

surtout dans la région cervicale et descend sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à l'angle de la mâchoire. La peau du cou est elle-même un peu rose. Les mouvements de la tête sont limités et l'écartement des mâchoires ne se fait qu'avec peine.

Nous diagnostiquons un phlegmon cervical.

Le 20 mars, incision des téguments et du muscle sterno-cléido-mastoïdien dans une étendue verticale de 4 centimètres. Une petite quantité de pus sort de dessous le muscle sterno-mastoïdien. Tube à drainage. Dès le lendemain, légère amélioration, diminution du gonflement et des douleurs, moins d'écoulement par l'oreille.

Le 1<sup>er</sup> avril, la sécrétion otorrhéique disparaît.

Le 5 avril, il reste un suintement purulent lorsqu'on retire le drain de la plaie.

Le 10 avril, la réparation ne se faisant pas, et des bourgeons charnus persistant autour du drain, nous soupçonnons l'existence d'une carie osseuse et nous ouvrons à nouveau la plaie, et prolongeons l'incision en haut. Après avoir décortiqué la pointe de l'apophyse mastoïde, nous la trouvons réduite en esquilles que nous enlevons avec la curette et qui se laissent détacher sans résistance.

Cicatrisation ultérieure régulière : le malade est sorti de l'hôpital le 8 mai ; la fistule s'était fermée.

On peut rapprocher de la nôtre l'observation suivante de Cholawa ; et on verra l'hésitation de la thérapeutique, quand la pathogénie d'une affection n'est pas bien connue : d'un autre côté, elle prouve, comme la nôtre, que la première chose à faire est d'assurer l'écoulement du pus.

Anna Seibling, 17 ans, taille moyenne, constitution délicate, entre le 2 septembre 1887 ; malade depuis fin août, se plaint de douleurs à l'oreille droite avec écoulement purulent ; le 17 septembre, apophyse très douloureuse sans gonflement, peau légèrement rouge : teinture d'iode et glace derrière l'oreille.

21 septembre, gonflement considérable et douleur à la pointe ; 2 à 3 centimètres au-dessous d'elle, fluctuation confirmée, glace sans effet ; incision de Wilde qui ne donne pas de pus mais produit une courte amélioration de l'état général.

Le 25 le gonflement sous-mastoïdien augmente ; par la pression sur les parties molles, du pus épais, crémeux, se vide par le conduit auditif externe.

Le 26, incision à trois centimètres en arrière et sous la pointe de

l'apophyse : elle donne issue à du pus épais ; irrigation de la cavité avec une solution phéniquée. L'injection sort par le conduit auditif externe, et on réussit à toucher avec la sonde non seulement la pointe et la face interne de l'os, mais encore on pénètre en diverses cavités plus ou moins profondes, on place le drain.

27 septembre, état général excellent, sans douleur, ni fièvre, appétit et sommeil très bon ; l'écoulement de l'oreille externe diminue, l'ouverture du tympan se ferme lentement ; le 8 octobre, la sonde rencontre encore un os rugueux ; un tube métallique remplace le drain en gomme, il pénètre jusque dans l'os.

17 octobre, sécrétion nulle du côté de l'oreille et du cou ; ouïe normale, bonne comme celle de l'oreille gauche. Jusqu'au 25 octobre, la fistule diminue peu à peu, de sorte que le tube métallique est retiré ; il ne reste qu'une petite cicatrice derrière l'oreille pour rappeler au malade le danger passé ; la guérison suit tranquillement son cours. La sécrétion de l'oreille s'arrêta aussi très vite. Le 5 octobre la fistule ne donne passage qu'à un tube court et petit ; elle est fermée à la fin du mois.

