

« prémastoïdien, car il y a au-devant de l'apophyse mastoïde un « ganglion constant. Il peut s'enflammer : dans ce cas, l'incision « de Wilde donne un résultat excellent. J'ai vu deux cas d'adéno- « phlegmon tout dernièrement. »

Si nous nous en rapportons à la thèse du D^r Gervais (Paris, 1879), Hagen et Tillaud auraient observé des abcès lymphangitiques prémastoïdiens à la suite de furoncles de la paroi postérieure du conduit auditif.

Favreau cite aussi quelques cas tirés de la pratique de Broca, de Lubet-Barbon et de Luc.

Les adénites ne peuvent donner lieu à méprise que s'il existe un adéno-phlegmon dont l'atmosphère inflammatoire s'est diffusée sur toute la région. Le début de l'affection par une petite tumeur sous-cutanée mobile devient alors le meilleur critérium et quand la période de suppuration est survenue et qu'une nappe purulente recouvre l'apophyse, nous ne voyons guère le moyen de faire le diagnostic qu'en incisant les téguments et en examinant le périoste. Il est évident que l'intégrité du périoste est une preuve de l'origine superficielle de l'inflammation, car si le tissu osseux était en cause, la surface externe de l'apophyse mastoïde serait dénudée, raboteuse et peut-être fistuleuse.

2° Périostite mastoïdienne.

La périostite mastoïdienne n'a pas été comprise de la même façon par tous les auteurs.

Schwartzé considère que la périostite mastoïdienne consécutive à l'otite moyenne purulente est très fréquente. L'inflammation se propage en dehors par les canaux vasculaires de la couche corticale, peut-être aussi par les fissures osseuses congénitales (résidus de la fissure mastoïdo-squameuse). Elle débute vers la fin de la troisième semaine de l'otite moyenne aiguë, parfois encore plus tard; et Schwartzé reconnaît à cette inflammation des symptômes qui la rapprochent beaucoup d'une endomastoïdite.

Pour Politzer, au contraire, la périostite sans ostéite mastoïdienne est très rare; et quand il a cru l'observer, un doute lui est resté sur le siège périostique de l'inflammation. Le tissu cel-

lulaire pouvait aussi bien être en cause que le périoste lui-même. On retrouve la même opinion dans Broca et Lubet-Barbon pour lesquels les périostites de quelques cliniciens ne sont que des lymphangites rétroauriculaires.

Hartmann ne fait que mentionner la périostite mastoïdienne : il la rattache à une inflammation de l'oreille externe, et lui donne comme origine un obstacle à l'issue au dehors de la sécrétion purulente.

Duplay a donné en 1875 une magistrale description de la périostite mastoïdienne (Arch. génér. de méd.) et s'est efforcé de marquer les caractères différentiels de cette périostite et de l'endomastoïdite. Quant à la pathogénie, Duplay rattache la périostite mastoïdienne à la périostite totale du temporal et place le point de départ de l'affection entre l'os et la fibro-muqueuse de la caisse. Il faut que le pus de l'otite ulcère le périoste de l'oreille moyenne, le décolle de l'os et s'infiltré autour du conduit auditif membraneux pour venir s'étaler sur la face antéro-externe de la mastoïde. En sorte que « la maladie, loin de siéger dans l'épais- « seur de l'apophyse mastoïde, occupe la surface extérieure du « temporal et consiste dans une périostite phlegmoneuse de cet os « qui tantôt reste limitée à la surface de la mastoïde, et tantôt « envahit une partie plus ou moins étendue de la totalité de « l'écaïlle du temporal » (Duplay). Le travail de Duplay eut un grand retentissement; et pendant longtemps la périostite tint le premier rang parmi les complications auriculaires de la région mastoïdienne; on oublia la description et la théorie de l'auteur, et toute inflammation rétroauriculaire devint une périostite. La périostite avait ses abcès qui descendaient dans le cou ou s'étendaient sur la fosse temporale. On alla jusqu'à dire que la fistule osseuse était consécutive à la périostite. Le traitement était si simple! Il suffisait de faire un débridement des téguments et du périoste pour amener une guérison radicale. L'incision de Wilde, puisqu'on l'appelle ainsi, fut pratiquée sans mesure; et le mémoire de Duplay, qui avait eu pour objet de combattre l'abus de la trépanation de l'apophyse mastoïde, fit prendre l'incision de Wilde en trop grande considération.

