

l'attention des chirurgiens et que nous avons constaté, dès le 13 juillet, aurait dû nous mettre en garde contre la formation d'un foyer septique profond : c'est la douleur produite par le toucher de la paroi pharyngée. Comme ces abcès se forment dans le tissu cellulaire péripharyngien, c'est moins du côté des téguments que du côté du pharynx qu'il faut en suivre le développement. Le toucher pharyngien, aidé de la palpation superficielle, doit être de règle dans les cas de ce genre.

Un diagnostic hâtif est d'autant plus de rigueur que ces complications ne peuvent guérir que par l'évacuation de l'abcès et la désinfection de la cavité purulente. Il ne faut pas songer à une intervention radicale, attendu qu'il n'est pas possible d'enlever le sommet de la pyramide rocheuse.

Chaput, qui a poussé à ses dernières limites l'étendue de la résection du rocher, est obligé de déclarer qu'il faut laisser persister son sommet, défendu par la présence de la carotide interne. Il admet bien que son procédé permettrait d'enlever — assez facilement ! — la pointe du rocher, malgré la présence de l'artère, si cette pointe était nécrosée et mobilisable. Mais les centres nerveux toléreront-ils jamais, sans se laisser infecter, l'évolution d'une ostéomyélite de l'extrémité du rocher jusqu'à mobilisation du séquestre !

Heureusement, ces complications sont des plus rares.

Broca en a cité un exemple qui se rapporte à un homme de 28 ans, chez lequel les douleurs cervicales précédèrent les signes de l'otite moyenne aiguë. L'affection commença par des névralgies pénibles dans le côté droit de la tête et de la raideur de la moitié droite du cou, avec gêne des mouvements.

43 jours après, la mastication était douloureuse; le malade avait quelques petits frissons et perdait l'appétit. C'est à ce moment qu'un auriste dut faire la paracentèse du tympan, à cause des douleurs sourdes et des bourdonnements de l'oreille droite.

Aucune modification ne survient jusque près de la fin du troisième mois, date à laquelle existent de la fièvre, des frissons, de la courbature, de l'inappétence, de la diarrhée, des vomissements, de la dysphagie et de la difficulté de la parole.

Broca est alors consulté, et il constate : l'écoulement abondant par l'oreille droite d'un pus fluide, verdâtre, inodore; un gonflement diffus des régions sterno-mastoïdienne et sous-maxillaire du même côté; et dans le pharynx un soulèvement de l'amygdale et des piliers par une tumeur molle, dépressible, non pulsatile. Par une pression sur la région sous-angulo-maxillaire ou sur la paroi latérale du pharynx, on augmente l'écoulement purulent de l'oreille.

Le phlegmon suppuré du cou fut ouvert par une incision sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et l'exploration digitale de la poche purulente permit de s'assurer que l'apophyse mastoïde ne présentait aucun point dénudé; *mais que la face inférieure du rocher était à nu très profondément en arrière et en dedans du condyle du maxillaire inférieur.*

Malheureusement le malade succomba le quatrième jour à une ulcération de la carotide interne.

L'ostéite frappait le conduit auditif externe : la muqueuse de la caisse et des cellules était rouge, friable, épaissie.

On peut rapprocher de cette observation celle de Schwartzé où l'intervention a été suivie de succès :

Homme de 30 ans, atteint d'otite moyenne purulente depuis huit mois, se plaint de douleurs dans le cou, de malaise général et de fièvre; trépanation de l'apophyse mastoïde, quoique celle-ci ne soit ni tuméfiée, ni douloureuse; aucune lésion appréciable; soulagement momentané.

20 jours après, abcès profond au-dessous de l'oreille, communiquant avec le conduit auditif; incision; écoulement d'une grande quantité de pus. La cavité de l'abcès s'étendait très loin en bas et en arrière jusqu'à la ligne médiane; drainage, cessation de la suppuration par le conduit auditif.

Plus tard, il a fallu faire une contre-ouverture au-dessous de la première incision. Il existait une fistule dans laquelle la sonde pénétrait jusqu'à l'occiput.

Guérison en 43 jours.

B. — Adénites sterno-mastoïdiennes.

Nous n'avons pas trouvé dans nos classiques une description de l'adénite sous-mastoïdienne symptomatique de l'otorrhée.

D'après les faits que nous avons observés, cette adénite existe pourtant à l'état aigu, avec ou sans inflammation du tissu cellulaire périganglionnaire. Elle est susceptible d'une résolution complète et rapide ou d'une fonte purulente.

Nous donnerons une première observation in-extenso, afin de mettre sous les yeux tous les caractères de l'affection.

