revêtement périostal externe (périostite mastoïdienne), soit dans les cavités cellulaires internes de l'apophyse mastoïde (ostéite mastoïdienne).

La périostite mastoïdienne primitive est très rare et l'on ne trouve dans la littérature spéciale qu'un petit nombre de cas décrits par VOLTOLINI (*M. f. O.*, 1873 et 1877), BLAKE (*Arch. of Ophth. and Ot.*, vol. V.), KNAPP (*Ref. VII otolog. Congr.* 1876), JACOBI (*A. f. O.*, vol. XV), TURNBULL, SWAN BURNETT (*Z. f. O.*, vol. IX) et HOTZ (*ibid.*). Moi-même je n'ai observé jusqu'ici que trois cas de ce genre. Dans plusieurs des cas décrits, il y avait doute si l'inflammation avait son siège dans le périoste ou dans le tissu connectif sous-cutané. Cette forme d'inflammation est observée plus souvent chez l'adulte que sur l'enfant.

L'inflammation, qui survient à la suite de refroidissements, mais le plus souvent sans cause connue, s'attaque, soit à une portion circonscrite du périoste, soit à toute la région mastoïdienne, et même jusqu'à la région temporale. Elle se caractérise par la formation sur l'apophyse mastoïde d'une tumeur ferme, généralement rouge, s'aplatissant vers les bords, très douloureuse sous la pression. Parfois, mais non d'une façon constante, la portion supérieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien, comme KNAPP l'a observé pour la première fois, est atteinte par le processus inflammatoire. A l'exception d'une légère rougeur de la paroi postérieure du conduit auditif, on n'aperçoit aucun symptôme d'inflammation sur la membrane tympanique et dans le méat.

L'audition est normale, rarement diminuée par une affection adhésive antérieure de l'oreille moyenne ou par l'accumulation d'un liquide séreux. Le symptôme subjectif le plus saillant consiste en douleurs violentes, spontanées, dans la région enflammée, douleurs qui rayonnent suivant diverses directions vers la tête. Les accès de fièvre simultanés sont généralement modérés, mais peuvent devenir plus graves s'il se forme un abcès.

La marche et l'issue de la périostite mastoïdienne primitive sont les suivantes : L'inflammation atteint au bout de quelques jours son degré le plus élevé et l'infiltration disparaît sans suppuration ; ou bien, comme dans les cas observés par ROOSA et ELY (*Z. f. O.*, vol. IX), WEBSTER (*Arch. of Otol.*, VIII) et KNAPP, il y a formation d'un abcès et guérison à la suite de l'ouverture spontanée ou opératoire de l'abcès, ou bien le pus se fraye une voie dans le conduit auditif externe, en traversant l'une des incisures de SANTORINI ou la partie membraneuse du segment cartilagineux, comme cela a été observé par SWAN BURNETT (*Z. f. O.*, vol. IX), HOTZ et, dans un cas, par moi. Des complications de cette forme de maladie par la carie et l'inflammation de l'inté-

rieur de l'apophyse mastoïde n'ont pas été notées jusqu'ici. Dans un de mes cas où, après l'incision et l'évacuation du pus, on sentait sur l'os une rugosité circonscrite, celui-ci se recouvrit au bout de quelques jours de granulations, et la guérison se fit rapidement. Dans un cas de HOTZ, plusieurs esquilles osseuses se détachèrent de la couche corticale.

Le diagnostic résulte des modifications objectives de l'apophyse mastoïde, et de l'absence de phénomènes inflammatoires dans d'autres parties du temporal. Une durée prolongée de l'infiltration et de la douleur peut cependant faire admettre la possibilité d'une inflammation secondaire du périoste externe, provoquée par une ostéite mastoïdienne. Dans un examen superficiel, il pourrait y avoir confusion avec ces gonflements douloureux de l'apophyse mastoïde, qui résultent parfois de furoncles profondément situés sur la paroi postérieure du conduit auditif, ou d'inflammations primitives des glandes lymphatiques situées sur l'apophyse mastoïde, quand celles-ci se déplacent difficilement.

