

« sinus latéral et à une lepto-méningite suppurée mortelle. »
(D'après Luc.)

Nous sommes obligé d'ajouter à ces faits un cas aussi malheureux observé dans notre service.

D. H., soldat au 105^e régiment d'infanterie, entré au Val-de-Grâce le 13 février 1897. Mère morte probablement d'une affection cardiaque; père sujet aux bronchites, lui-même toussait souvent.

Il est envoyé à l'hôpital le 13 février pour une pleuro-pneumonie et est pris pendant son traitement de douleurs vives dans l'oreille gauche et d'un gonflement rétroauriculaire pour lesquels le médecin traitant fait une petite incision de deux centimètres en arrière du pavillon de l'oreille.

La pleuro-pneumonie étant guérie, et la complication auriculaire ne se calmant pas, D... est évacué sur notre service, le 16 mars. Au premier coup d'œil, on est frappé de l'inégalité pupillaire, la pupille gauche est plus grande que la droite; on remarque dans la région mastoïdienne et en arrière du bord postérieur du maxillaire inférieur une saillie de la grosseur d'une orange: le point le plus saillant se trouve au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Les bords sont diffus, quoique le supérieur s'arrête en haut du niveau de la pointe de l'apophyse qui semble pénétrer dans la tuméfaction. Le bord antérieur s'étend sur la région massétérine et il y a un peu d'empatement à la palpation en bas dans le sillon carotidien.

Partout la peau a gardé son aspect normal et même sa mobilité, sauf au niveau de l'apophyse mastoïde.

Spontanément le malade accuse des douleurs dans toute la tête, mais plus fortes dans la région sus-orbitaire et la moitié gauche du crâne. Dans l'oreille, la douleur est comparée à des coups de marteau.

La région cervicale est très douloureuse et le malade éprouve une très grande difficulté à tourner la tête. Lorsqu'on explore la région pariétale en avant du conduit, et au niveau de la base de l'apophyse mastoïde, on note une sensibilité marquée. Mais le maximum de la douleur est à la pointe de l'apophyse mastoïde, dans le sillon rétro-maxillaire et tout le long du sterno-mastoïdien. La région sus-claviculaire présente plusieurs ganglions indurés de la grosseur d'un pois.

Examen otoscopique. — Dans la moitié postérieure et inférieure du tympan, on note une perforation d'un diamètre amplement suffisant pour admettre la tête d'un stylet boutonné. Le reste du tympan est uniformément rouge; le conduit auditif externe est rouge dans sa partie profonde.

Opération. — Incision des téguments et du sterno-mastoïdien, près de son bord antérieur, au milieu de la tuméfaction.

Après avoir traversé le sterno-mastoïdien, on trouve un abcès contenant 30 à 40 gr. de pus phlegmoneux. Le doigt introduit dans la profondeur glisse vers le bord postérieur du maxillaire, mais ne touche pas la pointe de l'apophyse mastoïde.

L'incision est prolongée en haut dans le sillon rétroauriculaire, vers l'apophyse mastoïde; le périoste de l'apophyse est légèrement épaissi, la pointe est injectée et rugueuse; on gouge l'apophyse. La corticale n'a pas plus d'un millimètre d'épaisseur; et au-dessous d'elle, l'intérieur de l'apophyse est représenté par des alvéoles agrandies, séparées par des travées ramollies et remplies de fongosités grisâtres; la curette y pénètre aisément. La sonde introduite dans le trou de la trépanation se dirige vers la partie antérieure de la pointe de la mastoïde. Il est très facile d'enlever à la pince coupante la table externe de la mastoïde; et quand celle-ci est détruite, on voit du côté de la rainure digastrique la petite fistule par laquelle l'infection s'est propagée dans le cou; on la nettoie à la curette. L'apophyse est résistante du côté du crâne et nous remarquons que nous ne pouvons pénétrer dans l'antre; notre curette en est séparée par un tissu osseux d'apparence compacte que nous laissons subsister; le liquide des injections faites dans le conduit ou dans la plaie mastoïdienne reflue sans pouvoir traverser l'antre.

17 mars, vomissements après l'opération; mais nuit assez bonne: le malade ne souffre plus ni du cou, ni de l'oreille, céphalée, douleurs à la pression au niveau de la fosse temporale.

