

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-

pagne de céphalée et de perte d'appétit. Deux jours après, l'oreille coule abondamment.

Nous le visitons le 30 mars. Il présente, avec les signes habituels d'une otite moyenne suppurée, une tuméfaction de la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne, sans changement de coloration de la peau. On sent sous le muscle un empâtement profond, qui est plus marqué à un travers de pouce au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde. La dépression normale qui est au-dessous du bord postérieur de l'apophyse et le sillon retro-auriculaire sont effacés. Les mouvements d'inclinaison de la tête du côté malade sont douloureux.

Nous espérons obtenir la résolution de ce phlegmon sous-mastoïdien avec l'immobilisation de la tête et le bain antiseptique permanent entretenu par des compresses humides. Mais dans les premiers jours d'avril, la température s'éleva à 38° le matin et 39° le soir, le malaise s'accrut et les douleurs devinrent plus vives.

Le 10 avril, la peau de la région était devenue rouge, et présentait une voussure au niveau de laquelle une fluctuation profonde nous sembla évidente.

Je pratiquai parallèlement aux fibres du sterno-mastoïdien, et à peu près au milieu de sa largeur une incision de trois travers de doigt environ à partir du bord postérieur de la mastoïde; quand le muscle fut sectionné, l'ouverture donna issue à une bonne cuiller de pus crémeux. Lavages avec de l'eau phéniquée chaude, tamponnement du foyer avec une mèche de gaze iodoformée qui ressort par l'angle inférieur de la plaie.

Cette petite opération fit cesser le lendemain tous les accidents : fièvre, douleur et insomnie.

Mais ils reparurent le 18 avril, c'est-à-dire 8 jours après; la température s'éleva à ce moment à 40° et fut précédée de petits frissons; le malade se plaignait en même temps de dysphagie, la gorge était un peu rouge; en enlevant le drain qui avait été maintenu dans la plaie du cou, et après avoir fait plusieurs injections, on vit sortir un petit filet purulent. Nous avons pensé qu'une fusée septique s'était faite du côté de la paroi du pharynx.

Tout marcha à souhait après ce nettoyage de la plaie; et le malade quitta notre service le 17 mai.

L'écoulement de l'oreille était terminé; et les mouvements du cou avaient leur amplitude normale.

Le diagnostic de phlegmon sous-sterno-mastoïdien nous semble hors de doute.

Tous les symptômes sont réunis. Comme signes du phlegmon,

nous avons la tuméfaction, la rougeur, la chaleur, la douleur et les phénomènes généraux.

Le siège profond de la tuméfaction est affirmé par le soulèvement du muscle, la sensation de la profondeur de l'empâtement, la gêne des mouvements de rotation de la tête, et, dans un cas, la découverte du pus.

L'influence du débridement sur la marche de cet accident et la rapide guérison après une incision sont encore des éléments importants d'appréciation de la nature de la maladie.

Quelle est la pathogénie de ces phlegmons? L'hypothèse que nous avons déjà admise pour les complications analogues de la région temporale peut être de nouveau reproduite. Ce sont les vaisseaux lymphatiques de l'oreille moyenne afférents aux ganglions dont nous venons de signaler l'hypertrophie possible qui transportent les germes septiques et qui ensemencent la couche celluleuse sous-jacente au muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Il faut distinguer les phlegmons précédents de ceux que déterminent les mastoïdites de Bezold et qui sont produits par l'ouverture d'une fistule mastoïdienne sous le muscle sterno-mastoïdien. Il faut les distinguer au point de vue thérapeutique, puisque les phlegmons que nous étudions maintenant guérissent sans qu'on touche à l'apophyse et par le seul débridement des parties molles. Mais nous n'oserions affirmer que quelques vaisseaux lymphatiques tributaires de la muqueuse endomastoïdienne et émergeant dans la nappe celluleuse profonde du cou par un des orifices de la pointe de l'apophyse ne pussent être mis en cause et rendus responsables du phlegmon cervical. Nous reprendrons cette idée à propos de la périostite mastoïdienne.

Dans les phlegmons indépendants de toute lésion osseuse, l'apophyse mastoïde n'est pas douloureuse et la guérison s'obtient en quelques jours après le débridement des parties molles. La marche de la réparation est le meilleur critérium de la valeur du diagnostic. Nous citerons plus loin l'observation d'un malade chez lequel nous avons cru à un phlegmon primitif sous-mastoïdien et pratiqué une large incision de débridement. La plaie ne se ferma pas : elle demeura fistuleuse, et il fallut curetter

l'apophyse qui présentait une perforation à sa pointe pour assurer la guérison.

