

A. — Lésions des parties molles de la région mastoïdienne.

Les parties molles qui recouvrent le squelette mastoïdien forment quatre plans : la peau, une première couche de tissu cellulaire, un feuillet aponévrotique, une deuxième couche de tissu cellulaire et le périoste.

C'est en somme la disposition des parties molles péricraniennes ; et nous allons trouver aux téguments prémastoïdiens des caractères intermédiaires à ceux des téguments crâniens et cervicaux.

La peau est intimement unie à l'aponévrose par de courts tractus fibreux ; et lorsqu'on déplace les parties molles sur l'apophyse mastoïde, la peau reste fixée à l'aponévrose, et l'aponévrose glisse sur le périoste. Autrement dit, la peau et l'aponévrose forment ensemble la couche tégumentaire de la mastoïde et ne présentent aucun intérêt au point de vue pathologique.

Les inflammations superficielles évoluent dans la couche cellulaire profonde qui sépare les deux plans fibreux, aponévrose et périoste. Cette couche peu épaisse, mais formée d'un tissu lâche, est facile à disséquer. Elle se continue en haut avec la couche cellulaire qui sépare l'aponévrose épicroânienne de l'aponévrose temporale et en arrière avec la couche cellulaire sous-aponévrotique épicroânienne. Elle se confond en bas avec les fibres d'insertion du muscle sterno-mastoïdien. En avant, au niveau du sillon rétro-auriculaire, sa disposition mérite d'être précisée ; elle comble l'espace prismatique qui sépare le pavillon de l'oreille de la mastoïde. Le sommet de cet espace correspond à l'insertion du conduit auditif membraneux sur l'arête postérieure du conduit auditif osseux, la base est fermée en dehors par l'aponévrose superficielle qui passe directement du pavillon de l'oreille sur la face antérieure de la mastoïde. Là les travées de la couche cellulaire s'allongent et représentent un large feutrage entre les mailles duquel se trouvent quelques pelotons de tissu adipeux.

Cette disposition devient évidente après une coupe horizontale de la région auriculo-mastoïdienne (fig. 72). Cette couche est toute préparée pour se laisser infiltrer par l'exsudation inflam-

matoire ; et c'est au niveau de sa partie la plus lâche, c'est-à-dire dans le sillon rétro-auriculaire que se manifestent les premiers signes de l'œdème prémastoïdien. C'est elle aussi qui contient le réseau lymphatique et les trois ou quatre ganglions de la région.

Le feuillet périostique qui recouvre l'apophyse mastoïde est épais. Nous l'avons toujours vu, dans nos préparations, s'arrêter sur la face antérieure de la mastoïde, au bord postérieur du conduit auditif osseux. Il paraît prendre attache sur ce bord par un

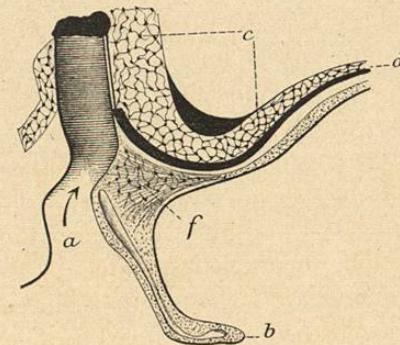


Fig. 72.

Coupe horizontale de l'oreille et de l'apophyse mastoïde.

- a, conduit auditif externe.
 b, pavillon de l'oreille prolongé en dedans par le conduit auditif membraneux qui se termine au tympan ;
 c, apophyse mastoïdien ;
 d, périoste mastoïdien s'arrêtant à l'arête postérieure du conduit auditif osseux ;
 f, couche cellulaire entre l'aponévrose superficielle et le périoste mastoïdien. Elle comble l'espace prismatique qui sépare le pavillon de l'oreille de l'apophyse mastoïde.

bourrelet qui n'a pas moins quelquefois de deux millimètres d'épaisseur. Nous n'avons pas remarqué qu'il se continuât plus profondément sur la face interne du conduit auditif. C'est le prolongement du conduit membraneux qui tapisse jusqu'au tympan le conduit auditif osseux. D'ailleurs, le conduit auditif, et l'apophyse mastoïde sont deux productions embryogéniques différentes qui comportent avec elles leur revêtement périostique.

Les lésions des parties molles périphériques comprennent les adéno-lymphangites et les périostites mastoïdiennes.