19 mars, douleurs dans l'oreille, avec sensations de coups de marteau, sommeil convenable.

21 mars, plaie granuleuse, la pression sur la partie inférieure de la plaie fait sortir quelques gouttes de pus crémeux et bien lié. Etat général bon, appétit, gaieté.

25 mars, excellent aspect de la plaie, plus de sécrétion purulente, plus d'otorrhée.

30 mars, la plaie est très rétrécie, la situation est parfaite du côté du cou, *mais l'otorrhée revient.*

31 mars, hier soir, 38°3; rien autre chose à noter: ce matin 37°.

3 avril, état général des plus satisfaisants, mais le malade se plaint de battements persistants dans l'oreille; aspect de la plaie convenable.

6 avril, hier soir le malade a présenté une crise convulsive pour laquelle le médecin de garde a été mandé. Celui-ci nous a remis la note suivante: « J'ai été appelé vers 6 h. 1/2 du soir auprès du n° 40 de la salle 13 et j'ai constaté ce qui suit: cet homme, maintenu par deux infirmiers, était agité de secousses convulsives violentes; ces secousses,

généralisées à tout le corps, étaient brusques, se succédaient par deux ou par trois, cessaient un instant pour reprendre ensuite. Dans l'intervalle le malade était couché en chien de fusil, la face appliquée contre l'oreiller; il n'avait pas perdu entièrement connaissance, mais il restait muet, et les yeux fermés; il finissait cependant par répondre, et se plaignait, sans sortir de sa somnolence, d'une violente céphalée frontale. La pression sur les globes oculaires était douloureuse et déterminait un mouvement brusque de défense. Pas d'inégalité pupillaire; pupilles dilatées ne réagissant pas à la lumière. Température 37°9. Pulsations 100. La crise ne paraît pas avoir duré bien longtemps. L'application de glace semble avoir calmé le malade; à huit heures et demie le pouls était de 72 et le malade répondait mieux aux questions posées; cependant quelques secousses, mais plus rares.

A 10 h. 1/2, le malade semblait reposer, mais nous avons encore constaté quelques secousses généralisées, très rapides et peu fréquentes. » (Médecin stagiaire Brisard).

Le matin du 6 avril, douleurs frontales et occipitales continues avec irradiations pariétales intermittentes. Obnubilation, cris plaintifs, 32 R., P. 88.

A l'examen ophtalmoscopique, le diamètre des artères est à celui des veines :: 2 : 3. Écoulement verdâtre abondant, tuméfaction des parois du conduit auditif.

Diagnostic. — *Poussée inflammatoire du côté des méninges, sans qu'il soit possible d'en fixer l'étendue.*

Traitement. — Ouvrir l'antre et la fosse cérébrale moyenne pour y établir la plus large désinfection possible.

Opération. — Incision des tissus rétroauriculaires à travers la cicatrice. Antrotomie comme si la mastoïde n'avait pas déjà été ouverte; l'angle antéro-supérieur présente une surface irrégulière; le périoste y est épaissi; les couches osseuses sont rouges et poreuses.

A un centimètre au-dessous de la couche corticale commencent à apparaître des fongosités jaunâtres; la curette mord dans le tissu avec la plus grande facilité; arrivé à l'antre, nous y introduisons une sonde cannelée; mais celle-ci s'enfonce obliquement en avant et en dedans à une profondeur qui nous fait supposer que nous entrons dans la cavité crânienne.

Abrasion de la crête temporale, d'une partie de l'écaïlle et du toit de l'antre; dure-mère sans battements; deux ponctions dans la substance cérébrale. On lave et on essuie la dure-mère à la gaze iodoformée, on désinfecte les cavités osseuses; deux points de suture à l'angle supérieur de la plaie.

7 avril, vomissements toute la nuit, céphalée, obnubilation, puls. 100, resp. 20.

8 avril, nausées continues, vomissements rares, obnubilation plus marquée; ne répond pas aux questions posées, plaintes continues, puls. 90, resp. 20, hier soir, T. 38°2, ce matin, T. 37°5.

Pas de rigidité des membres, la sensibilité paraît diminuée mais non abolie; au moment où le malade est apporté sur la table à pansements, l'obnubilation disparaît; il veut absolument rester assis pendant le pansement, syncope, deux vomissements pendant le pansement.

L'état de la plaie est satisfaisant.

