

rulentes et les thromboses de la veine jugulaire interne ou de ses affluents

L'oreille moyenne est aussi reliée au pharynx par la trompe d'Eustache ; et des abcès périltubaires se collectent dans le tissu cellulaire *rétro-pharyngien*.

Enfin, la *région encéphalique* en rapport immédiat avec les cavités de l'oreille moyenne, soit par les canaux auriculaires, soit par la table interne du crâne, est exposée à des propagations septiques qui constituent le principal danger des suppurations de l'oreille moyenne.

## OTITE MOYENNE PHLEGMONEUSE

La définition de cette forme d'otite moyenne est assez difficile.

Nous nous la représentons comme une affection dans laquelle tous les signes inflammatoires sont à leur plus haut degré ; et nous ferions volontiers, entre elle et l'otite moyenne suppurée ordinaire, la différence établie en pathologie générale entre un abcès et un phlegmon. Nous pourrions dire aussi à un autre point de vue que l'infection atteint dans cette forme d'otite son plus haut degré de virulence.

Mais si la définition est malaisée ; la symptomatologie est nette.

L'otite moyenne phlegmoneuse se produit le plus souvent à la suite d'une maladie infectieuse (fièvre éruptive ou angine grave).

La fièvre est allée de 38° à 40° et plus dans les cas que nous avons observés.

Les douleurs très vives, sont limitées au fond de l'oreille, comme pour indiquer le foyer principal de la lésion, ou rayonnent autour de l'oreille. C'est un endolorissement de toute la moitié de la tête, avec irradiations du côté de la face, du cou et quelquefois du larynx. A ces douleurs s'ajoutent des phénomènes de compression de l'oreille interne : bruits, sifflements incessants, bourdonnements intenses.

L'irritation peut se communiquer à l'œil lui-même et causer de la photophobie et du larmolement.

La mastication et la déglutition sont quelquefois pénibles ; et les mouvements un peu brusques de la tête arrachent un cri au malade.

La surdité est parfois absolue.

L'œdème qui est le phénomène objectif principal s'étend à tout

le pourtour du pavillon de l'oreille et aux parois du conduit auditif. Le pavillon peut être soulevé en masse. Les saillies et les dépressions périauriculaires ne sont plus perceptibles. L'arcade zygomatique est moins distincte que du côté sain, et le creux temporal ainsi que le sillon qui est en avant de l'antitragus sont remplacés par une légère voussure. De même en bas, le sillon présterno-mastoïdien est effacé, et en arrière, la région mastoïdienne est lisse, unie, tendue, avec un soulèvement de la gouttière rétro-auriculaire. L'œdème est plus marqué sur la région parotidienne, parce que le tissu cellulaire y est plus extensible. La peau ne change pas de coloration ou prend tout au plus une teinte rosée. A la palpation on sent quelques ganglions hypertrophiés dans la région parotidienne, en avant du sterno-mastoïdien ou sur l'apophyse mastoïde.

Il se pourrait que l'œdème appréciable autour du pavillon se produisit également du côté des méninges ; car des malades ont présenté de la somnolence, des vomissements, des vertiges, de l'agitation et même un peu de délire et nous ne serions pas éloigné d'attribuer à la même cause certains phénomènes oculaires, tels que la dilatation de la pupille.

Le tympan est très épaissi et d'une rougeur intense, ou bien un peu jaunâtre par infiltration purulente.

Il est bombé en totalité ou présente des voussures partielles dans l'un ou l'autre de ses quadrants.

L'observation suivante est un exemple typique de l'otite moyenne phlegmoneuse :

D... Edouard, 22 ans, soldat au 130<sup>e</sup> régiment d'infanterie, n'avait jamais eu d'affection d'oreille et n'est sujet ni aux coryzas, ni aux angines.

Le 28 janvier, il entre à l'hôpital pour rougeole.

Le 12 février, la température, qui était redescendue à 37°, monte brusquement à 39° le matin et à 40°2 le soir ; et une vive douleur se manifeste dans l'oreille droite. Pendant les jours qui suivent, la température reste entre 39° et 40° et la douleur, assez vive pour rendre tout sommeil impossible, est continue et pulsatile. Elle avait pour siège la profondeur de l'oreille, sans irradiation ni vers le sterno-mastoïdien, ni vers l'apophyse mastoïde. Elle n'était exagérée ni par les mouvements de déglutition ni par les mouvements de rotation de la tête. Elle s'accom-

pagnait de céphalée plus vive à droite et de phénomènes nerveux : vertiges et dilatation pupillaire, avec quelques sifflements d'oreille.