Le phlegmon se distingue de l'adénite par la diffusion de l'inflammation. Dans l'adénite la peau ne rougit pas, le tissu cellulaire est moins infiltré et la tumeur qui soulève le muscle est plus facile à délimiter.

L'ouverture et la désinfection du foyer septique doivent être, de toute nécessité, pratiquées le plus tôt possible. C'est le seul moyen de supprimer la douleur et de conjurer le développement d'une fusée purulente dont la direction et le danger sont connus de tous les chirurgiens.

Inutile de chloroformiser le malade : une injection de cocaïne est suffisante pour calmer les appréhensions des moins courageux.

Après avoir placé la tête sur un coussin résistant et l'avoir mise en rotation forcée du côté opposé à la lésion, on pratique une incision verticale qui commence sur le bord postérieur de l'apophyse mastoïde à 1 centimètre en arrière de sa pointe pour éviter la gouttière rétro-maxillaire. On la prolonge parallèlement à la direction des fibres du muscle sterno-cléido-mastoïdien, dans une étendue de 4 à 5 centimètres. On coupe au bistouri la peau, le tissu cellulaire et le muscle. Arrivé à la face profonde de ce dernier, on déchire avec le bec de la sonde cannelée le tissu cellulaire sous-jacent.

La pointe de l'apophyse mastoïde doit être explorée avec soin. La plaie est laissée ouverte et drainée avec une gaze iodoformée.

Nous avons eu l'occasion d'observer un homme de 40 ans ayant une brillante situation sociale et qui avait eu, pendant l'évolution d'une otite purulente, un phlegmon sous-sterno-mastoïdien. Au dire du malade, qui tenait le renseignement de son médecin, le phlegmon avait été précédé d'une adénite sous-mastoïdienne, laquelle avait suppuré et était devenue adéno-phlegmon. M. X..., venait nous demander de porter remède à un torticolis qui entravait les mouvements de la tête et le gênait dans ses devoirs professionnels; une large cicatrice transversale balafrait la partie supérieure de la région carotidienne et était adhérente aux apophyses transverses des premières vertèbres cervicales; le muscle rotateur de la tête et du cou avait été sectionné en travers pour donner issue au pus. Ce n'est pas tout : des douleurs névralgiques perma-

nentes, avec irradiations intermittentes aiguës vers l'apophyse mastoïde et l'occipital témoignaient d'une névrite des branches supérieures du plexus cervical superficiel. L'infirmité de M. X... aurait pu être évitée par des connaissances anatomiques plus précises et une technique opératoire plus régulière.

Ces lignes étaient écrites, lorsque Hamon du Fougeray fit son intéressante communication au X^e Congrès français de chirurgie sur « les abcès du cou, consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne. »

Notre collègue admet, comme nous, des abcès du cou par voie lymphatique. Il cite quatre observations que nous ne rappellerons pas, parce qu'elles manquent de précision; mais il rapporte un fait personnel que nous reproduisons in-extenso, tant il confirme ce que nous venons d'annoncer.

Le nommé P... Auguste, âgé de 43 ans, homme de peine, a toujours eu une bonne santé; son père est mort à 75 ans d'hémorragie cérébrale; sa mère est vivante, âgée de 74 ans et bien portante. Ils ont eu sept enfants : trois sont morts en bas âge, une fille est morte à 20 ans de tuberculose pulmonaire : il reste notre malade avec un frère et une sœur en bonne santé.

A la suite d'un refroidissement, P... a été atteint d'angine légère. Cinq jours après, alors que cette affection semblait presque terminée, il fut pris le soir de fièvre et de frissons avec douleurs lancinantes dans l'oreille gauche. Ceci se passait le 18 août 1895. Le lendemain il vit survenir un écoulement très abondant séro-purulent.

Je fus appelé auprès du malade le 21 août, et voici les symptômes :

La température axillaire est de 39°2.

Le malade se plaint de douleurs très vives siégeant dans le côté gauche de la tête.

Par le conduit auditif, il s'écoule un liquide séreux à peine louche, extrêmement abondant.

Après nettoyage, l'examen direct permet de reconnaître que la portion cartilagineuse du conduit présente une apparence normale; le revêtement cutané de la portion osseuse est d'une couleur rouge foncé, mais sans gonflement; la membrane tympanique apparaît boursoufflée, rouge intense, et à la partie inférieure de sa moitié postérieure, au-dessous de l'ombilic, il existe une large perforation; il en sort continuellement un liquide presque incolore et l'on y constate des battements pulsatiles très accentués.

En arrière du pavillon, la partie inférieure des téguments est chaude, rouge, douloureuse à la pression.

Pansement au moyen du tamponnement avec la gaze iodoformée.