R... L., 22 ans, 36^e de ligne, sans antécédents héréditaires ou personnels, est pris brusquement, le 17 février, sans coryza ou angine antérieure, de douleurs vives, lancinantes, dans l'intérieur de l'oreille gauche; elles irradiant vers l'angle de la mâchoire et les paupières.

Le soir, un écoulement s'établit, peu abondant, épais et légèrement fétide.

Les douleurs persistent les jours suivants; elles descendent le long de la mâchoire inférieure, et s'exagèrent à l'occasion des mouvements de mastication et de déglutition. Bourdonnements et sensations de battements; audition très diminuée (montre au contact).

Conduit auditif rouge, tympan recouvert de pus, perforation dans le quadrant postéro-supérieur.

Huit jours après le début de l'otite, les douleurs deviennent plus intenses, avec insomnie et agitation nocturne; elles occupent toute la région périauriculaire, mais sont plus fortes au niveau de l'apophyse mastoïde, vers le cou et la mâchoire inférieure. La température est normale. L'écoulement diminue.

On constate au-dessous de l'apophyse mastoïde et séparée de son bord postérieur par une dépression très nette, une tuméfaction qui occupe la partie supérieure de la région carotidienne.

La gouttière rétro-maxillaire est effacée, mais le maximum du gonflement correspond au muscle sterno-mastoïdien, il descend à peu près à 0,08 au-dessous du lobule de l'oreille.

La peau ne présente pas de coloration anormale à ce niveau. On sent à la palpation, en pinçant transversalement le muscle entre les doigts, une masse globuleuse sous-jacente sur laquelle le muscle semble mobile.

La pression est plus douloureuse à deux travers de doigt au-dessous de la mastoïde qu'à sa pointe. Les mouvements de rotation de la tête, la déglutition et la mastication exagèrent les douleurs.

Pendant cinq jours, nous maintenons la région enveloppée dans une épaisse couche de compresses antiseptiques chaudes et humides. Les douleurs diminuent progressivement; mais la tuméfaction persiste.

Le 11^e jour, le malade ne ressent plus aucune douleur: il ne se plaint que de bourdonnements et de sifflements auriculaires. L'écoulement a

complètement cessé; le tympan est cicatrisé. La palpation révèle toujours une masse noueuse au-dessous de la mastoïde, indépendante de l'apophyse: elle donne l'impression d'un corps arrondi sur lequel serait tendu le muscle sterno-mastoïdien. La tuméfaction est mieux limitée que les jours précédents, la pointe de la mastoïde se détache avec sa netteté normale et le sillon rétroauriculaire est mieux dessiné.

A cette complication, s'en est ajoutée une autre dans la région parotidienne; le ganglion préauriculaire est tuméfié et douloureux; il est entouré d'une zone œdémateuse.

Le 25^e jour, l'adénite préauriculaire a presque disparu, l'adénite sterno-mastoïdienne a beaucoup diminué; on voit et on sent à 4 ou 5 centimètres du lobule de l'oreille, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, des ganglions tuméfiés, à grand axe vertical. La tuméfaction déborde le muscle en avant; la peau à ce niveau est visiblement soulevée et un peu tendue; elle ne présente aucune altération et a sa coloration normale.

Le malade n'éprouve plus aucune douleur spontanée. La pression n'est même plus sensible; la mastication et la rotation de la tête se font sans difficulté.

Le 35^e jour, la tuméfaction est encore appréciable, surtout par comparaison avec le côté opposé. Mais elle ne gêne en rien le malade qui se considère comme guéri.

Le 40^e jour, il est envoyé en congé de convalescence.

Voici d'autres observations résumées:

Chez un homme de 22 ans, le nommé C..., qui avait été pris le 6 juillet d'une otite moyenne aiguë gauche suppurée, à la suite d'une séance de natation pendant laquelle il avait plongé plusieurs fois, on constata dès le 9 juillet un gonflement douloureux de la région sous-auriculaire. Le maximum de sensibilité à la pression siégeait à un travers de doigt au-dessous de la mastoïde et à un travers de pouce en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur. Les mouvements de rotation de la tête exagèrent la douleur. Toute la région était arrondie et œdématisée, sans changement de coloration de la peau. Fièvre légère: 37°5 à 38°. Ces phénomènes ne durèrent que quelques jours; le 25 juillet, le gonflement œdémateux a disparu; mais il reste sous le sterno-mastoïdien une petite tumeur encore sensible et qui donne la sensation nette de ganglions engorgés.

Le 9 août nous pouvons laisser sortir le malade.