Cinq jours se passent dans cet état avec quelques rémissions des souffrances produites par l'application de sangsues à la région mastoïdienne et de cataplasmes très chauds.

Le sixième jour, l'oreille se met à couler et dès le début l'écoulement est très abondant, et le pus tombe goutte à goutte du lobule de l'oreille. En même temps la douleur diminue.

C'est le lendemain 18 février que nous voyons le malade. La douleur spontanée est restée localisée dans la profondeur du conduit auditif, et la température est tombée à 37°.

D... est faible, abattu et présente un facies infecté. Notre attention est attirée par un gonflement diffus qui entoure l'oreille. Le pavillon est écarté du crâne. En avant, la saillie de l'arcade zygomatique n'est plus distincte ; la région temporale et la région parotidienne présentent un œdème blanc qui efface leurs dépressions. Au-dessous du pavillon, le sillon retro-maxillaire est comblé. En arrière, au niveau de la mastoïde, il y a aussi du gonflement plus marqué sur la partie moyenne. La gouttière rétro-auriculaire est comblée. La palpation laisse sentir une peau épaissie et moins mobile sur les plans sous-jacents. En avant de l'antitragus on trouve un ganglion douloureux, un autre sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, un troisième sur l'apophyse mastoïde. C'est ce dernier qui forme la saillie constatée à l'œil sur la face externe de l'apophyse. Peu de douleur à la pression, sauf à la pointe de la mastoïde et au niveau des ganglions. Le conduit auditif est légèrement rétréci et un peu œdématié. La sécrétion purulente est très abondante. Le tympan est épaissi, très rouge et projeté en avant. Dans le quadrant antéro-inférieur et tout près de l'umbo, on voit une petite tache d'un rose plus pâle que le reste de la surface tympanique et au milieu de laquelle une petite bulle réfringente indique le siège de la perforation.

Dès le premier examen, nous avons porté le diagnostic : d'otite moyenne phlegmoneuse devant se résoudre spontanément et nous avons écarté l'hypothèse d'une mastoïdite. En effet, tous les accidents sont allés progressivement en décroissant. Le 21 février, température : 36°8. État général : bon. Le malade dort bien. La douleur spontanée est moins vive et la pression ne détermine plus de douleur à la pointe de la mastoïde. L'écoulement a sensiblement diminué. Le gonflement est moindre dans toute la zone périauriculaire.

22 février. — L'œdème a disparu au niveau de la région parotidienne : on y sent un gros ganglion.

24 février. — Plus de gonflement périauriculaire, l'adénite paroti-

dienne rétrocede. Les ganglions présterno-mastoïdiens et mastoïdiens sont moins douloureux. Ecoulement auriculaire encore abondant. L'appétit revient. Le malade se lève.

Le 27 février, il y a une augmentation brusque du volume du ganglion préauriculaire et une infiltration de son atmosphère cellulaire avec une légère élévation de la température, ce qui nous fait craindre une adénite suppurée.

Mais, en quelques jours, les accidents disparurent, et l'otite moyenne suppurée continua son évolution qui se termina le 20 mars.

Le 25 mars, le malade partit en congé de convalescence, la perforation étant cicatrisée et le tympan encore recouvert de squames épidermiques. On continuait à sentir un peu d'engorgement des ganglions primitivement tuméfiés.

La marche de l'affection est variable : elle se termine par résolution ou par localisation d'une collection purulente dans une zone de la nappe d'infiltration séreuse périauriculaire.

Les symptômes arrivent d'emblée à leur apogée et y restent vingt-quatre heures ou quelques jours pour décroître ensuite et s'éteindre en cinq ou six jours.

Dans le cas suivant, la durée totale de l'affection a été de huit jours ; et encore les symptômes étaient-ils réduits dans les trois derniers jours à un peu d'œdème rétroauriculaire.

Le nommé L..., âgé de 22 ans, avait depuis le 10 mai un coryza très aigu.

Il est pris brusquement dans la journée du 14 d'une douleur intolérable dans l'oreille gauche avec abolition totale et brusque de l'ouïe. Les douleurs irradient vers l'occiput, le front, le maxillaire supérieur et le cou. Les régions périauriculaires sont œdématisées. La déglutition est difficile et la mastication douloureuse ; température : 38° et 38°5. Insomnie. Dans la nuit, écoulement purulent abondant par le conduit auditif externe, mélangé d'un peu de sang. Soulagement du malade. Le gonflement des parois circumauriculaires a duré quatre jours. Il a persisté quelques jours de plus dans le sillon rétroauriculaire où l'on a pu constater jusqu'au 22 mai un peu d'empatement.