*Abcès supéro-antérieurs ou de la crête temporale.* — Dans la coupe que nous représentons figure 80, la cavité antrale est à peu

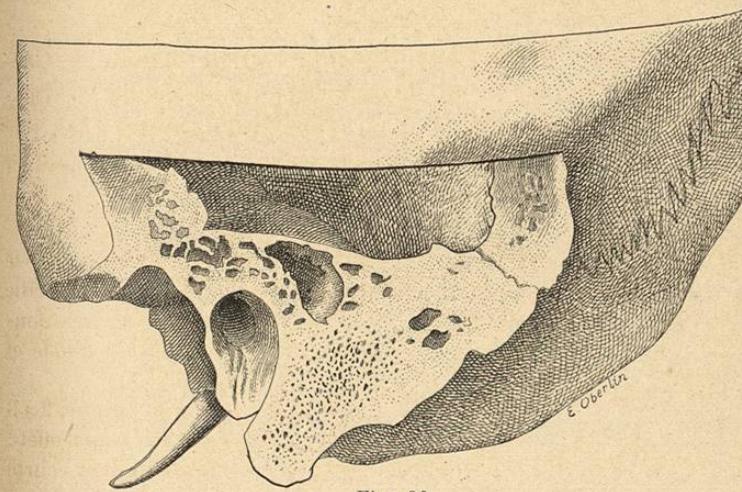


Fig. 80.

près close du côté du centre de l'apophyse mastoïde. Son extrémité antérieure, au contraire, communique avec une trainée horizontale de cellules qui passent au-dessus du conduit auditif, entre

les deux lames osseuses du plancher crânien, et occupent la crête temporale.

Il est évident que, dans de pareilles apophyses, l'empyème antral ne peut manquer de se propager à ces cellules antérieures dont le large réseau constitue une véritable voie d'appel à la suppuration, tandis que celle-ci se trouve arrêtée en arrière par la ceinture osseuse qui forme les limites inféro-postérieures de l'antra.

Mais si le processus d'extension de l'infection reste toujours le même, les symptômes sont modifiés. Le centre des phénomènes inflammatoires est au-dessus du conduit auditif. La tuméfaction et la rougeur siègent en haut et en arrière du pavillon au-dessus de la crête temporale. Le muscle temporal est soulevé, la paroi postéro-supérieure du conduit auditif externe est abaissée et masque une grande partie du tympan. Le pavillon de l'oreille est écarté du crâne. Quant à l'apophyse elle-même, elle ne présente ni rougeur, ni gonflement. Elle est un peu douloureuse; mais le maximum de la douleur tant spontanée que provoquée est sur l'écaille du temporal. L'état général est celui de toutes les mastoïdites.

La fluctuation apparaît au bout de peu de temps, et dans les cas publiés où l'incision a été pratiquée, la sonde cannelée pénètre en haut et en avant dans un tissu osseux friable.

Les observations de cette variété de cellulites mastoïdiennes sont très rares. Nous en avons trouvé deux dans un mémoire de Cholewa (Deutsch., medic. Wochensch., n° 49, 1888); nous les donnons in extenso.

Marthe, 22 ans, est une grande fille svelte, d'aspect souffreteux. Elle se présente à la clinique le 27 septembre et raconte que le 25 août, elle a été prise d'une inflammation violente de l'oreille. Elle s'est fait soigner aussitôt. La paracentèse du tympan a été pratiquée. Huit jours après, elle ressentit de violentes douleurs au niveau de l'écaille du temporal. Ces douleurs irradiaient dans toute la tête et le cou. A l'inspection, le pavillon paraît tuméfié, de même la partie du temporal qui est située au-dessus du conduit auditif. Le conduit auditif externe est plein de pus; l'acuité auditive est à peu près nulle. Une incision est faite en haut et un peu en arrière du pavillon de l'oreille; il s'échappe une grande quantité de pus. Lors de la réfection du pansement, un petit séquestre se présente au milieu du pus. A partir de ce moment, la santé de la

malade s'améliore et l'acuité auditive se relève de jour en jour; au moment de l'opération on avait drainé soigneusement. Le 27 octobre, l'acuité auditive est normale, la suppuration est tarie, la guérison est complète; la jeune fille qui était maigre et pâle prend un aspect florissant et devient méconnaissable, tellement elle s'est améliorée.

