

cas — et ils sont nombreux — l'instillation de glycérine phéniquée a suffi; les malades ont guéri en quatre à cinq jours. Et, avec ce traitement, je n'ai pas observé ces récurrences en série, dont il est classique de signaler la fréquence. C'est pour cela que je crois la glycérine phéniquée supérieure aux autres topiques dont on a parlé.

Deux fois seulement, chez des malades atteints d'otorrhée chronique, les signes péri-auriculaires étaient assez intenses pour que j'aie cru devoir prescrire l'application d'un large pansement humide sur le pavillon, la tempe et la région mastoïdienne.

Si l'inflammation franchit un degré de plus, elle aboutit, comme dans toutes les autres régions du corps, à la formation d'abcès soit dans les ganglions, soit autour des vaisseaux. Ces abcès siègeront : les premiers, en avant du tragus, sous la pointe de l'apophyse, derrière l'oreille, à quelque distance du sillon rétro-auriculaire; les seconds, juste contre le pavillon, au contact du conduit cutané en un point quelconque, d'ordinaire en regard de la base du furoncle. Quand, par l'existence de la fluctuation, on reconnaît un de ces abcès, on doit, cela va sans dire, inciser immédiatement. Je viens de vous raconter l'histoire d'un enfant qui fut ainsi opéré d'un adéno-phlegmon rétro-auriculaire, confondu par un médecin des plus instruits avec une mastoïdite. J'ai souvenir de deux enfants auxquels j'ai ouverts de petits abcès lymphangitiques du sillon rétro-auriculaire. C'est dans ces conditions surtout qu'il importe d'établir rigoureusement le diagnostic, et d'éliminer sans contestation possible la lymphangite, avant de proclamer l'efficacité de l'incision des parties molles dans le traitement des inflammations du squelette apophysaire.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

MASTOÏDITE AIGUE

ET PÉRIOSTITE MASTOÏDIENNE

- I. — Complications mastoïdiennes d'une otite aiguë; diagnostic avec un furoncle accompagné de lymphangite. Opposition classique entre les signes de la mastoïdite et de la périostite. Elle semble être la plupart du temps inexacte.
- II. — Conclusions qui en résultent pour l'indication de la trépanation ou de l'incision de Wilde. Cette dernière n'est jamais justifiée dans les otites aiguës.
- III. — Elle ne l'est pas davantage si l'otite initiale est chronique.

On discute encore sur certains points de diagnostic et de traitement relatifs aux complications de l'otite moyenne suppurée, et tandis que certains auteurs, dont je suis, croient que toute réaction inflammatoire vers la région mastoïdienne est une indication à la trépanation de l'apophyse, d'autres soutiennent qu'on peut avoir un résultat par la simple incision de parties molles rétro-auriculaires.

Bon nombre de ces derniers ont, il n'y a pas longtemps encore, admis que même l'infection profonde des cellules mastoïdiennes est justiciable de cette anodine thérapeutique; mais ceux-là se font de jour en jour plus rares, et les partisans raisonnables de l'incision simple, dite incision de Wilde, limitent leur action à la périostite mastoïdienne sans participation de cellules intra-osseuses.

Si cette périostite existe et est possible à diagnostiquer, de toute évidence ils ont raison. Mais je considère que, si elle existe, elle

est particulièrement rare, et que dès lors vous devez toujours avoir dans l'idée de trépaner l'apophyse quand une otite suppurée se complique d'inflammation mastoïdienne. C'est ce que je voudrais vous faire comprendre aujourd'hui.

I

Le 2 mai dernier, je vous ai fait examiner, à notre consultation de l'hôpital Trousseau, un garçon de six ans et demi chez lequel existait, avec évidence, une inflammation mastoïdienne consécutive à une otite moyenne aiguë.