Le 30 mai, la perforation du tympan était fermée et le malade pouvait reprendre ses occupations entendant la montre à 0<sup>m</sup>30.

La perforation du tympan marque le commencement de la période de décroissance des accidents. Si la perforation survient

dans les vingt-quatre heures, le malade présente la forme la plus atténuée de la complication. C'est là une notion clinique qu'il faut retenir ; car elle fournit la principale indication du traitement. Le retard de la perforation aggrave la situation du malade. Ceci ne veut pas dire que le syndrome des otites phlegmoneuses doive être subordonné au retard de la perforation tympanique, pas plus qu'on n'attribue à la résistance des téguments le phlegmon sous-cutané. Il y a des otites moyennes phlegmoneuses dans lesquelles la rupture tympanique s'opère en vingt-quatre heures, c'est-à-dire en un laps de temps plus court que la période pré-fistuleuse de la majeure partie des otites moyennes purulentes.

Les collections purulentes consécutives à cette forme d'otite siègent indifféremment dans tous les secteurs de la nappe d'infiltration périauriculaire primitive, aussi bien dans la région parotidienne que dans les régions temporale, mastoïdienne et même dans le conduit auditif.

Ainsi dans l'observation suivante, c'est le conduit auditif qui a été le siège de l'abcès secondaire :

Martin A..., soldat au 129<sup>e</sup> de ligne. Envoyé à la consultation de notre service pour y être examiné au sujet d'une affection de l'oreille droite.

Dans la nuit du 1<sup>er</sup> au 2 décembre 1895, douleurs lancinantes et très violentes dans l'oreille droite.

Nous le visitons le 4 décembre : un écartement considérable du pavillon de l'oreille droite saute aux yeux : il est à deux centimètres de plus en dehors du crâne que le pavillon gauche ; et il est entouré d'un large disque d'œdème : le sillon rétroauriculaire est effacé ; la dépression en avant de l'antitragus a disparu, et la partie supérieure de la région carotidienne est soulevée. Mais c'est au niveau de la parotide que la tuméfaction est le plus marquée. Partout la peau a une coloration blanche. Le calibre du conduit auditif est considérablement rétréci. La douleur est incessante au point de déterminer une insomnie absolue. Elle atteint son maximum au niveau de l'antitragus pour irradier de là à toute la région parotidienne et le long du sterno-cléido-mastoïdien. La douleur provoquée par la pression est insupportable, particulièrement en avant et en arrière du pavillon.

Bourdonnements. État fébrile. Inappétence.

6 décembre. — Le gonflement semble avoir un peu diminué. La lumière du conduit auditif, quoique très étroite, permet d'apercevoir le

tympan. Un peu de calme dans la douleur. Deux heures de sommeil. Sueurs nocturnes abondantes. Elancements intermittents faisant sursauter le malade. La douleur remonte verticalement de l'oreille vers la région pariétale. Traction du pavillon très douloureuse. Pâleur de la face.

A l'examen otoscopique : tympan trouble, manche du marteau rouge et peu net; en avant, points brillants réunis en triangle; en arrière, teinte jaune de la membrane. Paracentèse transversale au-dessous de l'ombilic. Suintement léger de quelques gouttes de sang. Pas d'écoulement de sérosité ou de pus.

Enveloppement de la région auriculaire avec de larges compresses antiseptiques chaudes.

7 décembre. — Trois heures de sommeil. Gonflement semblable à celui de la veille. Douleurs spontanées lancinantes, et douleurs vives à la pression de la mastoïde et du cou.

Le malade déclare avoir eu plusieurs fois la sensation du passage de l'air par l'oreille.

Tympan très rouge; pas de perforation visible; pas d'écoulement. Même traitement (compresses antiseptiques).

8 décembre. — Pas de douleurs spontanées. Une légère douleur à la pression forte de la région parotidienne et du quadrant antéro-supérieur de la mastoïde. Tympan très rouge en haut et le long du manche du marteau.

10 décembre. — Aucune douleur, jusque dans la nuit du 9 au 10 décembre.

A partir de minuit, impossibilité de dormir : douleurs localisées dans le fond de l'oreille et sans irradiations.

Le conduit auditif est redevenu douloureux et tuméfié. Sa lumière ne permet plus l'exploration du tympan. Douleur à la pression de la base de l'apophyse mastoïde.