Le pronostic de la périostite mastoïdienne primitive est favorable.

Le traitement consiste dans l'emploi d'antiphlogistiques énergiques (voir plus loin), et si, après deux ou trois jours, les symptômes inflammatoires n'ont pas disparu, on fait l'incision de la tumeur jusque sur le périoste. Quand il y a formation d'un abcès, le pus est évacué par une incision d'une profondeur suffisante.

Il sera question de la périostite mastoïdienne secondaire, qui résulte de l'extension d'un processus inflammatoire ou d'une carie de l'intérieur de l'apophyse mastoïde ou des parois du conduit auditif, à propos des issues de l'ostéite mastoïdienne.

## INFLAMMATION DES CAVITÉS CELLULAIRES DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

## OSTÉITE MASTOÏDIENNE

Le processus inflammatoire, qui s'attaque au revêtement muqueux-périostal des espaces pneumatiques de l'apophyse mastoïde, se présente rarement comme affection primitive, mais résulte généralement de l'extension d'une inflammation de la caisse, plus rarement du conduit auditif externe.

L'inflammation primitive du revêtement des cellules mastoïdiennes se produit, soit spontanément sans cause connue, soit sous l'influence du froid, d'une action traumatique ou de la syphilis. Elle se présente encore, mais plus rarement, comme dans un cas que j'ai observé, quelques semaines après le départ d'une suppuration aiguë de l'oreille moyenne. Il survint, sans phénomènes de réaction dans la caisse, une inflammation aiguë excessivement douloureuse dans l'intérieur de l'apophyse mastoïde, qui amena la formation d'un abcès et se termina, au bout de plusieurs semaines seulement, par une perforation à l'extérieur et la cicatrisation progressive de la place perforée.

L'ostéite mastoïdienne primitive commence, avec ou sans accès de fièvre, par des douleurs légères dans la région de l'apophyse mastoïde, qui vont ensuite en augmentant et deviennent piquantes, déchirantes, accompagnées de



battements, généralement sans rougeur et sans gonflement du revêtement. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que, l'inflammation devenant plus intense ou se rapprochant de la couche superficielle, il y a sensibilité sous la pression de la surface externe et de la pointe du processus mastoïdien, et, par suite de la périostite mastoïdienne secondaire, un gonflement douloureux des parties molles et des glandes lymphatiques situées sur l'apophyse mastoïde. Si plus tard il y a suppuration, celle-ci s'étend en avant vers la caisse du tympan et s'accompagne des mêmes symptômes, que nous avons décrits à propos de l'otite moyenne purulente aiguë (pag. 338); rarement l'abcès perce en dehors. L'opinion de KIRCHNER (*Arch. f. Ohr.*, vol. XIV), que le pus peut se frayer une voie de l'intérieur de l'apophyse mastoïde au dehors par la fissure mastoïdo-squameuse<sup>1</sup>, est difficile à vérifier cliniquement, parce que, dans l'ostéite mastoïdienne, il peut se former aussi un abcès sous-périostal externe sans communication directe avec le foyer purulent de l'intérieur de l'apophyse mastoïde.

La *marche* de l'ostéite mastoïdienne est très courte, dans les cas qui se produisent spontanément et qui sont limités à l'apophyse mastoïde; l'inflammation atteint en six ou huit jours son degré le plus élevé, et, même quand il y a formation de pus et épanchement de celui-ci au dehors, la guérison a lieu en deux à trois semaines. Au contraire, la marche est indéterminée et prolongée dans les inflammations traumatiques et syphilitiques, avec carie consécutive, en outre, dans les formes où l'inflammation s'étend à la caisse du tympan et où la membrane tympanique est perforée. L'ouverture perforative se trouve ordinairement, en pareils cas, dans le quadrant postéro-supérieur de la membrane du tympan, à la pointe d'une saillie en forme de mamelon.

