

Dix jours après la double opération, les phénomènes cervicaux s'accroissent ; la douleur augmente sur le trajet de la jugulaire et la fluctuation devient manifeste entre le maxillaire inférieur et le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Une incision pratiquée sur le bord postérieur de ce muscle donne issue à un mélange de pus fétide et gazeux qui provient de la jugulaire. Aussitôt après l'évacuation du pus, les symptômes s'atténuent et la guérison est entrevue (Monatsch. für Ohrenheilkunde, 1897, n° 2, p. 49).

La lecture d'une observation des Arch. für Ohren. (t. 37, p. 296), laisse également l'impression que le chirurgien aurait pu s'éviter la peine de lier la veine jugulaire au niveau de son bulbe, ce qui n'est pas facile, en conservant dans le sinus un caillot qui semblait bien toléré. Il s'agit d'une enfant de quinze ans atteinte de mastoïdite chronique et de phlébite de la jugulaire. Le 2 janvier, on trépane la mastoïde, on enlève les fongosités et le pus et on ouvre le sinus thrombosé : le thrombus était rouge brun. Au milieu de janvier, la fièvre se prolongeant, et un cordon de quatre à cinq centimètres de longueur étant senti au niveau de la portion moyenne de la jugulaire, on fait une incision et on évacue un abcès. La jugulaire pleine de masses putrides est ouverte en bas, jusqu'au point où apparaît un thrombus organisé. Elle est liée en haut au niveau de son bulbe. La plaie du cou et de la mastoïde a bien guéri, l'oreille a continué de suppurer.

COMPLICATIONS DE LA RÉGION MASTOÏDIENNE

La région mastoïdienne est le lieu d'élection des complications de l'otite moyenne suppurée, et, on peut dire aussi le centre d'un grand nombre de complications périauriculaires.

L'examen de cette région s'impose *dans tous les cas d'inflammation de l'oreille moyenne*. Mais il faut savoir faire cet examen ; car les lésions profondes les plus graves ne s'accompagnent pas toujours des signes extérieurs les plus manifestes.

On explore la mastoïde à la vue, à la palpation, à la pression, à la percussion et à l'auscultation.

Les quatre signes cardinaux de l'inflammation se rencontrent dans les infections de la région mastoïdienne, mais à des degrés très divers.

Dans certains cas, la tuméfaction rétroauriculaire est considérable et les déformations de la région mastoïdienne sautent aux yeux. Le sillon rétroauriculaire est comblé, effacé et remplacé quelquefois par un bourrelet saillant. Le pavillon de l'oreille abaissé et écarté du crâne est projeté en bas et en dehors, et l'inégale position des deux pavillons auriculaires rend évidente l'asymétrie de la face (fig. 71) ; celle-ci peut même attirer l'attention du malade. Un militaire nous a déclaré s'être présenté à la visite du médecin parce que la déviation de son pavillon de l'oreille, reconnue dans une glace, l'avait frappé et inquiété. La déformation est toujours plus appréciable en arrière qu'en avant ; et nous conseillons de se placer à quelques pas derrière la tête du malade pour rechercher l'asymétrie des deux pavillons. Le plus léger abaissement ne peut alors échapper.

On se rend également très bien compte, dans cette position, d'une légère rotation ou inclinaison latérale de la tête. Le torticolis ab aure læsa n'est pas rare, mais se rencontre moins souvent que certains auteurs l'ont prétendu. C'est du côté de l'épaule corres-

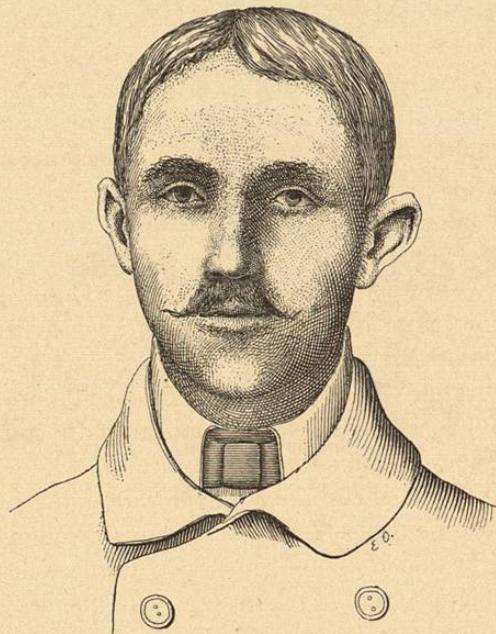


Fig. 71.