1^o *Lymphangites et adénites mastoïdiennes.*

Les lymphangites et les adénites mastoïdiennes ne sont pas des complications immédiates des otites moyennes. Elles sont causées par une excoriation, un abcès ou un furoncle du conduit auditif dont les parois ont été infectées par le pus de l'otorrhée ou les instruments de l'observateur. Les lymphatiques du conduit auditif, aussi bien connus que le sont mal ceux de la caisse, rayonnent autour de l'oreille et se rendent aux ganglions parotidiens, cervicaux et mastoïdiens, en sorte qu'il est rare qu'une lymphangite ou adénite mastoïdienne ne s'accompagne pas d'une adénite préauriculaire ou cervicale.

Les lymphangites mastoïdiennes sont des complications assez rares. Leur histoire clinique a été faite dans une thèse inaugurale inspirée par Broca (Favraud, Paris, 1895).

Nous en avons pourtant observé un certain nombre de cas très nets.

La région mastoïdienne est rouge, tuméfiée et douloureuse comme dans la plupart des complications inflammatoires de la région; mais rougeur, tuméfaction et douleur ont des caractères spéciaux.

Il y a de la rougeur, ce qui est déjà à noter, et la rougeur n'a pas la teinte rose pâle de la rougeur des endomastoïdites. Elle est plutôt érysipélateuse. De plus, elle se diffuse sur le pavillon de l'oreille et n'est pas limitée à la face externe de l'apophyse mastoïde. La diffusion de la rougeur nous a permis une fois d'affirmer l'existence d'une inflammation superficielle de la région et d'écarter le diagnostic de mastoïdite suppurée posé par deux confrères.

La tuméfaction n'est pas non plus limitée à l'apophyse : on ne voit jamais au début une grosseur rétroauriculaire comme dans les abcès symptomatiques d'une lésion osseuse. La tuméfaction est en nappe, passe de l'apophyse sur le pavillon et s'étend quelquefois dans les régions parotidienne et cervicale.

Les douleurs plutôt cuisantes que térébrantes occupent l'oreille et la région mastoïdienne. Elles sont exagérées par la moindre

pression superficielle et la traction du pavillon de l'oreille. Pas n'est besoin d'enfoncer le doigt dans le sillon rétroauriculaire pour faire souffrir le malade. Cependant le malade peut encore dormir, si la cause de la lymphite n'est pas un furoncle ou un abcès profond du conduit auditif.

Un peu de malaise et d'inappétence, à peine une élévation de température d'un degré chez les malades que nous avons observés.

Il faut s'aider, pour le diagnostic, de l'exploration du conduit auditif et des régions périauriculaires. Dans le conduit, on trouve l'excoriation, le furoncle ou l'abcès, causes de l'infiltration des lymphatiques. La paroi postérieure présente une élevation au niveau de laquelle la moindre pression du stylet éveille une vive douleur.

Autour de l'oreille, il est rare qu'il n'y ait pas quelques ganglions lymphatiques engorgés : en avant du tragus où se trouve le premier relai ganglionnaire des lymphatiques, sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et sur la face externe de l'apophyse mastoïde elle-même.

L'évolution de la lymphangite sert aussi d'élément de diagnostic ; l'inflammation dure trois ou quatre jours et la résolution se fait progressivement avec une décroissance simultanée de tous les symptômes. On peut dire qu'une lymphangite mastoïdienne se termine quand une endomastoïdite serait encore dans sa période ascendante.

Il ne faut pas insister longuement sur de semblables complications qui ne présentent aucune gravité et dont le souvenir ne doit venir à l'esprit du chirurgien qu'au cas où leurs caractères sont très accentués. En pathologie auriculaire, il faut toujours penser à l'endo-mastoïdite et n'écarter cette hypothèse que si l'on ne peut faire autrement.

Nous allons donner un exemple de cette complication.

Ch... Louis, âgé de 22 ans, soldat au 115^e régiment d'infanterie, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 30 octobre 1895 ; antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : bronchites à cinq et dix ans; le malade avait remarqué depuis l'âge de quinze ans que l'ouïe du côté gauche disparaissait plus ou moins complètement au milieu du bruit ou quand il se lavait;

mais jamais l'oreille n'avait été le siège d'une douleur ou d'un écoulement.

Le 19 octobre 1894, Ch..., qui était en excellente santé et n'avait même pas un mal de gorge, est réveillé brusquement pendant la nuit par des douleurs périauriculaires. Il n'entendait plus rien de l'oreille gauche; le lendemain, début de l'écoulement qui augmente dans les cinq ou six jours qui suivent; dès ce jour le malade a été traité par des injections boriquées.