Le *diagnostic* de l'ostéite mastoïdienne primitive résulte des douleurs persistantes dans le fond de l'os et des gonflements qui surviennent plus tard sur l'apophyse mastoïde et dans son voisinage. Cependant le diagnostic est impossible, si, au moment de la première observation, il y a déjà une forte infiltration ou la formation d'un abcès sur le processus mastoïde, car ceci peut se présenter aussi dans la périostite mastoïdienne primitive. Ce n'est alors qu'après avoir pratiqué l'incision de WILDE (voir plus loin) ou après l'évacuation d'un abcès extérieur, et si les douleurs dans l'apophyse mastoïde persistent sans diminution, que l'on soupçonnera un abcès de l'os situé plus profondément. De même, après l'extension de l'inflammation à la cavité tympanique, il n'est pas possible de déterminer si l'on a devant soi une inflammation primitive ou secondaire de l'apophyse mastoïde.

L'*inflammation réactive secondaire de l'apophyse mastoïde*, survenant dans le cours des suppurations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne, est beaucoup plus fréquente. Je me sers de cette désignation, parce que, dans les suppurations de l'oreille moyenne, presque sans exception, l'apophyse mastoïde participe à la maladie, mais très souvent les modifications

<sup>1</sup> D'après KIRCHNER, la fissure mastoïdo-squameuse aurait été décrite non seulement par DU VERNEY, mais déjà dans l'Anatomie de CLOQUET.

inflammatoires qu'elle subit ne sont pas accompagnées de phénomènes de réaction et se développent généralement sans aucun symptôme.

Dans mes nombreuses autopsies relatives à des suppurations de l'oreille moyenne, je n'ai pas trouvé un seul cas, où il n'y ait eu en même temps des modifications pathologiques des cellules mastoïdiennes. L'aspect présenté a varié, suivant que la suppuration s'était arrêtée ou non.

Quand la suppuration a persisté jusqu'à la mort, on trouve le revêtement des cellules mastoïdiennes rougi, gonflé, lisse ou glanduleux, parfois couvert de petits polypes microscopiques (WENDT, EYSELL et l'AUTEUR). Les cavités celluluses sont remplies d'un liquide purulent ou muco-purulent, ou bien de masses grumeleuses, mi-fluides, semblables à la matière des tubercules, ou bien encore la muqueuse s'hypertrophie tellement dans les espaces cellulaires, que ceux-ci sont complètement remplis d'un tissu de granulation.

De même, quand la suppuration de l'oreille moyenne a cessé avant la mort, on trouve rarement l'apophyse mastoïde normale. Tantôt le revêtement des espaces cellulaires est épaissi, couvert d'une couche épidermique épaisse, sèche, stratifiée, tantôt ces espaces sont remplis d'excroissances connectives charnues ou de plaques épidermiques stratifiées ou complètement oblitérées par sclérose, tantôt enfin on trouve une carie et nécrose circonscrite ou étendue de l'os.

Les modifications pathologiques de l'apophyse mastoïde énumérées ici peuvent subsister pendant un grand nombre d'années, *sans jamais provoquer aucune espèce de symptômes subjectifs*. L'absence de modifications de l'apophyse mastoïde, visibles extérieurement, et de tout symptôme subjectif n'autorise donc nullement à exclure l'existence d'une maladie de l'apophyse mastoïde.

*Étiologie.* — L'inflammation *réactive secondaire* de l'apophyse mastoïde se développe, soit à la suite d'influences nocives extérieures, telles que : refroidissement, immersion dans l'eau, traumatisme, injection de grandes quantités de liquide dans l'oreille moyenne, soit à la suite de maladies générales, telles que : la tuberculose, la scarlatine, le typhus, la syphilis; mais le plus souvent elle est provoquée par un obstacle à l'écoulement, par la stagnation et décomposition d'exsudat purulent, sanieux ou caséux dans les espaces cellulaires de l'apophyse mastoïde.