9 avril, hier soir, T. 38.1, plus de nausées depuis hier; ce matin, T. 37.5, plus d'obnubilation.

10 avril, le malade a présenté une crise analogue à la précédente, de courte durée (6 à 10 minutes). La température était de 37°8; vomissements, à 8 h. ce matin, douleurs frontales et occipitales; photophobie; le malade répond péniblement aux questions posées, pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie, pas de contractures.

A 9 h. le malade se plaint davantage de la tête; il se met lui-même de l'eau sur le front, il veut arracher son pansement. La piqure superficielle d'une épingle, pour l'exploration de la sensibilité, est le point de départ d'une crise de mouvements désordonnés, cris plaintifs, délire léger.

Pansement. — L'état de la plaie est bon; écoulement abondant par l'oreille de pus verdâtre et épais.

12 avril, hier soir, T. 39.8; ce matin T. 39.6, P. 80. Les vomissements continuent, le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Il retire la main quand on veut compter les pulsations radiales, cris plaintifs.

13 avril, même état, hier soir, T. 39.8; ce matin, 39.4, P. 80 régulier.

14 avril, le même état se continue; à noter en plus l'irrégularité du pouls; hier, T. 39.6, ce matin, 39.5, P. 80.

15 avril, le malade a succombé hier soir vers 11 h. 1/2.

Autopsie. — Les vaisseaux de la dure-mère sont gorgés de sang. Quelques adhérences au sommet de la dure-mère entraînant des fragments de pie-mère; vaisseaux pie-mériens congestionnés et entourés de petites traînées jaunâtres; sinus sains; magma purulent entourant la base du crâne et englobant les divers éléments de cette base. *La nappe purulente se prolonge dans le canal médullaire et descend jusqu'à l'extrémité inférieure de la moelle.*

Du côté des os, en dehors de la perte de substance produite par la résection thérapeutique, le plafond de la caisse présente un trou

d'une demi-lentille, il est nécrosé. La caisse est pleine de pus, le marteau et l'enclume sont rugueux.

La mastoïde est à moitié abrasée et réduite à ses portions postérieure et interne.

On voit par ces exemples, que la mastoïdite de Bezold est une affection grave. Elle expose à des complications cérébrales mortelles ; et récemment encore (1896), le Dr Tissot (de Chambéry) a publié dans le numéro du mois de mai du *Dauphiné médical*, un cas de mort à la suite d'accidents méningitiques. Luc (1) a vu succomber une femme de cinquante-sept ans à une lésion endocrânienne que l'autopsie n'a pas pu déterminer, mais qui a présenté les symptômes cliniques d'un abcès cérébral.

Les accidents cervicaux ne sont pas toujours non plus faciles à enrayer. Un autre malade de Luc, qui était diabétique, a succombé en quelques jours à une septicémie gangréneuse ; et Bezold prétend que la mort peut survenir par épuisement ou par lésions de la colonne vertébrale, par œdème de la glotte ou irruption du pus dans la cavité thoracique. Il cite le cas d'un malade qui, après avoir présenté le tableau ci-dessus décrit, est allé mourir dans son pays. D'après le rapport du médecin traitant, il eut de la parésie des membres supérieurs, du torticolis de la dysphagie et finalement une double congestion pulmonaire. — L'affection reste encore grave dans sa forme la plus bénigne, parce que l'abcès est profond et toujours susceptible d'une fusée purulente vers le cou ou le thorax. Elle est longue à guérir. Il faut trois ou quatre mois de traitement. Telle l'observation suivante où la tuméfaction cervicale est survenue le 21^e jour de l'otite moyenne purulente aiguë. La pointe de l'apophyse mastoïde présentait deux fistules antéro-externe et interne.