Une communication de Politzer vint diminuer l'importance du

rôle de la périostite. L'otologiste viennois démontra pièces en main que toute suppuration sous-périostée coïncidait avec une suppuration profonde de la mastoïde et devait en être la conséquence. Chaque fois que le pus était collecté sous le périoste, on pouvait être certain que les cavités mastoïdiennes en contenaient également.

L'assertion de Politzer n'est pas tout à fait exacte. On ne peut établir une équation entre la présence d'un abcès sous-périosté et l'existence d'un abcès profond. Mais elle peut être acceptée comme règle générale.

C'était le moment où l'otologie entrait dans le domaine chirurgical; et la périostite mastoïdienne dut s'effacer devant l'endomastoïdite à laquelle Politzer attribuait le premier rôle dans le développement des inflammations de la région apophysaire. On vit s'établir subitement un courant d'opinions défavorables à la périostite; et aujourd'hui bien peu de chirurgiens otologistes oseraient porter ce diagnostic et recourir au seul débridement des parties molles pour traiter une inflammation rétro-auriculaire.

Broca, qui a mis récemment au point nos connaissances sur les suppurations de l'apophyse mastoïde, pense que la périostite mastoïdienne est fort rare, puisqu'il n'en a recueilli qu'un seul cas sur 133 (avec 128 malades). Il ne voit d'ailleurs dans la périostite mastoïdienne qu'un effet de l'otite moyenne périostique, ainsi que Duplay l'a enseigné. « Le malade de Broca, âgé de 7 ans et demi, « avait une otorrhée fétide datant de deux à trois ans. Cinq semaines avant l'entrée à l'hôpital, la région mastoïdienne avait « commencé à gonfler et l'enfant fut présenté porteur d'une fistule consécutive à une incision récente. Le stylet introduit par « le conduit arrivait sur la paroi osseuse dénudée par la fistule, « il rencontrait en avant l'os dénudé : or l'incision franche et « typique prouva que l'apophyse mastoïde, en retrait sur l'écaille, « était dure, éburnée, non dénudée; que la poche sous-périostique s'étendait vers la fosse temporale et vers le conduit. En « suivant le stylet, on fut mené directement dans la caisse (Broca « et Lubet-Barbon, p. 22).

Nous ne sommes pas à même d'apporter beaucoup d'éléments dans la discussion encore pendante sur la périostite mastoïdienne.

Mais nous ne pouvons pas ne pas tenir compte de certaines remarques.

Il y a un fait prédominant dans cette question : c'est la guérison par l'incision de Wilde d'un certain nombre de malades atteints des signes d'un phlegmon rétroauriculaire. Tous les praticiens ont des observations à citer : le nombre des cas publiés est considérable. Nous les laisserons de côté, pour ne prendre que les nôtres.

Nous pouvons citer six observations recueillies dans notre service :

1° Otite moyenne récidivante : poussée inflammatoire le 13 mars ; phlegmon le 19, incision le 23 mars, plus de douleur, diminution progressive de l'écoulement, sortie de l'hôpital le 17 avril.

2° Otite moyenne aiguë (influenza) le 28 mai ; le 1^{er} juillet, l'oreille ne coulant plus et la perforation antérieure du tympan étant ponctiforme, un phlegmon rétroauriculaire se déclare ; incision le 5, suppression de toute douleur ; sortie le 1^{er} août, tout écoulement ayant cessé depuis 15 jours.

3° Otite moyenne aiguë, suite d'angine. Début le 11 février, écoulement presque insignifiant le 21 février, phlegmon le 24, incision le 27, guérison le 8 mars, sortie le 26 mars.

4° Otite moyenne récidivante, début le 1^{er} octobre ; le 23 novembre l'écoulement étant presque tari, phlegmon avec douleurs vives, incision, soulagement immédiat, écoulement léger postopératoire se prolongeant jusqu'au 15 décembre ; sortie le 25 décembre.

5° Otite moyenne aiguë, début le 21 février ; le 18 mars, phlegmon, incision le 23 mars, arrêt de l'écoulement le 1^{er} avril, sortie le 15 avril.

6° Otite moyenne aiguë (influenza), début de l'otite le 8 mars, phlegmon le 15 avril, sortie de l'hôpital le 1^{er} juin sans écoulement.

Qu'on ne nous dise pas que ces malades ont été ultérieurement repris d'une inflammation endomastoïdienne et que l'incision de Wilde n'a paré qu'à des accidents superficiels en laissant dans la profondeur des lésions latentes. Nous répondrons que ces malades faisaient partie de la garnison militaire de Paris et qu'ils eussent été envoyés dans notre service si leur guérison ne s'était pas maintenue.