*Symptômes.* — Les symptômes les plus saillants sont : des douleurs violentes dans la région mastoïdienne, rayonnant jusque dans la nuque, une grande sensibilité sous la pression, une fièvre modérée ou violente, des bourdonnements, plus rarement du vertige. La région mastoïdienne peut rester intacte, même avec une inflammation de longue durée. Un gonflement des parties molles au-dessus de l'apophyse mastoïde se développe surtout rapidement, si l'inflammation a son siège dans les parties superficielles de l'os. Cette région se montre alors sous la forme d'une tumeur rouge, chaude, résistante ou un peu fluctuante, qui peut s'étendre en arrière et en bas au delà des limites de l'apophyse mastoïde. Fréquemment, quand la tumeur s'étend sur une large surface, il y a contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien. L'aspect présenté sous le miroir est très variable. Le conduit auditif se trouve tantôt rétréci dans sa partie profonde, tantôt non modifié; la mem-



brane tympanique perforée est lisse ou hypertrophique. La suppuration est parfois profuse, d'autres fois aussi l'écoulement du pus est empêché par les obstacles indiqués plus haut.

*Marche et issue.* — La marche de l'inflammation secondaire de l'apophyse mastoïde varie avec l'intensité, l'extension et la cause de l'affection. Des inflammations légères peuvent rétrograder sans autres suites, les phénomènes inflammatoires disparaissant au bout de quelques jours, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement antiphlogistique convenable. De pareilles inflammations, en se renouvelant à plusieurs reprises, conduisent à l'hypertrophie et prolifération du revêtement des cellules mastoïdiennes, à la sclérose et éburnification de l'apophyse mastoïde et, dans les cas d'inflammations superficielles, à l'épaississement de la couche externe du périoste.

Les inflammations graves, qui atteignent aussi le tissu osseux sur une grande étendue, amènent la formation d'un abcès osseux, qui a pour conséquence fréquente la carie et nécrose consécutive de l'apophyse mastoïde. L'abcès osseux peut être limité à une place étroitement circonscrite de l'apophyse mastoïde, et siéger superficiellement en-dessous de la couche corticale, ou profondément dans le voisinage immédiat du sinus sigmoïde, ou bien il s'étend à la plus grande partie de l'apophyse mastoïde. L'abcès est tantôt relié à la cavité tympanique, tantôt sans aucune communication avec elle. Parfois la communication est interceptée par l'obstruction de l'entrée des cellules mastoïdiennes par un exsudat caséux ou des masses de granulation.

L'issue de l'inflammation purulente de l'apophyse mastoïde est, dans des cas rares, la guérison sans carie, le pus se résorbant ou s'épaississant ou s'écoulant dans la caisse à travers l'antre mastoïdien. Cette dernière issue se reconnaît à un écoulement subit, copieux, de pus de l'oreille, avec diminution rapide des phénomènes inflammatoires de l'apophyse mastoïde, après de longues douleurs dans cette région.

Plus souvent l'issue est une *carie et nécrose*. Celle-ci est tantôt limitée à l'apophyse mastoïde, tantôt combinée avec la carie d'autres portions du temporal (voir pag. 468). Elle atteint les couches superficielles ou la partie centrale de l'apophyse mastoïde, ou peut s'établir dans les couches plus profondes, dans le voisinage immédiat du sinus sigmoïde.

La carie et nécrose de l'apophyse mastoïde se développe parfois au milieu de phénomènes violents de réaction, mais elle peut aussi, en particulier chez les phthisiques, évoluer sans aucun symptôme, même avec une destruction considérable de l'os.

Dans un cas de suppuration opiniâtre de l'oreille moyenne, observé par Moos (*Arch. f. Aug. und Ohr.*, III) chez un phthisique, on trouva après la mort la partie centrale de l'apophyse mastoïde complètement séquestrée, et pourtant pendant la vie il n'y avait eu aucune trace d'une affection de cette région.