L'asymétrie des deux pavillons auriculaires dans les mastoïdites.

Le pavillon gauche, côté de l'inflammation mastoïdienne, est abaissé et écarté du crâne.

pondante à l'oreille malade que la tête est le plus souvent inclinée. Elle est aussi quelquefois penchée du côté opposé.

Une autre conséquence de l'œdème pérिमastoïdien et de l'infiltration de la nappe celluleuse située entre la face antérieure de l'apophyse et la paroi postérieure du conduit auditif est l'épaississement, la rubéfaction et le refoulement en avant de la paroi postérieure du conduit. Ce dernier signe est désigné en otologie sous le nom de « Chute » de la paroi postérieure du conduit auditif et est très facile à reconnaître au speculum. Quand la lumière du conduit est très rétrécie, elle est réduite à une fente oblique en

bas et en arrière et, à l'examen otoscopique, on ne voit plus qu'une rainure d'où sort la sécrétion purulente. L'obstruction du conduit, sur laquelle tous les classiques insistent, a peu de valeur, au sens de Politzer, pour l'indication de l'ouverture opératoire de la mastoïde. Il est vrai qu'il suffit d'un peu de lymphite du conduit pour en rétrécir le calibre. Mais la transformation de la lumière du conduit en fente linéaire ou en croissant est spéciale aux inflammations mastoïdiennes. Elle nous a servi dans un cas d'indication exclusive d'intervention et Chatellier a également publié un fait où la symptomatologie de la mastoïdite était réduite à la chute de la paroi postéro-supérieure du conduit.

La rougeur est un signe inconstant. Elle a grande valeur quand elle existe, mais son absence n'est pas une garantie contre l'évolution de graves lésions profondes. Elle est réduite quelquefois, au début, à une teinte rosée légère limitée à la partie supérieure du sillon rétro-auriculaire; elle prend un aspect plus foncé et même une coloration vineuse quand le tissu cellulaire est infiltré de pus ou de fongosités. Il ne faut jamais attendre son apparition pour prendre une détermination chirurgicale.

L'œil n'est pas le meilleur agent d'exploration de la région mastoïdienne. Il ne saisit que les grosses lésions. Le doigt est préférable; et c'est l'examen digital qui décèle le mieux les modifications morphologiques de la région. On sait que les téguments sont mobiles sur le squelette; et que l'épaisseur en est assez faible pour laisser percevoir au doigt explorateur les limites de l'apophyse et les reliefs de sa surface. Touchez une apophyse mastoïde et vous constaterez la convexité de la face externe, son bord antérieur mousse qui se perd dans le sillon rétroauriculaire, sa pointe saillante entre le pavillon de l'oreille et le relief musculaire du sterno-cléido-mastoïdien, son bord postérieur moins net sous les attaches des muscles de la nuque. On sent aussi à sa base la crête temporale qui se porte en haut et en arrière et au-dessous d'elle une dépression. Le premier effet d'une inflammation mastoïdienne est l'épaississement, la perte de la mobilité des téguments et l'empatement de toute la région.

Placez-vous derrière le malade, passez la pulpe de vos index et médius droits et gauches sur les régions mastoïdiennes droite

et gauche du malade, et appréciez par comparaison les sensations de cette double exploration simultanée. Les plus légères modifications morphologiques ne peuvent vous échapper. Vous sentirez l'œdème naissant; la surface mastoïdienne sera lisse, vous ne percevrez plus la dépression sous-zygomatique et la crête transversale qui la surmonte. Les contours de l'apophyse se perdront dans une atmosphère œdémateuse.