Chez cet enfant, dont les antécédents pathologiques, personnels et héréditaires, ne présentent aucune particularité qui nous intéresse, avaient débuté quinze jours auparavant des douleurs de tête, persistant jusqu'aujourd'hui; deux ou trois jours plus tard, il devint évident que les souffrances avaient leur siège principal dans l'oreille gauche, et bientôt on s'aperçut, paraît-il, que derrière le pavillon de l'oreille existait un gonflement rouge, peu à peu accru. C'est seulement il y a quatre à cinq jours que se manifesta un écoulement purulent par l'oreille, et à partir de ce moment on a fait toutes les deux heures, sur la recommandation d'un médecin, des injections d'eau boricuée; en outre, on instilla tous les soirs 5 gouttes de chloroforme et de glycérine.

Sous l'influence de ce traitement — et de la perforation spontanée du tympan — il y eut une légère détente, mais cela ne dura pas. Le 1^{er} mai, la température montait à 40 degrés, l'état général s'aggravait, le gonflement local et les souffrances augmentaient, si bien que, le 2 mai 1896, l'enfant fut amené à l'hôpital.

Là, en regardant le crâne par derrière, je vous ai fait constater que le pavillon de l'oreille gauche était bien plus écarté de la tête que le droit, et cela correspondait à un gonflement avec rougeur occupant la région mastoïdienne, principalement en avant et en haut. Ce gonflement, accompagné de rougeur, effaçait la moitié supérieure du sillon rétro-auriculaire. En cette région, la pression était très douloureuse; elle révélait de l'œdème, mais, en raison

peut-être de la douleur, je ne pus sentir la fluctuation. Peut-être aussi le petit abcès que j'ouvris le lendemain n'existait-il pas encore.

En présence de ces symptômes, deux diagnostics seulement devaient être discutés : il s'agissait soit d'une inflammation mastoïdienne, soit d'une de ces lymphangites péri-auriculaires auxquelles, l'an dernier, mon élève Faverot a consacré sa thèse inaugurale.

Je ne m'attarderai pas sur ce diagnostic différentiel : un furoncle de l'oreille avec lymphangite me permettra sans doute bientôt d'y revenir devant vous¹. Qu'il me suffise de vous en esquisser les traits principaux : aucune douleur en avant du tragus ou sous le lobule de l'oreille, en avant de l'apophyse, ne démontrait l'engorgement de ganglions en ces régions, la douleur à la pression derrière l'oreille était bien plus intense quand on appuyait perpendiculairement à l'os que quand on dirigeait la pulpe de doigt vers le conduit, dans le sillon rétro-auriculaire; les tractions légères sur le pavillon étaient indolentes; enfin, le gonflement mastoïdien avait précédé l'otorrhée d'une dizaine de jours, et d'autre part, en dehors du conduit, on ne trouvait aucune porte d'entrée à l'infection lymphangitique.

L'histoire était donc bien celle d'une otite moyenne aiguë, de cause inconnue, avec mastoïdite précoce et perforation tardive du tympan.

Mais de quelle espèce, exactement, était cette complication mastoïdienne? Je n'hésitai pas à vous déclarer qu'à mon sens la participation des cellules mastoïdiennes était certaine, et en donnant rendez-vous pour le lendemain au malade j'avais l'intention formelle de trépaner l'apophyse. A bien des égards, pourtant, les symptômes étaient ceux que, depuis le mémoire classique de Duplay², on a coutume d'attribuer à la périostite du temporal compliquant l'otite purulente : dans cette périostite, fréquente surtout chez l'enfant, le gonflement, mal limité, se continuerait directement, pour ainsi dire, avec celui du conduit auditif; le sillon qui,

1. Voy. la leçon précédente.

2. S. DUPLAY. — *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1875, t. I, p. 513.

à l'état normal, sépare en arrière et en haut la conque du temporal, se trouvait effacé; l'oreille serait écartée des parois craniennes et repoussée en dehors et en avant. Dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes, le sillon rétro-auriculaire serait souvent plus accusé qu'à l'état normal, et le pavillon de l'oreille n'offrirait pas l'apparence extérieure que j'ai signalée comme caractéristique de la périostite du temporal¹.