11 décembre. — Insomnie complète. Œdème de la région mastoïdienne. Douleurs vives à la pression. Douleurs excessives à la traction du pavillon de l'oreille. Obstruction du conduit. La pointe du stylet révèle un point très sensible sur la partie supérieure du conduit. Diagnostic : Abscessus du conduit auditif.

12 décembre. — Insomnie. Appétit conservé. T. normale.

Douleurs semblables à celles d'hier, plus quelques élancements dans l'antitragus. Sensation de brûlure dans la profondeur du conduit. Obstruction du conduit auditif. Œdème blanc de la région mastoïdienne.

13 décembre. — Dans la nuit, sensation de craquement et de déchirure dans l'oreille. Cessation immédiate des douleurs.

Le lendemain matin, plus d'œdème, plus de sensibilité à la pression

de la mastoïde. Conduit auditif encore étroit et sensible. Dépôts purulents épais et jaunes recouvrant les parois du conduit et le tympan.

15 décembre. — Encore un peu de rétrécissement du conduit auditif et légère sécrétion muculo-purulente.

18 décembre. — Quelques douleurs dans le tragus qui est œdémateux et sensible à la pression. On aperçoit sur la paroi supérieure du conduit l'ouverture de l'abcès. Douleurs à la traction du pavillon.

22 décembre. — Retour à l'état normal. Le conduit auditif a repris son diamètre normal. Le tympan est blanc, opaque, avec un pointillé très réfringent en avant de l'ombilic. Le manche du marteau est fortement porté vers la paroi interne de la caisse.

Ici, l'abcès s'est collecté dans le tissu cellulaire de la région parotidienne.

C... Joseph, 22 ans, soldat au 29<sup>e</sup> régiment d'infanterie, a eu deux fois des écoulements de l'oreille. Il est sujet aux angines, aux coryzas, aux bronchites.

Le 19 avril, au cours d'une rhino-pharyngite aiguë, il est pris de douleurs très vives dans l'oreille droite. L'écoulement s'établit dans les vingt-quatre heures; et nous le visitons le 23.

Le pavillon est écarté du crâne. L'œdème est généralisé à tout le pourtour de l'oreille. Le sillon rétroauriculaire est effacé. Le conduit auditif est tellement tuméfié qu'on ne peut faire l'examen otoscopique. Le liquide de l'écoulement est épais et jaunâtre. L'ouïe est presque abolie.

Douleurs circumauriculaires et élancements dans l'intérieur de l'oreille : Température 38°4. Gêne de la déglutition et de la mastication. L'élévation de la température de 38° à 39° a persisté jusqu'au 2 mai.

A cette date, les douleurs s'étaient amendées, et le gonflement périauriculaire s'étendait encore à deux travers de doigt en avant et en bas. Une fluctuation manifeste se percevait dans la région parotidienne sans que la peau eût changé de coloration.

Nous dûmes pratiquer une incision transversale de trois centimètres en avant de l'antitragus, et il s'écoula un peu plus d'une cuiller à café de pus sanguinolent.

A partir de ce moment tous les accidents rétrocédèrent et le malade sortit le 8 juin.

Le conduit auditif était encore rétréci; et les tissus périauriculaires indurés, comme dans les lymphangites anciennes. Le tympan pouvait être aperçu. Il était épaissi et recouvert de lamelles épidermiques très diffi-

ciles à enlever. On ne distinguait encore ni le manche du marteau ni le siège de la perforation. Aucun écoulement.

Voici maintenant un cas d'infiltration septique de la région temporale après une otite moyenne phlegmoneuse :

D... Edouard, soldat au 130<sup>e</sup> régiment d'infanterie. Entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 28 janvier 1896.

*Ant. Pers.* — Jamais d'affections d'oreilles : n'est sujet ni aux coryzas ni aux angines.

Il y a deux ans, bronchite ayant nécessité un séjour au lit de 15 jours. L'année dernière, influenza ayant duré trois semaines.

*Histoire de la maladie.* — Le 28 janvier 1896, le malade entré à l'hôpital pour rougeole. Marche normale de l'affection.

Le 12 février, la température s'élevait brusquement à 39°4 le matin et à 40°2 le soir ; et le 13, elle était de 40°6.