Le début de l'otite avait été brusque, sans prodromes, sans angine, sans coryza, ni bronchite. A la suite d'une grande marche, un jour où il faisait grand vent, P... ressentit une douleur vive dans l'oreille droite. La perforation du tympan eut lieu le huitième jour, calmant les douleurs violentes éprouvées jour et nuit. Vingt et un jours après le commencement de l'otite dont tous les phénomènes s'étaient amendés,

(1) Archives Intern. de Laryng., 1896, p. 414.

et dont l'écoulement était réduit à un suintement séreux, apparition de la complication mastoïdienne. Douleurs apophysaires spontanées, sans irradiations, sans fièvre, sans courbature. OEdème s'étendant sur la face externe de la mastoïde, à l'extrémité inférieure du sillon rétro-auriculaire qui est comblé sous le lobule ; à la paroi postérieure du conduit auditif dont la lumière est rétrécie ; mais surtout descendant au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde, et s'étalant dans la région sterno-mastoïdienne jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. Le sterno-mastoïdien est soulevé par une tumeur de la grosseur d'un œuf qui fait disparaître la gouttière rétro-maxillaire et le méplat situé entre le sterno et le trapèze. La peau, chaude et mobile au niveau du gonflement, a une rougeur lymphangitique : le tissu cellulaire empâté laisse les limites de la tumeur indécises. On se rend compte seulement, par les alternatives de relâchement et de contraction du muscle, qu'elle siège sous le sterno-mastoïdien. Rénitence sans fluctuation, douleurs assez vives à la pression de la région cervicale et de la pointe de l'apophyse mastoïde.

Au moment de l'opération qui eut lieu 20 jours après le début de la mastoïdite, la tuméfaction soulève les régions mastoïdienne et sterno-mastoïdienne supérieure. Elle commence en haut à la ligne temporale et descend un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire s'avancant en avant jusque sur la région massétérine et se perdant en arrière sous le trapèze. Quand on saisit l'apophyse mastoïde entre les doigts transversalement, elle paraît doublée de volume et d'une dureté ligneuse. Au-dessous, fluctuation manifeste ; teinte violacée des téguments.

Aucune douleur, ni spontanée, ni à la pression, à tel point que le malade à qui je propose l'opération refuse tout d'abord son consentement. L'écoulement auriculaire a cessé, cicatrisation du tympan, montre à 0^m70.

Opération. — Incision de huit centimètres de longueur, commençant à la ligne temporale et divisant verticalement le muscle sterno-mastoïdien. Du pus épais, phlegmoneux s'écoule en petite quantité de l'extrémité inférieure de la plaie. Les deux lèvres de l'incision sont fortement écartées et l'apophyse mise à nu avec la rugine. Le périoste mastoïdien épaissi et enflammé se détache avec grande facilité.

Sur le bord antérieur de l'apophyse, et à 1 centimètre au-dessus de sa pointe, on voit un petit polype grisâtre qui masque une fistule osseuse grande comme une tête d'épingle. Cette fistule communique avec une cavité résultant d'un évidement à peu près complet de la pointe de l'apophyse ; et quand la fistule est élargie la curette ramène un magma purulent épais de la grosseur d'une olive.

Un deuxième trajet fistuleux situé sur la paroi interne de la pointe

de l'apophyse permet au stylet de s'engager le long du ventre postérieur du digastrique.

Nous avons avec soin nettoyé la cavité mastoïdienne, abrasé sa table externe, enlevé un petit point carié de la table interne, et gratté le trajet digastrique. La nappe celluleuse sous-jacente au sterno-mastoïdien fut aussi curettée et brossée avec une gaze antiseptique. Deux mèches de gaze naphtolée y furent fixées et la plaie suturée à ses deux extrémités resta ouverte au milieu pour donner passage aux mèches de gaze. La réparation se fit sans encombre, mais le malade ne put sortir que 70 jours après.

On trouve dans la littérature un certain nombre d'observations où des otorrhées se sont compliquées de phlegmons cervicaux avec fusée purulente le long de la gaine des vaisseaux et jusque dans la cavité thoracique. Mais il n'est pas prouvé que ces phlegmons aient eu pour origine un abcès de l'extrémité inférieure de l'apophyse de la mastoïde. Nous avons dans un autre chapitre (p. 226) parlé des phlegmons et des adéno-phlegmons cervicaux rattachables à l'infection auriculaire. Ils sont presque aussi fréquents que les mastoïdites de Bezold, et il faut y penser avant que de diagnostiquer une mastoïdite, quand la partie supérieure de la région du cou est tuméfiée, chaude et douloureuse. Dans une inflammation indépendante de la mastoïde, celle-ci n'est pas douloureuse et sa pointe est libre, tandis que dans l'affection de Bezold, la pointe est enveloppée d'une gangue inflammatoire. Broca a fait connaître dans son livre sur les « Suppurations de la mastoïde », une observation qui lui a laissé quelques doutes jusqu'au dernier moment, et qui pourrait bien n'être qu'un adéno-phlegmon cervical concomitant d'une mastoïdite; et cela suivant l'aveu de l'auteur. La fillette âgée de 3 ans et demi fut présentée à l'hôpital Trousseau avec une fistule mastoïdienne; peu de jours après, elle fut prise d'accidents dyspnéiques et un abcès latéro-pharyngien fut ouvert par voie pharyngienne pour parer aux accidents les plus pressés. Puis le pus s'étant de nouveau amassé, les accidents reparurent. Alors la mastoïde fut trépanée, et dans la même séance, l'abcès cervical fut largement ouvert par une incision parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien. Le doigt