Sur une femme de trente-six ans, morte dans ma clinique de phthisie pulmonaire, qui souffrait depuis un grand nombre d'années d'une otorrhée profuse du côté droit,

la région mastoïdienne était normale, non douloureuse sous la pression. La percussion du processus mastoïde, comparée à celle du côté normal, donnait un son notablement plus bref sur l'oreille malade.

A l'autopsie, en dehors de la destruction de la membrane du tympan, on trouva tout l'intérieur de l'apophyse mastoïde, jusqu'à l'écorce osseuse, atteint de nécrose, et les fragments d'os enveloppés d'un pus épais. Après avoir enlevé le pus et les débris osseux, l'apophyse mastoïde formait une cavité unique entourée de parois minces, rugueuses, et la paroi externe était tellement réduite qu'une pression légère déterminait sa rupture.

Chez une jeune fille de dix-huit ans, morte également de phthisie pulmonaire, qui souffrait depuis l'enfance d'un écoulement de l'oreille gauche, le conduit auditif externe était fortement rétréci par suite d'infiltration, la suppuration profuse, mais sans symptômes d'une affection de l'apophyse mastoïde.

L'autopsie montra, après l'enlèvement des parties molles extérieures, une destruction à peu près complète de la paroi postérieure du conduit auditif (fig. 203) et, dans la portion supérieure de l'apophyse mastoïde, une cavité de la grosseur d'une petite noix, recouverte d'un tissu lisse de granulation, qui était en communication directe avec la lumière du conduit auditif externe. Par la destruction de la lame osseuse externe, la cavité débouche au dehors sur une étendue de près de 2 cent., et l'on voit par le trou un séquestre celluleux, rugueux, de la grosseur d'une noisette.

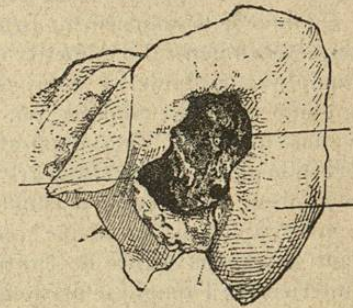


FIG. 203

À côté de ces cas, en somme assez rares, il y en a d'autres nombreux où l'abcès osseux de l'apophyse mastoïde perce dans diverses directions. Le plus souvent *la rupture a lieu en dehors*, la couche corticale est ramollie et détruite, et un abcès se développe dans la région mastoïdienne au milieu de symptômes violents de réaction, mais parfois aussi sans ces symptômes; si l'abcès n'est pas vidé par une ouverture artificielle, il perce spontanément en un ou plusieurs points, après ulcération du périoste et de la couche cutanée.

Quelquefois, déjà avant la rupture de la couche corticale, il se forme un abcès entre l'os et le périoste externe. Mais la communication directe de l'abcès extérieur avec l'intérieur de l'apophyse mastoïde est souvent très difficile à reconnaître, même après la rupture de la couche corticale. Une communication ne se laisse constater avec certitude, que si la sonde pénètre par l'ouverture osseuse dans la cavité de l'apophyse mastoïde, ou si, à la suite d'injections dans la caisse du tympan, le liquide s'écoule au dehors par l'ouverture de la peau sur l'apophyse mastoïde. Cependant un résultat négatif n'exclut pas du tout une communication directe entre l'apophyse mastoïde et l'abcès superficiel.

Tout abcès de l'apophyse mastoïde, survenant dans le cours d'une suppuration de l'oreille moyenne, ne doit pas néanmoins être attribué à la carie



de l'apophyse mastoïde. J'ai vu assez souvent, en particulier chez les enfants, la formation d'abcès isolés, qui se produisent vraisemblablement par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques allant de l'intérieur de l'apophyse mastoïde à la surface externe, ou par l'extension de l'inflammation du conduit auditif externe. Ils se développent très rapidement et s'ouvrent très fréquemment dans la portion membrano-cartilagineuse du méat externe, si auparavant le pus n'a pas été évacué au dehors par une incision. Dans les deux cas, la guérison se fait rapidement par la soudure des parois de l'abcès, surtout si l'on applique un bandage compressif convenable.