Avec le doigt, on se rend compte également du degré de sensibilité de l'apophyse. Si l'inflammation est aiguë, la pression est douloureuse sur toute la surface mastoïdienne. Mais dans les cas à marche lente, c'est au niveau de l'antra qu'il faut chercher la douleur, en enfonçant la pulpe du doigt entre la mastoïde et le pavillon de l'oreille. Elle n'existe quelquefois qu'au niveau de la pointe. On a voulu attribuer une importance spéciale aux douleurs de la pointe; et S^t-J. Roosa attache à ce signe une très grande importance. Chez un malade atteint d'otite moyenne purulente, malgré la douleur au toucher de la base de la mastoïde, il écarta l'idée d'un empyème mastoïdien, parce que la pointe de l'apophyse n'était pas douloureuse. Ce sont des différenciations un peu subtiles. L'hyperesthésie de la base de la mastoïde nous a toujours paru annoncer une mastoïdite et un grand nombre d'apophyses sont très douloureuses à leur sommet, au début des otites moyennes aiguës, sans que le malade soit menacé d'endomastoïdite. La congestion du revêtement muqueux des alvéoles apophysaires suffit à déterminer l'hyperesthésie de la pointe. Nous verrons d'ailleurs plus tard que les foyers douloureux sont souvent en rapport avec le siège de la suppuration intramastoïdienne. Nous pouvons même ajouter que les points les plus douloureux des mastoïdites sont quelquefois en dehors de la région mastoïdienne. C'est ainsi que nous avons eu dans notre service un malade dont l'empyème mastoïdien s'accompagnait d'une véritable névralgie auriculo-temporale, avec un point très douloureux devant le tragus.

La percussion, l'auscultation et l'éclairage de l'apophyse mastoïde sont des petits signes de diagnostic, de valeur secondaire et que certains otologistes ont cherché à répandre, sans grand succès.

On dit que la mastoïde est mate dans les cas d'empyème: mais comment saisir cette matité. Wilde recommande la percussion de l'apophyse avec un marteau métallique et prétend avoir tiré bénéfice de ce mode d'exploration.

La mastoïde ne transmet pas les vibrations du diapason quand elle est enflammée et est bonne conductrice du son à l'état normal, d'où utilité de l'auscultation. Okuneff de Saint-Pétersbourg a donné la technique de cette auscultation (5^e congrès international d'otologie, Florence, 23-26 octobre 1895). Il prend un tube de caoutchouc, analogue à celui des otoscopes ordinaires et de dimension restreinte. Il fixe à l'une des extrémités du tube un petit speculum auris en caoutchouc durci et à l'autre une olive. L'olive est introduite dans l'oreille de l'observateur, et le speculum est promené sur les diverses parties de l'apophyse mastoïde. Après avoir établi le contact entre le malade et l'observateur, un diapason vibrant est appliqué sur l'apophyse. Si l'os n'est pas altéré, on perçoit par le tube un son net; et quand l'os est affecté, le son est étouffé dans la région du foyer du pus ou de la carie. Il paraît même que dans les hyperémies aiguës de l'apophyse mastoïde, on observe des modifications étendues dans la transmission du son, tandis que les périostites et les abcès périostiques offrent peu ou pas de modifications. S'il persiste une sensation d'extinction bien circonscrite du son transmis le long de la marge postérieure de l'apophyse mastoïde dans la direction verticale, elle doit être envisagée comme un signe indubitable de thrombose du sinus transverse. Le procédé de Okuneff permet de diagnostiquer les lésions osseuses chez les enfants et les malades comateux.

Le travail de Okuneff a paru in extenso dans Arch. fur Ohrenh., vol. XXXVIII.

Caldwell s'est occupé de la « Transillumination of the mastoïde cells as a means of diagnosis of mastoïditis interna suppurativa. » (New-York médical Journal, 15 juillet 1893, t. II, p. 66). Il introduit dans le conduit une petite lampe électrique munie d'une fenêtre que l'on tourne contre la paroi postérieure. Dès que la lampe est allumée les cellules mastoïdiennes transparaissent de la base de l'apophyse jusqu'à la pointe; s'il y a du pus, la région reste au contraire opaque. Lorsque le conduit auditif est trop

étroit ou trop douloureux, on place la lampe en arrière de l'apophyse, et l'on juge d'après la présence ou l'absence d'un reflet rosé dans l'oreille moyenne et le conduit (d'après Broca et Lubet-Barbon).