introduit dans la poche alla jusqu'au pharynx, mais en se portant vers la face interne de la mastoïde, il n'y sentit aucune dénudation: en sorte qu'il est possible qu'il se soit agi d'un adéno-phlegmon.

De même, on lit dans le mémoire de Quervain sur les « Abcès du cou consécutifs à l'otite moyenne », l'observation suivante: « Un malade de 28 ans présenta, à la suite d'une angine, les signes d'une otite moyenne sans perforation du tympan. Au bout de dix semaines on constata les symptômes d'un abcès sous-mastoïdien. Il convient d'ajouter que l'apophyse n'était sensible à la pression qu'au niveau de son sommet. Au cours de l'opération qui fut pratiquée dans le service de M. le professeur Kocher, à Berne, par M. le Dr Flach, on put se rendre compte que le pus avait décollé le périoste à la face interne de l'apophyse ainsi qu'au niveau de la partie adjacente de l'os temporal. Mais on ne trouva pas de perforation macroscopique. La trépanation large des cellules de l'apophyse mastoïde ne permit de découvrir aucun vestige de suppuration. »

Nous laissons à l'auteur de l'observation le soin de la conclusion: « Il était donc évident que l'infection n'était pas partie des cellules mastoïdiennes, mais bien directement de la caisse. » Le malade se rétablit rapidement.

Comment ne pas reconnaître là un simple phlegmon cervical, dont l'origine otitique n'est d'ailleurs pas démontrée. L'amygdale l'aurait pu produire autant que la caisse.

La mastoïdite de Bezold peut surprendre les otologistes les plus expérimentés. Luc ne reconnaît-il pas dans « l'examen de conscience » qui suit la rédaction de son observation, que « le diagnostic aurait pu et peut-être dû être porté plus tôt » car le gonflement s'étendait, en effet, dès le premier examen, à la partie latérale du cou. Ce qui retarda le diagnostic, ce fut la constatation, dès la première entrevue avec le malade, d'une fluctuation superficielle manifeste derrière le pavillon de l'oreille, et plus tard, lors de la première intervention, celle d'une collection de pus à la surface externe de l'apophyse, collection complètement indépendante de celle qui devait être quelques jours après découverte sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Nous n'hésitons pas, après Luc, à relater nos erreurs personnelles.

G..., âgé de 23 ans, soldat au 154^e de ligne, entre au Val-de-Grâce, le 14 mai 1895.

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires.

Le 9 mai dans l'après-midi, en se mouchant, G... perçut un fort craquement dans l'oreille droite et y ressentit peu de temps après des battements douloureux.

Du 10 au 14, mêmes douleurs, insomnie et inappétence.

Il nous arrive avec le facies altéré et un épuisement général qui sont la conséquence des souffrances prolongées.

Le tympan est rouge, avec quelques petites trainées jaunâtres et manifestement voussuré en dehors.

Myringotomie immédiate aussi large que possible, dans la partie inférieure de la membrane. Issue de quelques gouttes de pus qui contenait du streptocoque à longues chaînes, ainsi que l'a montré l'analyse bactériologique (Lab. du Val-de-Grâce). Dès l'incision, le malade s'est trouvé soulagé, il a pu dormir dans la nuit du 14 au 15.

Le lendemain, le pansement est souillé de pus, l'écoulement est abondant et fétide, irrigations prolongées.

Le 19 mai, quelques douleurs spontanées dans l'oreille, œdème mastoïdien très léger rendant lisse la surface externe de l'apophyse mastoïde. Le doigt passant sur cette apophyse ne sent plus les inégalités qui l'arrêtent de l'autre côté, pas de projection du pavillon de l'oreille, pas d'effacement des plis inférieurs du pavillon, pas de rétrécissement du conduit, douleurs antrales à la pression du doigt, écoulement abondant d'un pus jaune-verdâtre emplissant le conduit auditif et la conque : mêmes irrigations chaudes.