Nous pouvons ajouter à ces faits celui d'Augieras, publié récemment en vue spéciale de réhabiliter l'incision de Wilde.

Il s'agit d'un homme de 29 ans ayant eu une otorrhée double à l'âge de 7 ans. A la suite d'une angine légère, l'otite moyenne gauche se réchauffe et se complique de douleurs dans l'oreille, la nuque et la région mastoïdienne qui devient rouge, empâtée et très douloureuse au contact. Il existe de la rougeur, du gonflement et de la douleur à la pression en avant du tragus; la muqueuse du conduit est très tuméfiée. Sur la face postérieure, elle forme une saillie dépressible qui empêche de voir le tympan. Augieras diagnostiqua un abcès sous-périostique de la région mastoïdienne et fit une incision verticale jusqu'à l'os à 1/2 centimètre en arrière de l'attache du pavillon, après avoir prévenu le malade que cette opération ne serait peut-être pas suffisante. Le pus s'écoula et on constata que le fond de la cavité était formé par l'os dénudé, mais sans fistule, ni point ramolli. La douleur et la tuméfaction diminuèrent rapidement; au bout de quinze jours, la plaie mastoïdienne se ferma et le malade reprenait son travail. Revu un mois après, il n'avait plus qu'une légère otorrhée qu'il ne se souciait pas de traiter.

Si le vieil adage « *Curationes naturam morborum ostendunt* » n'a rien perdu de sa valeur, comment ne pas admettre, chez les malades précédents, une inflammation superficielle puisque la guérison reste définitive après l'incision des parties molles. Si on nous objecte qu'ils auraient pu guérir sans aucune intervention chirurgicale, nous répondrons de notre côté que la lésion superficielle ne pouvait pas être symptomatique d'une grave lésion profonde puisque la réparation de celle-ci s'est faite spontanément.

Broca prétend que ces cas de guérison ne se rapportent qu'à des lymphangites. Nous connaissons la lymphangite avec excoriation ou furoncle d'un côté et adénite de l'autre; mais les malades que nous avons traités n'étaient pas atteints de lymphangites. Ils présentaient les signes locaux et généraux des phlegmons.

Les symptômes de leur affection consistaient en un gonflement toujours très étendu qui dépassait les limites de la région mastoïdienne, rétrécissait le conduit auditif, et déjetait le pavillon en dehors. La rougeur de la peau apparaissait dès les premiers jours de l'affection. Les douleurs qui étaient continues n'avaient jamais

le caractère violent et insupportable des endomastoïdites suraiguës. La fièvre oscillait autour de 38°.

Tous ces symptômes sont notés par Duplay qui insiste sur quelques détails particuliers. Le gonflement des périostites mastoïdiennes est diffus et comble le sillon qui existe entre la conque et l'apophyse mastoïde. La tuméfaction offre plutôt les caractères de l'empâtement phlegmoneux que ceux de l'œdème proprement dit qui appartient à l'inflammation des cellules mastoïdiennes. La douleur à la pression est bien plus marquée et plus superficielle dans la périostite simple que dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes. En un mot, on sent, quand on a l'habitude de l'observation des maladies de l'oreille, que l'affection n'est pas profonde, mais superficielle.

Qu'eût été la marche de la complication, chez nos malades, si elle avait été abandonnée à elle-même, nous n'en savons rien, attendu que nous avons fait un large débridement le 3^e, 4^e ou 5^e jour au plus tard; et que nos malades se sont trouvés guéris.

Beaucoup d'auteurs parlent d'abcès, ainsi que nous l'avons dit; mais la confusion si fréquente des inflammations superficielles et profondes impose la plus grande réserve dans le groupement des faits.

Maintenant nous ferons remarquer que nous appelons cette complication périostite mastoïdienne, parce que tel est le terme admis en otologie.

Mais l'opinion de Duplay ne nous semble pas acceptable sans discussion. Nous nous sommes déjà expliqué sur les inflammations de la partie profonde de la fibro-muqueuse de la caisse qui partiraient de l'oreille moyenne et s'étaleraient sur l'écaïlle du temporal et sur la mastoïde en suivant la couche sous-périostée du temporal (page 240). Nous avons préféré attribuer à une lymphangite plutôt qu'à une périostite les accidents phlegmoneux périauriculaires. D'un autre côté nous venons de voir que le périoste qui recouvre l'apophyse mastoïde ne se continue pas avec la fibro-muqueuse de la caisse. Il se réfléchit sur la face antérieure de l'apophyse, après avoir revêtu sa face externe et s'arrête sur le bord postérieur du conduit osseux. Il ne se prolonge pas dans la profondeur de ce conduit qui est tapissé dans

sa portion osseuse par les éléments dermo-épidermiques du conduit auditif.