M. X..., âgé de 31 ans, fut atteint, à la fin d'août, à la suite d'un coryza violent, d'une otite moyenne aiguë du côté gauche avec douleurs, bourdonnements, diminution bien notable de l'audition et issue abondante d'un liquide séro-purulent. Trois jours avant qu'il ne se présentât à nous pour la première fois, le 14 septembre, il avait ressenti dans la région mastoïdienne des douleurs lancinantes qui irradiaient dans toute la moitié gauche de la tête. Il y avait en même temps un peu de fièvre et de la perte d'appétit. A l'inspection du tympan, on trouvait une membrane qui bombait fortement en avant et paraissait repoussée par du pus. Il y avait une petite perforation, près de la paroi du conduit auditif; l'issue du pus était gênée par ce dispositif. On fit une petite incision au point où le bombement du tympan était le plus prononcé, et une vessie de glace fut mise sur la région mastoïdienne. Les douleurs et les autres symptômes inflammatoires diminuèrent d'intensité. Cependant, le 22 septembre, le malade souffre de nouveau et très vivement en arrière et au-dessus du pavillon de l'oreille. Une tuméfaction apparaît dans la région temporale et bientôt on perçoit à ce niveau une sensation très nette de fluctuation, cette fluctuation correspondait à la partie supérieure de la crête du temporal; une incision donne issue à une petite quantité de pus. L'os paraît dépourvu de son périoste en haut et en arrière du conduit auditif. Drainage, les suites furent très simples. La guérison était complète en 14 jours; et le malade recouvrait complètement son acuité auditive.

Cholewa d'ajouter :

« Il ne faut pas croire cependant que la guérison puisse toujours s'obtenir sans ouverture de la mastoïde. Dans certains cas, peu de jours après l'établissement du drainage, on observe du côté des os, de l'oreille moyenne et des parties molles, une rétrocession complète de tous les symptômes inflammatoires; et plus tard, l'acuité auditive est très satisfaisante. Mais d'autres fois aussi, peu de jours après l'opération, on constate une tuméfaction des parois du conduit auditif; du pus s'écoule de nouveau par la perforation du tympan; cela signifie que la suppu-

« ration n'est pas tarie dans l'apophyse mastoïde, ou que des  
 « granulations se sont formées dans cette apophyse et nuisent  
 « à l'écoulement du pus. Lorsque la suppuration dure ainsi long-  
 « temps, nous considérons l'antre mastoïdien comme étant la  
 « source de ce pus. On objectera, et non sans apparence de rai-  
 « son, que, dans ces cas, une ouverture précoce de la mastoïdite  
 « eût été d'une bonne conduite chirurgicale. Mais je réponds  
 « d'abord que la terminaison dont je parle ici n'a été observée  
 « que dans une moitié des cas seulement. Puis après l'incision  
 « temporaire, les malades se trouvent si soulagés qu'aucune com-  
 « plication ultérieure ne paraît à redouter. La ligne de conduite  
 « que je conseille me paraît surtout séduisante pour les méde-  
 « cins qui sont livrés uniquement à leurs propres forces, et  
 « vivent loin des milieux scientifiques. Elle leur permettra, tout  
 « en n'ayant pas en otologie des connaissances bien spéciales, de  
 « remédier dans un grand nombre de cas au danger de tous les  
 « instants qui résulte de la propagation du pus à la cavité crâ-  
 « nienne. »

*Abcès de l'angle postéro-supérieur de la mastoïde.* — Nous avons rencontré une fois dans nos coupes de l'apophyse mastoïde