Quoique le *développement rapide* d'un abcès de la région mastoïdienne permette en général d'admettre qu'il ne communique pas avec l'intérieur de l'apophyse mastoïde, il n'en est pas toujours ainsi. Dans un cas qui s'est présenté dans ma clinique, où, pendant la convalescence, à la suite du typhus, il survint une suppuration bilatérale de l'oreille moyenne avec sécrétion profuse et dureté grave de l'ouïe, il se forma en deux jours un abcès douloureux de la région mastoïdienne droite et, par suite de son développement rapide, je pensai que la couche corticale n'était pas entamée. Cependant, après l'ouverture de l'abcès, on pouvait pénétrer avec la sonde dans l'intérieur de l'apophyse mastoïde par une ouverture large de un demi-centimètre. Après avoir enlevé de l'apophyse mastoïde plusieurs séquestres de la grosseur d'un petit pois, la suppuration de l'oreille moyenne s'arrêta des deux côtés, les ouvertures perforatives se cicatrisèrent et l'ouïe redevint complètement normale. Quatorze jours plus tard, la blessure de l'apophyse mastoïde était aussi cicatrisée, après que la cavité se fut remplie d'abord d'un tissu de granulation.

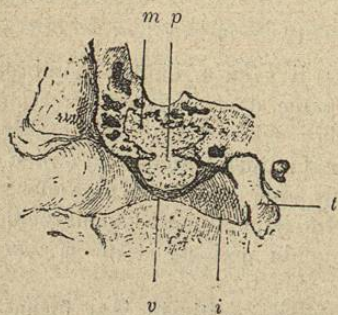


Fig. 204. — m, cavité de l'abcès dans l'apophyse. — p, point de rupture de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif. — v, revêtement du conduit auditif bombé jusqu'à la paroi antéro-inférieure. — i, portion interne du conduit auditif externe. — t, caisse du tympan.

tant plus importante que l'on peut en conclure avec grande probabilité, que l'abcès de l'apophyse mastoïde commence à percer ou a déjà percé sur la paroi postéro-supérieure du conduit auditif, et qu'au point de vue thérapeutique, par une incision de la place bombée opérée à temps, on peut

faire sortir par le méat le pus accumulé dans l'apophyse mastoïde, l'exsudat caséux et des masses épidermiques (BEZOLD), de petits fragments d'os ou de gros séquestres.

Les modifications qui se produisent après la perforation de l'écaille osseuse extérieure ou de la paroi postérieure du conduit auditif et après l'évacuation du pus, des masses caséuses ou séquestres de la cavité de l'abcès sont très variables. Souvent, en particulier chez les enfants et les jeunes personnes, la cavité est remplie de tissu connectif qui s'ossifie, et il reste alors généralement sur l'apophyse mastoïde une cicatrice formant une dépression conique. Dans d'autres cas, il peut rester pendant des années ou pendant toute la vie une cavité purulente avec une ou plusieurs fistules persistantes dans l'apophyse mastoïde. Dans les compartiments de ces cavités, il se forme, par stagnation, des masses caséuses qui empêchent le développement de granulations de bonne nature. Parfois la cavité est recouverte d'une couche lisse de tissu connectif, donnant lieu à la production de cellules épidermiques, et il se forme dans l'apophyse mastoïde les accumulations de masses cholestéatomateuses stratifiées, dont nous avons déjà parlé. Rarement il se développe sur le revêtement de la cavité de gros polypes qui, comme TRAUTMANN l'a vu dans un cas, pénètrent dans le conduit auditif externe par l'ouverture de sa paroi postérieure. Sur un homme de trente-six ans, chez qui un gros séquestre était dit être sorti derrière l'oreille avec du pus pendant l'enfance, j'ai vu un néoplasme pédiculé, semblable à un chou-fleur, presque de la grosseur d'une noix, sortant par un grand trou de l'écaille externe de l'apophyse mastoïde. L'extraction fut faite à l'aide du lacet. Quand il n'y a pas d'excroissance dans la cavité et que l'ouverture extérieure de l'apophyse mastoïde est très grande, on peut voir aussi à travers, avec un éclairage suffisant, une partie de la cavité tympanique. Sur un jeune homme, chez qui dans l'enfance un gros séquestre fut enlevé derrière l'oreille, j'ai pu voir nettement, par la grande ouverture de l'apophyse mastoïde, l'orifice tympanique de la trompe d'Eustache.