Malgré l'autorité d'un clinicien aussi expert que le professeur S. Duplay, je ne crois pas qu'il faille établir cette opposition entre la forme du gonflement dans la périostite et dans l'inflammation des cellules. Chez les nombreux enfants auxquels je trépane devant vous l'apophyse, en y trouvant toujours du pus dans les cellules, ce gonflement diffus, effaçant le sillon rétro-auriculaire, est la règle presque sans exception : je n'ai souvenir que de deux cas de mastoïdite où ce sillon fût conservé, et parmi tous les autres, qui ne doivent pas aujourd'hui être loin de deux cents, je n'ai rencontré qu'un seul cas où il s'agissait *peut-être* d'une périostite mastoïdienne.

Dans ce dernier cas, sur l'interprétation exacte duquel je ferai tout à l'heure quelques réserves, il s'agissait d'un abcès rétro-auriculaire compliquant une otite chronique; à cet égard, donc, il y a une différence à établir avec le fait que je viens de résumer, et où l'otite était aiguë. Parlons donc actuellement des seules otites aiguës avec abcès rétro-auriculaire : dans ces conditions j'ai toujours vu, chez l'enfant, le pavillon écarté du crâne par un gonflement effaçant le sillon rétro-auriculaire. Cela est vrai même chez les enfants âgés de quelques semaines, prédisposés, dit-on, à la périostite simple en raison de la brièveté du conduit auditif. Et toujours, après incision rétro-auriculaire, j'ai trouvé du pus dans l'antre mastoïdien : il y avait des lésions des cellules et non point simple périostite.

Voilà pourquoi, en examinant devant vous le malade dont je vous ai rappelé l'histoire, j'ai diagnostiqué d'emblée une inflammation des cellules mastoïdiennes : c'eût été, pour un cas aigu, la première périostite qu'il m'eût été donné d'observer.

1. S. DUPLAY. — *Loc. cit.*, p. 321.

II

Vous comprenez sans peine tout l'intérêt de ce débat : à la périostite peut convenir la simple incision des parties molles, tandis que l'ouverture des cellules s'impose si elles contiennent du pus. La plupart du temps, quelque diagnostic qu'on ait porté à l'avance, la question pratique est vite tranchée : au fond de l'abcès on voit un point dénudé plus ou moins large, en regard de l'antre mastoïdien; là l'os est rouge, friable, manifestement malade; la dénudation, par contre, ne se prolonge pas sur la paroi du conduit, et, en entrant dans l'os ramolli par l'ostéite raréfiant, la curette ou mieux la gouge pénètrent dans l'antre plein de pus.

Mais lorsque, sous le périoste décollé par le pus, l'os paraît sain? — Alors on agit en prenant pour guide les notions anatomo-pathologiques qu'on a acquises jusque-là : et c'est pour cela que dans ces conditions, croyant peu à la périostite dans les cas aigus, j'ai coutume de recommander, et de pratiquer pour mon propre compte de parti pris, la trépanation de l'antre mastoïdien au lieu d'élection.

C'est cette règle que je viens de suivre, et l'opération à laquelle vous avez assisté me paraît comporter un enseignement réel.