En même temps, survenait une douleur dans l'oreille gauche. Cette douleur très vive était continue et pulsatile. Elle avait pour siège la profondeur de l'oreille, sans irradiation vers l'apophyse mastoïde ou le cou. Elle n'était exagérée ni par les mouvements de déglutition ni par les mouvements de rotation de la tête. Elle s'accompagnait de céphalée plus vive pendant la nuit et dans la moitié gauche du crâne et de quelques phénomènes nerveux : immobilité et dilatation de la pupille gauche, vertiges passagers.

Deux jours se passent dans cet état. Au troisième jour, l'application de deux sangsues à la région mastoïdienne allégeait momentanément la douleur. Mais le lendemain, elle avait repris tous ses caractères d'acuité.

Le mardi matin (18 février), elle est de nouveau calmée par l'application d'un cataplasme et une injection d'huile chaude dans le conduit auditif. Ce jour-là seulement, c'est-à-dire le sixième jour après le début des douleurs, l'oreille se met à couler ; et dès le début, l'écoulement est très abondant : le pus tombe goutte à goutte du lobule de l'oreille. En même temps, la douleur diminue et le malade peut dormir la nuit.

Le 19 février, on évacue D... sur notre service.

Le malade se sent très faible. Il paraît déprimé et comme hébété.

Toute la région périauriculaire est le siège d'un gonflement marqué. En avant, la saillie de l'arcade zygomatique est moins distincte que du côté sain et les dépressions normalement situées au-dessus (fosse temporale) et au-dessous (région parotidienne) sont effacées. Le sillon qui sépare l'antitragus de la région voisine est remplacé par une légère voussure. Au-dessous de l'oreille, on ne voit plus le sillon présterno-mastoïdien.

En arrière, il y a aussi du gonflement : le pli rétroauriculaire est comblé et on voit une saillie sur le bord postérieur de l'apophyse mastoïde.

Si l'on regarde le malade en se plaçant à deux mètres derrière lui, on remarque que le pavillon de l'oreille est un peu écarté du crâne et très abaissé, et que la tête est légèrement inclinée du côté sain.

A la palpation, la peau des régions périauriculaires est un peu épaissie et moins mobile sous les plans sous-jacents. On trouve des ganglions tuméfiés dans la région parotidienne, le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et sur l'apophyse mastoïde. Ce dernier forme la saillie signalée plus haut.

Il n'y a de douleurs spontanées que dans le fond de l'oreille. Deux points très douloureux à la pression : la région préauriculaire et la pointe de l'apophyse mastoïde. Plus de vertiges. Légère dilatation de la pupille gauche.

Le conduit auditif est légèrement rétréci et un peu œdémateux. L'écoulement est blanc, assez épais et fort abondant, il tombe goutte à goutte du lobule de l'oreille pendant l'examen.

Le tympan est épaissi et projeté en avant. Il est uniformément rouge. Dans le quadrant antéro-inférieur et tout près de l'umbo est une tache d'un rose plus pâle au milieu de laquelle une petite bulle de liquide se distingue par sa réfringence. Là est le siège de la perforation.

21 février. — T. 36°8. Amélioration de l'état général. Diminution des douleurs et de l'œdème. La pression de la pointe de la mastoïde est bien supportée ; il faut enfoncer la pulpe du doigt dans le sillon rétroauriculaire pour éveiller de la douleur.

L'écoulement a sensiblement diminué.

23 février. — L'œdème a disparu en avant et en arrière du pavillon. On ne trouve plus à la palpation que les ganglions encore engorgés. Seule la région temporale reste un peu empâtée.

25 février. — La température est de 38° le soir.

27 février. — Le malade a eu un frisson hier soir et a éprouvé dans la nuit en avant de la région auriculaire une assez forte douleur pour l'empêcher de dormir.

A la pression, toute la région périauriculaire est à peu près douloureuse, aussi bien en arrière qu'en avant du pavillon.

L'œdème a reparu : il est surtout marqué dans la fosse temporale et sur l'arcade zygomatique. L'écoulement a un peu augmenté. Pas de douleurs dans la profondeur de l'oreille.

28 février. — Le gonflement de la région temporale s'est accentué ; la douleur est très vive au-dessus de l'arcade zygomatique. T. m. 38°, s. 39°4.

29 février. — La température reste élevée. Au niveau de la tumé-

faction, douleur spontanée légère et douleur très marquée à la pression. La tuméfaction est nettement localisée à la fosse temporale. Elle ne descend pas au-dessous de l'arcade zygomatique et est toute entière en avant de l'oreille. La peau est légèrement rosée.