Du 19 au 23 mai, les douleurs spontanées diminuent et finissent par disparaître, le malade se sent très bien maintenant, les symptômes objectifs restent les mêmes du côté de l'apophyse mastoïde, l'écoulement du pus continue d'être très abondant.

Du 24 au 28, les mêmes symptômes persistent ; dans la soirée du 28, le malade éprouve à nouveau des bourdonnements et des battements dans l'oreille droite qui le tiennent éveillé toute la nuit.

Le 29, nous retrouvons le malade avec son aspect souffreteux des premiers jours ; la suppuration de l'oreille est extrêmement abondante, c'est à peine si, après des lavages, on arrive à distinguer le tympan qui est rouge vif et rapidement recouvert par le pus qui sort de sa partie inférieure.

L'œdème mastoïdien a un peu augmenté sans être encore bien nota-

ble, il se sent plutôt qu'il ne se voit ; chapelet ganglionnaire au-dessous du lobule de l'oreille, mêmes lavages avec enveloppement de la région dans un pansement antiseptique humide.

Du 1^{er} au 8 juin, les souffrances du malade restent assez vives ; localement le gonflement mastoïdien a augmenté, mais ce gonflement présente des caractères particuliers : il enveloppe la pointe de l'apophyse mastoïde et se prolonge dans la fosse rétro-maxillaire dont la dépression a disparu. On sent de l'empâtement le long de la gaine des vaisseaux ; près de la pointe, la peau présente une teinte rosée qui disparaît sous la pression du doigt, la pression est plus douloureuse dans la région de l'antre qu'en bas.

Le conduit auditif externe est très rétréci par tuméfaction de ses parois (nous reproduisons textuellement l'observation qui a été prise par M. le méd. stag. Schneider).

Le 9 juin, le malade n'ayant pu dormir, et le gonflement étant plus considérable sur l'apophyse mastoïde et au-dessous d'elle, nous faisons la trépanation.

Après l'incision du périoste qui est très épaissi à la pointe, nous voyons apparaître quelques gouttes de pus, sans pouvoir trouver une perforation de l'os ; toute l'apophyse est tachetée de points rouges de la base au sommet.

Trépanation au lieu d'élection. L'antre est ouvert et contient du pus bien lié et abondant ; quand la curette est introduite dans cette nouvelle cavité, elle y pénètre sans difficulté et nous ramenons des débris fongueux, de la poussière osseuse et du pus ; une grande partie de la corticale est excisée à la pince coupante, et nous pouvons apercevoir au fond de notre champ opératoire, en arrière de l'antre, un cordon bleuâtre, dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant qui est le sinus absolument dénudé. L'observation ajoute : *on peut mettre le doigt dans la pointe de l'apophyse mastoïde qui est évidée.*

Un tamponnement iodoformé est fait dans la brèche osseuse, deux points de suture à chaque extrémité de la plaie.

10 juin, vomissements chloroformiques abondants, un peu de toux dans la soirée. T : 38°.

Du 11 au 14 juin, état satisfaisant.

15 juin, réfection du pansement, la plaie a excellent aspect.

Du 16 au 25 juin, le pansement est renouvelé deux fois sans qu'il y ait de suppuration, plus de douleur.

Mais le 26 juin dans la soirée, le malade commence à ressentir des élancements douloureux dans le côté droit du cou, et la nuit du 26 au 27 est sans sommeil.

Le 27 juin, le pansement défait, nous voyons un gonflement de la

gouttière rétro-maxillaire, empiétant sur la joue, la région sus-hyoïdienne latérale et descendant jusqu'à l'angle de la mâchoire; pas de pus du côté de la plaie.

Le 28 juin, insomnie, la tuméfaction occupe toute la partie supérieure du cou et soulève les attaches supérieures du sterno-mastoïdien; elle descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule et se propage à la joue.