J'ai fait dans le sillon rétro-auriculaire, sur toute la hauteur de ce sillon, une incision allant jusqu'à l'os, et j'ai ainsi ouvert, sous le périoste, un petit abcès contenant à peine un dé à coudre de pus. J'ai alors, après un débridement postérieur en T, dénudé l'apophyse à la rugine pour bien voir toute la région, selon une règle formelle, et la couche osseuse corticale est apparue normale d'aspect, de couleur, de consistance. Nulle part on n'y voyait de point rouge, un peu plus poreux que le reste, et il me fut même impossible de reconnaître, à un signe quelconque, le point en regard duquel siégeait la petite collection purulente. Malgré cela, fidèle à mes principes, j'attaquai l'os au lieu d'élection, dans un petit quadrilatère de 5 millimètres de côté, à 5 millimètres en

arrière du conduit, au-dessous de l'horizontale passant par l'épine de Henle : le maillet ne fit qu'avec assez de peine entrer le burin dans une apophyse dure, et lorsque je fis sauter le petit carré de corticale, épais de 3 à 4 millimètres, que j'avais ainsi circonscrit, je vis encore de l'os dur au fond de la brèche, sans trace d'une cavité ressemblant à l'antre.

Étais-je donc, pour la première fois, en face d'une otite aiguë avec périostite mastoïdienne? Mon expérience pratique est aujourd'hui suffisante pour que je me défie, *a priori*, des lésions mastoïdiennes assez rares pour ne s'être pas encore présentées à mon examen : aussi poursuivis-je mon plan opératoire initial, presque sûr de trouver du pus dans l'antre; et si j'avais ouvert une cavité saine je m'en serais vite consolé, car, au prix d'une intervention facile et bénigne, j'aurais acquis la preuve irréfutable que j'étais en présence d'une lésion rare, contestable même. J'ai donc continué à creuser au burin, à petits coups, en cherchant en haut, en avant et en dedans, là où se trouvent, profondément, les vestiges de l'antre dans les apophyses éburnées : à 1 centimètre de profondeur je suis arrivé à l'antre, gros au plus comme un pois, et il était plein de pus.

Mon entêtement se trouvait ainsi justifié : mais, pour agir de la sorte, il m'avait fallu une foi robuste dans ma croyance à l'infection initiale et constante des cellules mastoïdiennes, et, pendant les quelques minutes qu'a duré l'intervention, plusieurs de vous ne m'ont pas dissimulé qu'ils s'arrêteraient en route. En fait, ma conduite était la seule qui pût procurer la guérison, car je pense, sur ce point, exactement comme M. le professeur Duplay, dont je ne saurais mieux faire que de vous répéter textuellement les paroles¹ : « Dès que l'on a acquis la certitude de la présence du pus dans les cellules mastoïdiennes, il est indiqué de lui donner issue par une ouverture artificielle. Cette ouverture, selon moi, ne souffre aucune exception, et ne saurait être négligée par ce fait que la membrane du tympan est largement perforée, et qu'il n'existe aucun obstacle dans le conduit auditif à l'écoulement du

1. S. DUPLAY. — *Traité de chirurgie*, Paris, 1891, t. IV, p. 726.

pus. A plus forte raison, lorsque cette dernière condition se rencontre, l'indication est-elle formelle ».

J'en reste donc où j'en étais : je n'ai pas encore observé un seul cas de périostite mastoïdienne au cours d'une otite aiguë, et lorsque les symptômes et signes sont tels qu'il faille prendre le bistouri, je conseille de toujours trépaner, de parti pris, l'antre mastoïdien.

Mais, m'objectera-t-on, contester les succès possibles de l'incision simple, dite incision de Wilde, c'est nier l'évidence! Et cependant je les conteste! Je vous dirai une autre fois comment je les interprète : mastoïdites capables de guérir sans intervention, cicatrisation temporaire et guérison apparente suivie de récurrence, malade perdu de vue avec une fistule qu'on croit insignifiante et qui en réalité persiste, trépanation spontanée suffisante, erreurs de diagnostic avec les lymphangites rétro-auriculaires, autant de points dont le développement m'entraînerait trop loin. Qu'il me suffise de cette rapide énumération, et j'en arrive, pour terminer, à la périostite mastoïdienne compliquant les otites chroniques. Ce serait la plus importante.