22 août, même état; la vision est affaiblie dans l'œil gauche et l'examen ophtalmoscopique révèle une congestion notable des vaisseaux de la papille.

23 août, sous l'influence de l'antipyrine et du sulfate de quinine la fièvre a diminué. Le soir, la température est de 38°, pouls 76. Etant donnée l'abondance extraordinaire de l'écoulement, le tamponnement par la gaze iodoformée est renouvelé trois fois par jour.

Le malade se plaint seulement de souffrir dans la région temporo-frontale gauche.

24 août, température du soir : 37°8, douleurs moins intenses. Jusqu'au 7 septembre l'amélioration continua; la température était normale; les douleurs de la tête avaient disparu et la vision de l'œil gauche était redevenue parfaite, la congestion papillaire n'existant plus, l'écoulement séro-purulent, d'une abondance inusitée au début, avait sensiblement diminué. Le malade pouvait se lever et se croyait presque guéri; mais le 7 septembre, à la suite d'un nouveau refroidissement, que la température anormale à cette époque (35° à l'ombre) explique, il survint une poussée aiguë se manifestant par le retour des douleurs de tête, la rougeur et l'empâtement de la région rétro-auriculaire inférieure, s'étendant à la partie latérale et supérieure du cou. La température monte à 40° le soir.

Les jours suivants, l'inflammation gagne de plus en plus la région cervicale; les mouvements de rotation de la tête deviennent impossibles comme dans le torticolis.

Cet état semble s'amender du 16 au 24 septembre, période pendant laquelle la fièvre diminue.

L'écoulement, pour la première fois, change de nature, il devient franchement purulent et diminue considérablement en quantité.

A partir du 24 septembre, les symptômes inflammatoires reprennent une nouvelle intensité, la température remonte à 39° le matin et à 40° le soir; la région latérale du cou est chaude et empâtée, sans qu'on puisse toutefois reconnaître de la fluctuation.

Le malade peut à peine ouvrir la bouche; la déglutition est difficile. Rétrécissement notable de la pupille de l'œil gauche.

Enfin le 30 septembre on commence à pouvoir trouver les signes d'une fluctuation profonde vers le tiers inférieur du bord postérieur du sterno-mastoïdien, dont le corps est projeté en avant.

Je pratique alors à ce niveau une large incision de la peau et des tissus sous-jacents, couche par couche, avec la sonde cannelée. Elle

donne issue à une grande quantité de pus. L'exploration du foyer purulent avec la sonde permet de reconnaître qu'il est situé en arrière du sterno-mastoïdien et s'étend jusqu'à la gaine du faisceau vasculo-nerveux. On peut enfoncer la sonde, de haut en bas et de dehors en dedans, jusqu'à une profondeur de 12 centimètres. Après avoir placé un drain, je fais un pansement antiseptique à l'acide phénique.

A partir de ce jour, l'état général s'est amélioré et cet adéno-phlegmon a rapidement guéri. D'un autre côté, la suppuration de l'oreille a cessé et la perforation de la membrane du tympan s'est cicatrisée.

A la fin d'octobre, le malade guéri, et entendant presque normalement a pu reprendre son travail.

L'examen bactériologique, pratiqué à plusieurs reprises, a fait reconnaître dans le pus, la présence de staphylococcus albus et aureus associé au streptocoque pyogène.

Le pus du phlegmon du cou ne contenait que le streptocoque pyogène seul.

Je dois ajouter en terminant que je n'ai pu, à aucun moment, constater le moindre symptôme de mastoïdite.

D. — Phlébites cervicales.

Quelques explications sont ici nécessaires.

L'oreille moyenne a des rapports directs avec la jugulaire interne et est reliée par les veinules de sa fibro-muqueuse aux plexus veineux cervicaux.

On sait que la paroi osseuse qui recouvre le bulbe de la jugulaire forme le plancher de la caisse, et que cette paroi est excessivement mince. Il y a même des cas où la lame osseuse fait partiellement défaut et où la fibro-muqueuse auriculaire est en contact immédiat avec la paroi veineuse. Sur 449 crânes, Otto Kœrner (Ann. mal. or. 1891, p. 664) a trouvé 30 fois des déhiscences du plancher, et 23 fois des trous plus petits au niveau de la surface jugulaire. Ces orifices anormaux seraient plus fréquents du côté droit.

On sait aussi que les veines de la caisse et de la mastoïde aboutissent plus ou moins directement à la jugulaire interne. Les unes vont dans le golfe de la jugulaire et sont ordinairement très petites; les autres se jettent dans les veines stylo-mastoïdiennes ou occipitales. Enfin la veine mastoïdienne aboutit à la veine occi-