Au moment de l'examen (30 octobre), c'est-à-dire un mois environ après l'incorporation :

Montre au contact, Weber négatif, Rinné positif, douleurs assez vives augmentant le soir et sous forme de battements douloureux, bourdonnements et sifflements, étourdissements assez fréquents surtout pendant le moucher.

Pharynx et fosses nasales en bon état.

Quelques petits ganglions le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Mastoïde normale, parois du conduit auditif recouvertes de pus concrété; tympan en partie masqué par un polype qui s'étale sur les 2/3 inférieurs du tympan et qui saigne au moindre contact.

On commence le traitement du polype qui est enlevé à l'anse et plusieurs fois cautérisé à l'acide chromique.

Le vendredi 13 décembre, l'oreille ne coulait plus, le malade entendait mieux et se trouvait soulagé, lorsque dans la nuit du 13 au 14, des douleurs lancinantes dans l'oreille gauche éveillent le malade; nous constatons, le lendemain matin, une inflammation de la région mastoïdienne.

L'apophyse est le siège d'un œdème assez marqué, qui efface le sillon rétroauriculaire et détermine l'abaissement et l'écartement du pavillon de l'oreille.

Un peu d'œdème existe également sur la région parotidienne et dans la gouttière rétro-maxillaire.

Le conduit auditif est presque réduit à une fente verticale.

Douleurs profondes de l'oreille et autour du méat, élancements localisés, pas de douleurs irradiées, pas de douleur à la pression de la mastoïde, la douleur à la pression n'existe qu'au milieu de la région parotidienne, pas d'écoulement.

Un peu de sommeil, appétit légèrement diminué, pas de céphalalgie, T. 37°8 à 8 heures du matin.

Lavages chauds de sub. 1/2000, cataplasmes antiseptiques, T. 38°2 le soir.

17 décembre, sommeil intermittent, douleurs et élancements moindres. Œdème parotidien diminué, mais œdème mastoïdien persistant et

peut-être plus marqué que la veille; rougeur du sillon rétro-auriculaire et du pavillon, un peu de rougeur sur la paroi postérieure du conduit, laquelle est très saillante et obstrue la lumière; pas de douleur à la pression.

Écoulement léger pendant la nuit et un peu de sang sur le pansement, même traitement.

18 décembre, plus de douleurs spontanées, bonne nuit, appétit excellent, œdème moindre de la mastoïde bien que le doigt forme encore un godet surtout au niveau de l'anse; conduit auditif plus large: on aperçoit sur la paroi postéro-inférieure une petite élévation conique rouge qui ressemble à une pointe d'abcès; mêmes cataplasmes.

19 décembre, très faibles douleurs, disparition de l'œdème, les saillies et les dépressions de la mastoïde sont devenues appréciables, conduit auditif plus large, plus de rougeur: on aperçoit plus facilement, dans le conduit, la saillie de l'abcès; même traitement.

20 décembre, ni gonflement, ni douleur; le conduit auditif s'est élargi et on voit le pus sortir de la perforation de l'abcès.

22 décembre, le fond du conduit auditif est très rouge et épais.

12 janvier, plus d'écoulements, plus de douleurs, membrane du tympan encore très rouge.

2 février, date de sortie: le tympan est très rouge et la perforation cicatrisée; on reconnaît le manche du marteau à une bande rouge plus foncée.

Les adénites mastoïdiennes sont moins rares que les lymphangites. La moindre fissure du conduit auditif pendant la période d'écoulement d'une otite moyenne peut les faire naître. Il y a, dans le triangle mastoïdien, trois ou quatre ganglions susceptibles de s'engorger. Ils siègent de préférence au niveau de la base et du bord postérieur de l'apophyse. Dès qu'ils s'hypertrophient, ils deviennent très apparents. On les sent rouler sous le doigt comme de petits disques lenticulaires; plus tard, si l'inflammation ne cède pas, ils perdent leur mobilité; la peau tendue sur eux y semble adhérente et une pression même légère détermine de la douleur.

La périadénite peut prendre les caractères d'un phlegmon.

A la séance de la société parisienne d'otologie du 4^{er} avril 1892, Chatellier a fait la communication suivante: « La tuméfaction mastoïdienne est loin d'être un symptôme forcé d'inflammation mastoïdienne. Elle peut être causée par un adéno-phlegmon