Nouvelle intervention, incision de 0^m06 le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien; après section de la peau et du tissu cellulaire nous déchirons avec la sonde cannelée l'aponévrose sur le bord antérieur du muscle. Le doigt introduit dans l'orifice tombe dans une poche purulente limitée en haut par la pointe de l'apophyse mastoïde et en dehors par le sterno-mastoïdien; la quantité de pus évacuée peut être évaluée à une cuiller à bouche.

Du 28 juin au 3 juillet, les suites de la nouvelle opération sont très bonnes, état général excellent, pas de réaction fébrile, pas de douleurs; le pansement est refait le 3 juillet, il n'y a pas de pus, les plaies ont bon aspect, le gonflement a disparu.

Pansement refait les 8 et 16 juillet, la plaie de la deuxième opération est presque fermée au second pansement. De la première opération il ne reste plus qu'un pertuis étroit ne permettant d'enfoncer qu'une petite mèche de gaze iodoformée.

Le 10 août, il reste encore une petite fistule rétroauriculaire entourée de quelques bourgeons charnus.

4 septembre, date de sortie du malade: aucune douleur, quelques bourdonnements, montre à 0^m50, pavillon de l'oreille en bonne position, cicatrice rouge, régulière, déprimée au centre de l'apophyse mastoïde. La cicatrice cervicale est également régulière, très étroite et les tissus sont très souples. Tympan gris, un peu épaissi, avec une plaque cicatricielle en bas et en avant.

A noter dans cette observation la marche lente du processus infectieux qui s'étend progressivement de l'antre à la pointe de l'apophyse, l'absence de fièvre, la large destruction de l'apophyse, au moment de notre première intervention. N'est-ce pas encore dans la constitution anatomique de ces apophyses, qu'il faut chercher la raison des fréquents accidents cérébraux. De semblables apophyses sont enveloppées de parois aussi minces que sont larges les alvéoles intérieurs; et la suppuration les détruit avec la plus grande facilité. Voyez la rapidité avec laquelle a été dévorée la table interne de l'apophyse de notre malade et les

accidents auxquels l'exposait la dénudation du sinus si nous avions retardé l'opération. Et maintenant pourquoi n'avons-nous pas, dès le 9 juin, fait une incision cervicale, puisque nous avons pu mettre le doigt dans la pointe excavée de l'apophyse. Simplement, parce que l'idée de la mastoïdite de Bezold ne s'était pas imposée à nous. Mais alors, dira-t-on, est-il bien certain que vous ayez eu affaire à une mastoïdite de Bezold? Nous ne trouvons pas d'autre explication de la fusée purulente profonde du cou. Nous avons certainement laissé échapper une fistulette de la rainure digastrique par laquelle une trainée septique a pénétré dans le cou et a déterminé plus tard un phlegmon suppuré. Mais voyez aussi comme les deux foyers infectieux traités séparément ont bien guéri. Nous n'avons pas voulu dans notre seconde opération même explorer avec un stilet la pointe de la mastoïde, parce que nous avons craint d'inoculer le tissu de granulations qui commençait à combler l'apophyse et qui protégeait la dure-mère: une recherche trop étendue ne nous semblait pas prudente dans ce cas.

Puisque nous sommes en voie de confession, nous pouvons bien confesser une autre erreur. Celle-ci remonte à six ans; nous avons pris une mastoïdite de Bezold pour un phlegmon cervical. C'est la persistance de la suppuration qui a fait entrevoir la vérité; et si nous rapportons aujourd'hui le fait, c'est qu'il semble avoir son enseignement. Nous croyons qu'un prompt débridement des parties molles n'est pas sans influence heureuse sur la marche de l'affection, alors même que celle-ci a une origine profonde et osseuse. La source de la suppuration persistait dans le cas suivant, puisque la pointe de la mastoïde était nécrosée; et cependant le pus, qui avait son libre écoulement au dehors, n'eut pas la moindre tendance à s'infiltrer dans le tissu cellulaire profond.

Le soldat B..., âgé de 28 ans, était atteint pour la première fois, le 21 février 1892, d'élanements du côté de l'oreille droite. Dans la nuit du 22 au 23, les douleurs, qui étaient allées progressivement en augmentant, cessèrent quand l'écoulement se produisit; vers le 10 mars, la suppuration disparut. Mais dès le 12, retour des douleurs.

Le malade entre le 14 mars à l'hôpital. Nous le voyons le 18, la région mastoïdienne est un peu tuméfiée et rouge. Mais le gonflement s'étend