La rupture de l'abcès vers l'*incisure mastoïdienne* (BEZOLD) ou à la *surface interne* (médiale) de l'apophyse mastoïde est en somme rare. Il y a disposition à cette issue surtout dans les cas où la portion inférieure de l'apophyse est formée par une seule cavité, analogue à l'ampoule osseuse du chien, avec une mince paroi osseuse, ou par plusieurs espaces pneumatiques fortement développés et recouverts du côté interne par une mince lame osseuse. Le pus s'ouvrira d'autant plus facilement une voie dans cette direction, si l'écaille externe est compacte et résiste fortement à la pression de l'abcès.

La rupture de l'abcès sur le côté interne de l'apophyse mastoïde est accompagnée de complications très désagréables, parce que le siège profond de l'ouverture, derrière les fascia du cou et une couche épaisse de muscles, empêche le pus de pénétrer à la surface. Il en résulte que le pus se répand facilement dans les couches profondes, ce qui donne lieu à des infiltrations douloureuses, étendues, dans la région latérale du cou, avec formation d'abcès et finalement rupture au dehors, comme cela résulte



d'une observation intéressante, récemment publiée par BEZOLD, d'une communication de BURCKHARDT-MERIAN et d'une observation personnelle.

Le diagnostic de la rupture du côté interne ne se laisse établir avec vraisemblance, que si l'apophyse mastoïde est douloureuse d'une manière persistante et spontanée et si la douleur augmente sous la pression, sans qu'il y ait infiltration du périoste et de la peau dans cette région, et s'il se développe en-dessous de l'apophyse une infiltration douloureuse, résistante, s'étendant vers le bas.

Enfin il faut signaler encore *la rupture de l'abcès de l'apophyse mastoïde, à travers le toit de l'antre mastoïdien, vers la cavité crânienne* et la rupture *vers le sinus sigmoïde*, avec les issues déjà décrites (voir page 483) : méningite, abcès du cerveau et thrombose du sinus.

*Pronostic.* — Il dépend de l'intensité et de l'extension, du siège superficiel ou profond de l'inflammation, des modifications simultanées de la caisse du tympan et du conduit auditif externe, et de l'état de l'organisme général. Le pronostic est favorable, aussi bien au point de vue de la possibilité de la guérison que de la rupture sans danger, quand le siège de l'inflammation et du foyer purulent est superficiel, quand l'écoulement de l'exsudat de la caisse et du conduit auditif externe est suffisamment libre et chez les individus sains. Au contraire, le pronostic est défavorable et on peut craindre une carie consécutive et l'extension à la cavité crânienne, quand l'abcès est étendu ou situé profondément et accompagné d'une forte fièvre persistante, quand la caisse du tympan est obstruée par des granulations et des masses caséuses, dans les cas de rétrécissement du conduit auditif, et chez les individus tuberculeux et cachectiques.

Quant au pronostic de la suppuration de l'oreille moyenne accompagnée d'une affection consécutive de l'apophyse mastoïde, il est important de faire remarquer, qu'après *la rupture de l'abcès de l'apophyse mastoïde au dehors, très souvent des suppurations opiniâtres de l'oreille moyenne, aiguës ou chroniques, guérissent très rapidement.* C'est sur ce fait, appuyé de nombreuses observations, qu'est basée une indication importante pour l'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde.