V..., 22 ans, entre à l'hôpital le 21 décembre 1893: le malade déclare

que quatre jours après une otite moyenne suppurée aiguë droite, il a senti de la douleur et du gonflement dans les régions sous-mastoïdienne et parotidienne. Nous l'examinons le 8^e jour : rougeur des parois du conduit auditif externe, écoulement purulent, perforation du tympan en bas et avant, montre au contact.

Le malade accuse des douleurs lancinantes dans le fond du conduit auditif et des douleurs irradiées, tantôt dans la région mastoïdienne, tantôt dans la fosse temporale ou le long de la branche montante du maxillaire. Ces douleurs sont plus marquées la nuit. Les mouvements de mastication les exagèrent. Il éprouve aussi de la difficulté à ouvrir la bouche.

On constate dans les régions parotidienne, sus-hyoïdienne latérale et carotidienne supérieure une tuméfaction diffuse notable. Celle-ci est limitée en avant et en haut par l'arcade zygomatique qu'elle ne dépasse pas. Elle entoure en bas le pavillon de l'oreille à la façon d'un croissant. En haut et en arrière elle est nettement limitée par l'apophyse mastoïde *qui est normale* et dont les téguments sont souples et sans œdème. En bas elle descend vers l'angle de la mâchoire.

On sent dans l'œdème préauriculaire rouler un ganglion tuméfié — et sous le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, on peut palper des tumeurs olivaires qui donnent nettement la sensation de ganglions engorgés. Il y en a aussi sous la branche horizontale de la mâchoire.

Après un mois de traitement, la polyadénite périauriculaire disparut. Il ne resta que quelques ganglions engorgés sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Nous avons envoyé le malade en convalescence, mais avec la crainte qu'il ne conservât une hypertrophie chronique des ganglions du cou. Il était pâle et de constitution très lymphatique.

L'otite moyenne était complètement guérie.

L'adénite sterno-mastoïdienne apparaît peu de temps après le début d'une otite moyenne suppurée aiguë ou dans le cours d'une otite chronique qui se réchauffe.

Les douleurs ne sont pas localisées à la région carotidienne : elles rayonnent autour de l'oreille, mais elles ont toujours une intensité plus forte vers la branche montante du maxillaire inférieur et la partie supérieure du muscle sterno-mastoïdien. Elles sont augmentées par les mouvements de rotation de la tête, pendant lesquels les ganglions hypertrophiés sont comprimés par la sangle musculaire. La mastication les exagère également, par

le refoulement en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur.

Les caractères objectifs de ces adénites sont tellement nets, que leur diagnostic est des plus simples. En regardant un de ces malades, on a l'impression du soulèvement de la partie supérieure de la région carotidienne par un corps arrondi sur lequel est tendu, comme sur un chevalet, le muscle sterno-mastoïdien. Tantôt la tuméfaction est bien limitée; d'autres fois, elle est plus diffuse et accompagnée d'une infiltration œdémateuse qui gagne la gouttière rétro-maxillaire ou la face externe de la mastoïde; mais dans ces cas même, il existe entre la tumeur et le bord postérieur de la mastoïde une dépression qui prouve l'indépendance de la lésion cervicale d'avec le processus mastoïdien.

La peau ne change pas de coloration : le tissu cellulaire est souple ou très légèrement œdématié. Quand on palpe la tumeur, on sent qu'elle est recouverte d'une surface lisse qui est formée par le muscle sterno-mastoïdien. La contraction de celui-ci empêche l'analyse des détails de la tumeur. Pour avoir la sensation nette de sa forme, il faut relâcher le muscle, c'est-à-dire faire tourner et fléchir la tête du malade vers la région atteinte. On ne trouve pas les ganglions isolés et roulant sous le doigt, comme lorsqu'on palpe une région inguinale. On sent une masse noueuse et indépendante du muscle, qui peut parfois être déplacée latéralement. Cette masse est toujours douloureuse, et le maximum de la douleur à la pression est à un ou deux travers de doigt au-dessous de la mastoïde.

Le diagnostic est facilité par la présence de quelques ganglions superficiels, débordant le muscle en avant. Ceux-ci peuvent prendre un volume assez considérable et devenir gros comme une olive.

Nous avons vu qu'une adénite préauriculaire ou sus-hyoïdienne pouvait exister simultanément. Certains malades ont une telle susceptibilité de leur tissu lymphatique que la traînée infectieuse se propage dans tous les sens.

La résolution de ces adénites se fait promptement : en un mois, au maximum, les ganglions ont repris leur volume normal; et la complication peut être considérée comme terminée. Nous allons voir qu'il y a des exceptions.