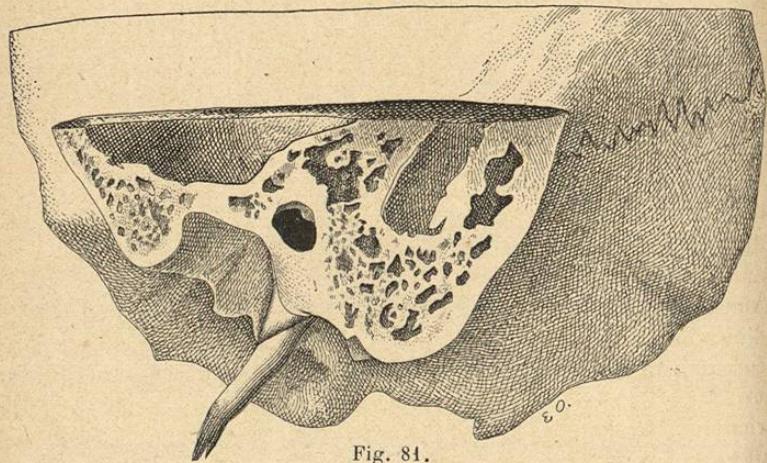


Fig. 81.

la disposition reproduite dans la fig. 81; le tissu alvéolaire de

l'apophyse se prolonge en arrière de la gouttière sigmoïde du sinus latéral, jusqu'au voisinage de l'occipital, sur une largeur de près de deux centimètres. Et fait remarquable, ce sont les alvéoles postérieurs qui ont les plus grandes dimensions; alors que le reste de l'apophyse mastoïde a un aspect diploïque, sa partie postérieure a une constitution pneumatique.

Nous ne connaissons pas, au moment de nos recherches anatomiques, de faits pathologiques se rapportant à une semblable disposition du tissu intramastoïdien; mais nous ne doutons pas qu'il dût en exister.

L'observation de Huntington Richard (Med. Record, décembre 1888) nous paraît la conséquence clinique de cette rare disposition anatomique de l'apophyse mastoïde. Comme nous n'avons trouvé, dans tous les auteurs, que des résumés très succincts et quelquefois inexacts de cette observation, nous allons la reproduire, presque in-extenso, en la débarrassant seulement des détails de la thérapeutique.

Le nommé E... pendant le cours d'une angine légère, ressent une douleur de l'oreille gauche, avec irradiations dans la tête et les dents. Quelques jours après, écoulement de l'oreille.

L'état du malade ne s'améliora pas malgré un traitement émollient très régulier; et quand Huntington Richard le visita, vers le huitième jour, il le trouva fatigué par les douleurs et les bourdonnements d'oreille. La membrane du tympan était rouge et tuméfiée, avec une toute petite perforation, sans voussure bien accentuée. Mais il y avait un léger prolapsus de la paroi supérieure du conduit auditif externe. Le tympan fut débridé et une incision de Wilde pratiquée en vue d'éviter, si possible, la nécessité d'une trépanation mastoïde.

Ce traitement n'amena aucun changement dans l'aspect du conduit auditif et du tympan. La sécrétion purulente continua d'être épaisse et abondante.

Aux environs du 25<sup>e</sup> jour, la douleur d'oreille avait disparu; la plaie de l'incision de Wilde était cicatrisée, l'ouverture du tympan restait encore un peu étroite, l'état général était très bon, il semblait que la guérison fût proche. Cependant, le malade se plaignait d'un point rétro-auriculaire, douloureux à la pression et non spontanément; ce point était exactement situé en arrière de l'apophyse, au-dessus de la suture mastoïdo-occipitale.

Quelques jours plus tard, l'observateur remarqua que le point dou-

loueux était devenu un peu fluctuant ; mais ce ne fut qu'un soupçon, la sensation au toucher étant plutôt celle d'une adénite.

Le 33<sup>e</sup> jour, les signes pathologiques s'accroissent : les douleurs auriculaires sont devenues spontanées, vives et persistantes. Une tuméfaction rétro-auriculaire s'est nettement dessinée et on ne peut plus hésiter sur la formation d'un abcès; le diamètre de celui-ci n'est pas moins de trois centimètres; détail particulier : en pressant sur l'abcès, on provoque un écoulement de pus par le conduit auditif et à l'examen otoscopique, le conduit étant soigneusement essuyé, on constate que le pus sort par la perforation du tympan. Il y a évidemment une communication entre le tympan et l'abcès situé à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde.