Dans la crainte de la formation d'une collection purulente profonde, nous pratiquons une incision de toutes les parties molles de la région. Après une injection à la cocaïne, la peau est divisée verticalement à trois centimètres en avant de l'oreille et sur une étendue de 4 centimètres. Puis l'aponévrose et le muscle sont sectionnés jusqu'à l'os. On ne rencontre pas de pus, ce qui ne nous étonne pas, vu le peu de durée de l'affection. Mais les tissus sont empâtés et œdémateux.

La plaie n'est fermée qu'à ses extrémités et drainée jusqu'à l'os au milieu.

1<sup>er</sup> mars. — T. M. 39° 4. S. 40°. La région temporale reste très tuméfiée. Nous retirons la mèche de gaz iodoformée et remplaçons le pansement sec par un pansement humide.

2 mars. — Amélioration. L'œdème est moindre.

3 mars. — Chute brusque de la température. Plus de gonflement au

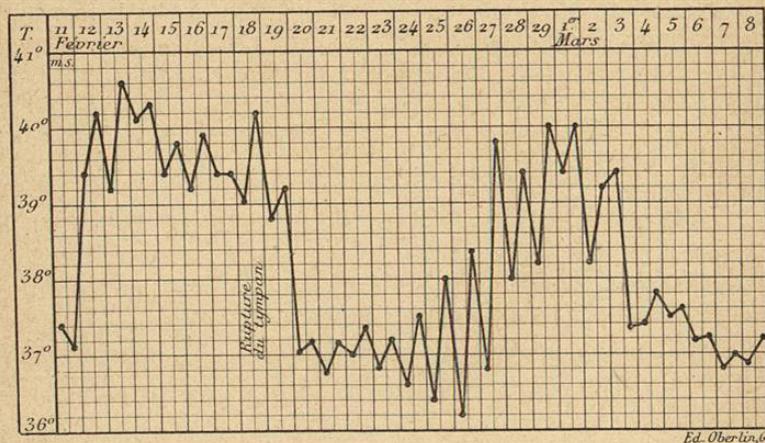


Fig. 2.

niveau de la région temporale. Pas de douleurs au toucher. L'écoulement purulent de l'oreille continue.

10 mars. — La plaie se cicatrise régulièrement et la suppuration auriculaire diminue.

18 mars. — La plaie est fermée. Léger suintement dans le conduit auditif.

Etat général très satisfaisant.

23 mars. — Guérison. Appétit. Retour des forces. Suppression de l'écoulement. Tympan gris sale; manche du marteau peu distinct. Cicatrice apparente à la hauteur et en avant de l'umbo.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la possibilité de la suppuration de la région mastoïdienne à la suite des otites moyennes phlegmoneuses. Il est évident que cette forme d'otite prédispose aux mastoïdites, plus encore qu'aux suppurations du tissu cellulaire des régions parotidienne et temporale. Les observations sont nombreuses où le gonflement, après avoir occupé toute la zone périauriculaire, a fini par se concentrer dans le secteur mastoïdien. C'est surtout dans les otites secondaires des maladies infectieuses, telles que la grippe, qu'on a constaté ces phénomènes.

Comprend-on maintenant pourquoi nous donnons le nom de « phlegmoneuses » aux otites moyennes dont nous venons de faire la description et présenter des exemples? N'ont-elles pas tous les caractères des phlegmons? l'infiltration œdémateuse autour du foyer septique principal; l'intensité des douleurs, la réaction générale de l'organisme, et la suppuration à distance de quelques îlots de tissu cellulaire touchés par l'infection? Ne dirait-on pas le tableau clinique de l'inflammation des bourses séreuses où un petit foyer suppurant est entouré d'une large atmosphère œdémateuse.

Ce sont les travées celluleuses et lymphatiques qui, suivant toute apparence, propagent l'inflammation de la caisse aux parties molles périauriculaires; et c'est dans leur réseau que se développent les abcès du conduit auditif ou des régions parotidienne et temporale.

Aussi la dénomination de « phlegmoneuse » nous semble-t-elle préférable pour cette forme d'otite moyenne suppurée à celle d'ostéo-périostite de la caisse que le P<sup>r</sup> Duplay lui a donnée. Nous ne croyons pas que l'inflammation du périoste de la caisse se propage par continuité au périoste de l'écaïlle du temporal et de l'apophyse mastoïde. L'œdème blanc ou légèrement rosé de la zone périauriculaire vient trop vite, s'en va trop rapidement et ne laisse pas assez de traces derrière lui pour être d'origine périostite.