Ces trois derniers modes d'exploration doivent être réservés aux cas où l'on soupçonnerait l'infiltration purulente de la mastoïde, malgré l'absence de tout gonflement et de toute rougeur de la région rétroauriculaire, « Ces cas sont même les plus dangereux, car c'est alors que le pus ne se faisant pas jour au dehors à travers la couche corticale trop épaisse, on est parfois brusquement surpris par l'invasion des complications intra-crâniennes les plus graves. » (Broca et Lubet-Barbon, p. 54.)

Nous avons dit que l'examen d'une oreille n'était complet qu'après une exploration de la région mastoïdienne. Mais quand une complication apparaît du côté de la mastoïde, le malade en est d'ordinaire promptement averti par la douleur et les troubles généraux.

La douleur, qui est le symptôme primordial, est aussi un des plus constants. Elle n'a pas toujours la même acuité; mais elle atteint parfois un degré insupportable. « Je ne connais rien de plus douloureux que l'inflammation des cellules mastoïdiennes, » a dit Ladreit de Lacharrière. Elle revêt tous les caractères: ponctive, lancinante ou déchirante; et la comparaison « de chiens rongant la tête » revient souvent dans le récit des malades. Elle part de la cavité de l'oreille ou de l'apophyse et irradie à la nuque, au cou, dans l'épaule et jusque dans le bras. Un de nos malades, après trépanation de la mastoïde et cessation complète de ses douleurs céphaliques, souffrit encore 48 heures de l'épaule et du bras. Il n'est pas rare qu'il y ait des points fixes d'hypesthésie dans l'occiput, le front, ou le vertex. Il semble aux malheureux patients qu'on leur « enfonce un clou » dans ces régions. Nous avons constaté, chez quatre malades, l'existence d'un point douloureux, large comme une pièce de cinquante centimes, à mi-chemin entre l'apophyse mastoïde et la protubérance occipitale externe. Ce point persista après la trépanation de l'apophyse qui avait mis fin aux douleurs rétro et endo-auriculaires. Deux de nos hommes partirent en convalescence en se plaignant encore

de leur point douloureux. Aucun signe extérieur n'existait à son niveau; et la pression y augmentait la souffrance. Nous n'avons pu trouver une explication convenable de ce phénomène.

Fait à remarquer: si la tête est pesante, la céphalalgie proprement dite fait défaut; et les malades intelligents savent établir la différence entre la céphalalgie et les douleurs irradiées de la mastoïdite. Une femme qui souffrait beaucoup reconnaissait qu'elle « n'avait pas mal à la tête, comme au moment de ses époques menstruelles ».

La fièvre n'existe que dans certaines formes de mastoïdites; et ce serait une erreur de croire, ainsi que nous l'avons entendu dire, que les lésions de la mastoïdite sont sans gravité, parce que le malade est apyrétique. On cite des faits où l'on a constaté de véritables fontes purulentes de tout le tissu osseux du centre de l'apophyse mastoïde, sans que les malades aient présenté un mouvement fébrile. C'était la douleur qui les portait à se plaindre. Nous avons été témoin d'un fait semblable qui n'est d'ailleurs pas rare dans la littérature médicale. L'apophyse était transformée en une poche purulente contenant une cuiller à dessert d'un pus épais, consistant, jaune verdâtre, franchement phlegmoneux.

Lorsque la fièvre existe, elle s'accompagne de courbature et d'inappétence, suivant la règle clinique; mais l'affaiblissement du malade et le manque d'appétit s'observent aussi bien dans les mastoïdites apyrétiques; ils sont la conséquence des douleurs continuelles et de l'insomnie prolongée.

A ces symptômes subjectifs peuvent s'ajouter quelques symptômes passagers, tels que vomissements, vertiges, accès convulsifs, nystagmus (Ripp). Certains malades sont agités, nerveux, un peu subdélirants quand ils sommeillent; d'autres sont assoupi, somnolents, maussades. On se trouve en présence d'un tableau clinique qui donne aux mastoïdites une allure d'affection cérébrale.

La pathologie de la région mastoïdienne se divise en deux chapitres d'inégale importance: lésions des parties molles de la région mastoïdienne, et lésions de l'apophyse mastoïde.