III

Dans le mémoire que j'ai déjà cité, M. Duplay déclare en effet avec netteté que la périostite, rare au cours des otites aiguës, s'observe surtout « consécutivement à une otite purulente chronique, momentanément passée à l'état aigu ». C'est alors que l'on voit des abcès rétro-auriculaires reposant sur une dénudation osseuse qui se prolonge dans le conduit et aboutit à la caisse, sans lésion mastoïdienne intermédiaire. Les cas de ce genre ne sont pas très fréquents, mais ils existent, et j'en ai observé un exemple : c'est que, dans les vieilles otites, les os voisins sont souvent hyperostosés par une ostéite condensante; des nouures rétrécissent le conduit, les cellules mastoïdiennes sont comblées complètement ou à peu près, et c'est à peine si, dans la base de l'apophyse éburnée, un renflement rempli de quelques fongosités marque,

à l'extrémité de l'*aditus*, le vestige de l'antre. Alors les cellules apophysaires ne participent plus au processus, pour ce bon motif qu'elles n'existent plus. Une réserve toutefois doit être faite : vous savez que les cellules mastoïdiennes viennent, par le groupe des cellules limitrophes du conduit, prendre part à la constitution du conduit auditif, dans sa partie postéro-supérieure, et quelquefois ces cellules, seules conservées dans une apophyse éburnée, s'enflamment, et causent un abcès du conduit. Ne peuvent-elles être incriminées aussi bien que la périostite, pour expliquer ces abcès rétro-auriculaires venant du conduit, et non de l'apophyse? La chose est possible, et je la crois même relativement fréquente. Mais, dans l'état actuel de la chirurgie auriculaire, le débat a perdu beaucoup de son intérêt.

Il n'y a pas longtemps encore, on n'avait comme ressource que l'incision simple et la trépanation de l'apophyse, et c'était par les voies naturelles seulement qu'on agissait dans la caisse du tympan. Qu'importait donc le diagnostic précis entre une périostite et une mastoïdite des cellules limitrophes? Dans un cas comme dans l'autre, on ne pouvait pas arriver à grand'chose de bon en trépanant l'apophyse éburnée : et voilà pourquoi, en 1875, M. Duplay avait raison de soutenir que l'incision simple, déplorable en cas de mastoïdite, trouvait son indication dans les abcès rétro-auriculaires qui se prolongeaient jusqu'à la caisse entre le conduit osseux et le conduit membraneux décollé.

Mais aujourd'hui doit-on en rester là? Absolument pas. Nous sommes opératoirement armés, par l'opération de Stacke, contre les lésions osseuses de l'otite moyenne chronique. Pour guérir ces malades, il faut agir directement et activement sur la source de la suppuration chronique, c'est-à-dire sur la caisse. Aussi l'incision simple de ces abcès, au fond desquels l'apophyse apparaît blanche et dure, doit-elle être complétée par l'ouverture large de la caisse, selon le procédé de Stacke, et cela fait il devient aisé de bien mettre à jour et l'*aditus* et les vestiges des cavités apophysaires : fatalement, les cellules limitrophes du conduit seront ainsi ouvertes.

Je m'arrête, car je ne veux pas entrer dans l'étude, si complexe,

du traitement opératoire des otites moyennes chroniques, mais j'en ai dit assez pour vous faire comprendre que, même alors et l'apophyse étant éburnée, vous ne devez pas vous en tenir à l'incision simple des parties molles.

La conclusion que vous aurez à retenir est donc que jamais, en dehors des abcès par lymphangite ou adénite, un abcès rétro-auriculaire ne sera traité par l'incision simple : s'il accompagne une otite aiguë, il sera nécessaire de trépaner l'apophyse; s'il complique une otite chronique réchauffée, la plupart du temps on devra trépaner, outre la caisse, l'apophyse, dont les lésions seront évidentes; mais si elle paraît saine, on pratiquera immédiatement la trépanation de la caisse par le procédé de Stacke.