La périostite mastoïdienne n'est donc pas une extension de l'inflammation de la caisse au périoste mastoïdien par la voie du conduit auditif. Mais s'il faut faire une hypothèse, nous dirons que la périostite est une affection paraosseuse qui a sa source dans une infection de la muqueuse endo-mastoïdienne. C'est de cette muqueuse qu'émergent les germes septiques. Ceux-ci traversent les canaux de Havers et vont se cantonner dans le périoste et dans les parties molles pour y former une colonie qui évolue pour son propre compte et avec une activité supérieure à celle des agents infectieux inclus dans la muqueuse endomastoïdienne.

Le foyer secondaire domine par sa symptomatologie les phénomènes de l'infection primitive.

Nous sommes prêt à reconnaître qu'il n'y a pas, au point de vue anatomique, de périostite sans endomastoïdite ; mais cliniquement l'endomastoïdite peut s'éteindre pendant que la périostite évolue. En faisant des trépanations hâtives de l'apophyse mastoïde, nous avons remarqué une infiltration et un épaissement notable des téguments et du périoste, alors que le tissu osseux de la mastoïde n'était que congestionné, avec des cloisons friables et des alvéoles comblés par une muqueuse turgescente.

Rien dans cet état anatomique ne s'opposait à un retour à l'état normal ; et on pouvait se demander si une large incision des parties molles n'aurait pas suffi dans ces cas à assurer la guérison. Il est avéré que le débridement des tissus et la diminution de leur tension entravent la pullulation des germes, et on ne peut dire jusqu'à quel point la désinfection du foyer infectieux superficiel n'a pas d'effet sur la vitalité des éléments septiques profonds.

B. — Lésions de l'apophyse mastoïde ou endomastoïdites.

L'apophyse mastoïde est un massif osseux qui entoure le recessus antral de l'oreille moyenne. Réduite chez le nouveau-né à un petit disque lenticulaire, elle augmente de dimensions avec l'âge et prend chez l'adulte la forme d'une pyramide à base supérieure.

C'est dans l'angle antéro-supérieur de cette pyramide que se trouve la cavité antrale.

On connaît depuis longtemps les nombreuses variétés de structure anatomique de l'apophyse mastoïde. Tantôt le tissu osseux péri-antral est très dur, scléreux ou éburné, de même apparence que le tissu diaphysaire des os longs ; tantôt il a l'aspect diploïque et l'apophyse est constituée par des alvéoles comparables à ceux des épiphyses ; tantôt la pyramide est creusée de grandes cavités semblables aux sinus de l'ethmoïde et du frontal. Il est inutile de chercher à déterminer la fréquence relative de ces divers types anatomiques ; mais il faut savoir que la fibro-muqueuse envoie des prolongements dans toutes les lacunes apophysaires, et que les lésions de la mastoïde sont la conséquence de cette inclusion de la fibro-muqueuse auriculaire dans le tissu osseux mastoïdien. La muqueuse de l'oreille moyenne en s'invaginant dans l'antre et en s'étendant dans les cavités apophysaires fournit aux germes septiques une voie de pénétration dans l'intérieur de l'apophyse mastoïde ; et comme l'épaisseur de cette muqueuse n'est pas grande, le tissu osseux qu'elle tapisse est promptement envahi, et l'ostéomyélite s'installe avec des formes suraiguës, aiguës ou chroniques.

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES DES MASTOÏDITES

Politzer a déclaré qu'il avait trouvé du pus dans les cellules mastoïdiennes de tous les malades morts dans le cours d'une otite moyenne « bien qu'on n'eût constaté pendant la vie aucune trace d'inflammation à l'apophyse, ni douleurs spontanées, ni « sensibilité à la pression. Cela se conçoit aisément, dit-il, si l'on « réfléchit que chaque fois qu'une suppuration a lieu dans la « caisse, la pesanteur fait pénétrer le pus dans l'apophyse pendant le décubitus du malade. » (Politzer, Ann. des Or., 1892).

Cette assertion de Politzer semble faire croire que toutes les otites moyennes purulentes donnent lieu à une sécrétion purulente de la fibro-muqueuse incluse dans l'apophyse mastoïde. L'hypothèse n'est pas acceptable, même au point de vue anatomo-