Le traitement que nous avons employé a consisté dans l'enveloppement permanent de la région avec des compresses antiseptiques chaudes et humides.

Bien entendu, l'otite moyenne était l'objet des soins les plus minutieux ; et des injections fréquentes empêchaient la rétention du pus.

La guérison de l'otite peut arriver avant celle de l'adénite.

L'adénite cervicale, dont nous nous occupons, n'échappe pas à la règle générale des inflammations ganglionnaires. Elle peut se terminer par suppuration.

Nous avons dû pratiquer l'ouverture d'une de ces adénites suppurées pendant notre séjour à l'hôpital Desgenettes, à Lyon. En prenant le service, nous avons trouvé un malade ayant eu, quelques semaines auparavant, une otite moyenne suppurée droite. L'oreille ne coulait plus, l'otite était guérie, mais le malade se plaignait d'une tuméfaction douloureuse à la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne. Le gonflement était assez bien limité et donnait la sensation d'un ganglion ramolli. L'apophyse mastoïde n'était ni tuméfiée ni douloureuse. La tête du malade était immobilisée en rotation et en flexion latérale droite. Nous fîmes une incision de six centimètres, en plein muscle sterno-mastoïdien, et parallèlement à ses fibres. Elle nous conduisit dans une poche de pus épais, crémeux, s'écoulant avec difficulté. Le doigt introduit dans la plaie buta contre l'apophyse transverse de la première vertèbre cervicale. La plaie fut drainée ; elle resta fistuleuse pendant trois semaines, mais elle finit par guérir complètement.

Hessler, en pratiquant un curettage de la pointe de l'apophyse mastoïde, remarqua qu'après avoir enlevé tous les fragments osseux et nettoyé la plaie opératoire, du pus continuait à remonter sous la face profonde du sterno-mastoïdien. Il agrandit l'incision et constata que la suppuration était fournie par un ganglion profond, suppuré et ulcéré. Il dut extirper la glande.

Broca a également observé la coïncidence d'un abcès ganglionnaire du cou avec une mastoïdite, chez une enfant de six ans atteinte d'une otite moyenne purulente aiguë post-rubéolique.

L'oreille ne coulait plus depuis quinze jours, quand est survenue de la douleur avec de la gêne dans les mouvements de la tête.

Au moment de l'examen (9 mars 1897), l'enfant a un peu de fièvre. On observe une tuméfaction douloureuse en arrière de l'angle de la mâchoire, sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien. La peau de la région mastoïdienne est rouge, douloureuse à la pression, très légèrement infiltrée. Un peu d'écoulement purulent par le conduit.

Opération le jour même. Incision sur la tuméfaction, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien qui est récliné en arrière. On arrive au bord d'un volumineux ganglion situé sous le muscle, assez profondément en arrière et en haut. On trouve un peu de pus. Le ganglion peut être énucléé avec le doigt. Deuxième incision rétroauriculaire dans un tissu lardacé et épaissi ; on arrive sur la corticale de la mastoïde, où l'on trouve un petit pertuis qui conduit sur une poche purulente grosse comme une tête d'épingle, etc. (In Thèse de Collinet, « Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne », Paris, 16 juillet 1897).

Christinneck signale deux abcès cervicaux de la grosseur d'une noix, à la suite de la suppuration des ganglions (Arch. f. Ohren., 1884, t. XX, p. 24).

Chauvel a vu trois fois l'adénite symptomatique de l'otite suppurée aboutir à la purulence. Les trois abcès ganglionnaires siégeaient un peu en arrière de l'angle de la mâchoire, au niveau de l'os hyoïde, derrière et sous le sterno-mastoïdien dont les fibres durent être dissociées avec la sonde cannelée pour arriver jusqu'au foyer. Toujours la guérison a rapidement suivi l'intervention chirurgicale.

On connaît la fréquence des adénites chroniques sous-sterno-mastoïdiennes. La localisation de cette affection à la partie supérieure de la région est-elle quelquefois déterminée par une infection de la caisse ? Telle est la question que nous nous sommes posée et à laquelle nous ne pouvons donner une réponse ferme. Aucun otorrhéique de notre service n'a présenté d'engorgement chronique de la chaîne ganglionnaire cervicale ; et quand nous avons observé des adénites chroniques de la partie supérieure du cou,

les malades qui avaient pu avoir quelques poussées congestives du côté de la caisse avaient des altérations trop marquées de l'arrière-gorge ou de la bouche pour qu'on ne laissât pas ces altérations au premier rang des causes de l'adénite. Nous ne pouvons que placer les affections de la caisse parmi les sources d'infection des ganglions du cou. Il n'est pas nécessaire que l'otite moyenne arrive à suppuration. Il peut n'y avoir qu'une congestion ou un épanchement de la caisse laissant subsister un peu d'épaississement du tympan et une légère diminution de l'acuité auditive.