*Traitement.* — Le traitement des affections inflammatoires de l'apophyse mastoïde et de ses conséquences se base sur la durée de la maladie de l'oreille moyenne, l'intensité des symptômes, le siège superficiel ou profond du processus pathologique et certaines complications qui exigent, quand elles se produisent, une intervention rapide et énergique.

Nous avons déjà indiqué plus haut (page 372) la manière de combattre les inflammations de l'apophyse mastoïde survenant dans le cours de suppurations aiguës et chroniques de l'oreille moyenne, généralement au milieu de douleurs violentes. Je dois ajouter encore ici, que j'emploie depuis peu, au lieu des compresses froides, *l'appareil réfrigérant de Leiter*, que j'ai fait construire pour l'oreille, de façon que le tube de plomb fasse deux tours devant l'oreille et passe six à huit fois derrière elle (fig. 205). Comme le contact direct du métal est désagréable au malade, il convient de recouvrir l'apophyse mastoïde avec une couche double de toile fine. Si l'on veut éviter

l'action du froid sur la région antérieure de l'oreille, les tubes de devant seront courbés, de façon à ne pas venir en contact avec la surface du corps.

Le grand avantage de cet appareil, sur les compresses froides employées jusqu'ici, consiste en ce que ces dernières se réchauffent vite et n'opèrent la soustraction de chaleur que d'une façon irrégulière, par suite de leur température variable, tandis que, avec *l'appareil réfrigérant de Leiter*, le degré de froid reste toujours le même.

Les résultats que j'ai obtenus dans ces derniers temps avec l'appareil de LEITER, dans une série de cas d'inflammation aiguë de l'apophyse mastoïde, ont été effectivement très favorables, au point que, sans saignée locale, les phénomènes inflammatoires, souvent violents, ont complètement disparu. Je suis convaincu, qu'en employant à temps ce mode de soustraction de chaleur, on peut, en beaucoup de cas, empêcher la formation d'un abcès et la carie.

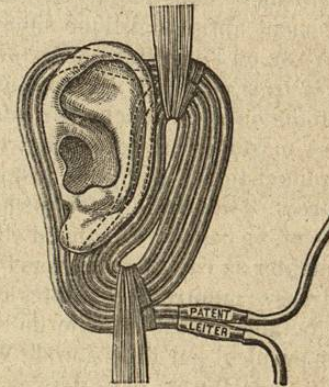


Fig. 205.

En même temps que le traitement antiphlogistique, on peut faire des *badigeonnages* de l'apophyse mastoïde avec *la teinture d'iode* ou des *frictions avec l'onguent mercuriel*. Je n'ai recours maintenant aux saignées locales que si, après un jour ou deux, malgré la soustraction continue de chaleur, les douleurs persistent sans diminution, avec accroissement de la rougeur et du gonflement de la région mastoïdienne. Après la saignée locale, il faut naturellement remettre en activité l'appareil de LEITER. Il faut, en outre, enlever aussi complètement que possible l'exsudat de l'oreille moyenne. S'il y a un obstacle à l'écoulement du pus dans le conduit auditif externe, on doit l'écartier rapidement, si c'est possible (voir pag. 498), et là où la capacité du conduit auditif et la situation de la perforation de la membrane tympanique le permettent, on expulsera l'exsudat stagnant par l'introduction dans la caisse d'une sonde du tympan recourbée ou de la canule d'HARTMANN. On prendra soin de diriger la pointe de la sonde ou de la canule en haut et en arrière vers l'antre mastoïdien, pour faire pénétrer le jet de l'eau jusque dans cette région.

Le lavage de la caisse avec de l'eau tiède, introduite par la trompe à l'aide du cathéter, rend souvent de bons services, non seulement quand le nettoyage de la cavité tympanique n'est pas possible par le conduit auditif externe, mais aussi en combinaison avec ce dernier procédé. J'attache une grande importance au lavage de la caisse par la trompe, dans les inflammations de l'apophyse mastoïde, parce que j'ai obtenu la guérison, dans des cas nombreux d'inflammation intense de l'apophyse mastoïde, là où d'autres