C. — Phlegmon sous-sterno-mastoidien.

Cette catégorie d'accidents a été des plus nettes dans deux de nos observations.

G.... 22 ans, est pris, le 28 mars 1893, d'une otite moyenne purulente gauche. L'oreille de ce côté avait été déjà, quatre ans auparavant, pendant 48 heures, le siège de violentes douleurs, sans écoulement consécutif et suivies d'une diminution de l'ouïe.

La nouvelle atteinte commence encore par des élancements violents et des bourdonnements incessants; mais cette fois la suppuration s'établit le troisième jour. Elle est très abondante, épaisse, jaune rougeâtre au début, franchement phlegmoneuse dans la suite.

Le 10 avril, G... se plaint de ressentir une vive douleur au-dessous de l'oreille. La pression fixe le maximum de cette douleur au-dessous et un peu en avant de la pointe mastoïdienne. La mastication et la déglutition sont pénibles. C'est à peine si, dans les premiers instants, on sentait un peu d'empatement sous le sterno-mastoïdien, dans le relâchement du muscle. Cette première poussée se calme sous l'influence d'un enveloppement de la région par des compresses antiseptiques humides.

Le 17 avril, retour de la douleur, augmentation de l'empatement; malaise général avec une petite élévation de température (37°8).

Nouvelle accalmie en 48 heures.

Mais, le 26 avril, troisième poussée plus accentuée: douleur violente au-dessous du bord postérieur de l'apophyse mastoïde.

Le maximum de la douleur à la pression se trouve à un travers de doigt en arrière de la pointe de l'apophyse. Il y a à ce niveau une légère tuméfaction.

Pendant la nuit, G... a de la fièvre, de la céphalalgie et de l'insomnie. T. 39°.

Le lendemain, il est très abattu. La tuméfaction sous-mastoïdienne a augmenté. Son maximum se trouve encore au-dessous du bord postérieur de la mastoïde. La peau est rouge et tendue à ce niveau; l'œdème s'étend sur l'apophyse mastoïde et sur l'occipital; la tête et le cou sont immobilisés. Nous prescrivons l'enveloppement de la région par des compresses antiseptiques humides.

Le 28 avril, G... se plaint d'avoir eu un petit frisson. Les douleurs ont encore augmenté (T. 38°). La rougeur de la peau, l'empatement profond ne se sont pas modifiés. Craignant la formation d'un foyer purulent dans la région carotidienne profonde, nous n'hésitons pas à intervenir.

La tête du malade est mise dans la rotation droite. Une injection de cocaïne assure l'anesthésie. Nous pratiquons une incision de 6 centimètres, parallèle aux fibres du sterno-mastoïdien, remontant à 1 centimètre sur la face externe de la mastoïde. Nous traversons la peau et les fibres du muscle et pénétrons jusque dans la couche connective qui sépare le muscle sterno-mastoïdien des muscles profonds de la nuque. Avec la sonde cannelée, nous déchirons quelques fibres celluleuses, sans trouver de pus ou de ganglions engorgés. Nous pensions bien d'ailleurs qu'il ne pourrait y avoir encore de collection purulente. Nous laissons la plaie ouverte et la bourrons de gaze iodoformée.

Le soir même, le malade ressentit le bénéfice de l'intervention, les douleurs cessèrent et il put dormir la nuit.

Le 2 mai, réfection du pansement, plus de rougeur, plus d'empatement.

Le 8 mai, les deux lèvres de la plaie sont réunies par des points de suture.

Le 18 mai, le dernier pansement était enlevé. Le malade n'avait pas souffert un seul jour depuis l'incision; et il avait repris son appétit et ses forces.

Sortie le 3 juin, guérison de l'otite, entend la montre à 0,50.

Si nous avions différé le débridement qui a été si salutaire à notre malade, le phlegmon se serait terminé probablement par suppuration.

Celle-ci est survenue chez un malade entré dans notre service en même temps que le précédent; et c'est l'observation de ce second malade qui nous a sollicité à hâter l'intervention chez le premier.

Dans la nuit du 27 mars 1893. F... âgé de 22 ans, est réveillé par une douleur vive dans l'oreille gauche. Le lendemain cette douleur s'accro-