L'abcès est ouvert le même jour : les téguments étaient épaissis et dès que la lame du bistouri les eut traversés, elle pénétra dans une cavité d'un pouce de profondeur; il s'ensuivit un écoulement de sang mélangé à une certaine quantité de pus; drainage et irrigation de la cavité avec une solution de bichlorure de mercure au 1/1000 ; pendant l'irrigation, le liquide injecté passait par l'oreille moyenne et sortait par la perforation du tympan et le conduit auditif, comme le pus l'avait fait antérieurement; il déterminait une douleur hémicrânique, mais sans vertige.

Malheureusement, la plaie s'infecta et le malade eut de la céphalalgie, des nausées, deux vomissements et une température élevée à 100°2 F. P. 92. Aucune douleur auriculaire ou périauriculaire.

Ces phénomènes durèrent quatre jours, au bout desquels la sécrétion purulente s'arrêta, aussi bien par le conduit auditif que par l'incision. La perforation du tympan se ferma. Quand on introduisait un stylet dans la plaie rétroauriculaire, il pénétrait à une profondeur de deux centimètres, et passait à travers une fistule de la table externe de l'os. Le liquide de l'injection, qui ne pouvait plus ressortir par le conduit auditif, descendait par la trompe jusque dans l'arrière-gorge. Les injections étant devenues douloureuses et déterminant des maux de tête, on les cessa.

D'après des mensurations exactes, la fistule osseuse était située à 35 millimètres en arrière de la paroi postérieure du conduit auditif et à la hauteur de la paroi supérieure de ce conduit. Sa direction était perpendiculaire au plan tangentiel du crâne à ce niveau. On pouvait admettre que l'abcès correspondait au trou mastoïdien élargi par le processus pathologique, ou qu'il s'était formé dans des alvéoles existant dans la suture mastoïdo-occipitale. *En tout cas, il était évident que le tissu aréolaire de l'apophyse mastoïde du malade était largement développé et qu'il s'étendait anormalement dans une direction postérieure.* « It is pretty evident that the Canallous tissue of the patient's

mastoïde was largely developed, and that it extended unusually far in a posterior direction. »

La guérison ne tarda pas à être complète; et quatorze jours après l'opération, la plaie était entièrement cicatrisée.

Nous ne voulons rien changer aux conclusions et au résumé de Huntington Richard, et nous ne pouvons trouver un meilleur témoignage en faveur de l'assertion de l'influence du siège des grands alvéoles mastoïdiens sur les abcès de l'apophyse.

L'auteur de l'observation précédente admet que l'ouverture d'un abcès intramastoïdien peut se faire en un point très éloigné de l'antra mastoïde et que cette ouverture provient de la rupture d'une des lamelles osseuses séparant les grandes cellules mastoïdiennes du trou mastoïdien ou de la suture mastoïdo-occipitale.

On voit qu'il ne manquait à Huntington Richard qu'une pièce anatomique comme celle dont nous venons de représenter le dessin pour remplacer les *suppositions par une donnée pathologique* certaine.

## MASTOÏDITES CONGESTIVES

Cette forme de mastoïdite a des caractères anatomiques et cliniques assez nettement tranchés pour qu'on la sépare des autres processus infectieux de la mastoïde.

Nous sommes étonné qu'elle n'ait pas fait l'objet de travaux plus importants, attendu qu'elle nous semble plus fréquente que la mastoïdite suppurée à laquelle on a consacré nombre de monographies, de thèses et de publications.

Tous les opérateurs savent que la trépanation de l'apophyse fait découvrir souvent un paquet de fongosités plus ou moins volumineux, sans trace de pus, ou entouré de sérosité purulente. Ces fongosités forment des bourgeons grisâtres, arrondis, mamelonnés comme des grappes de raisin, constituant ensemble une masse grosse comme un demi-pois, une lentille ou une noisette. Elles peuvent être assez consistantes pour se laisser énucléer par la curette tranchante sans se déformer et rouler sous le doigt sans s'écraser.

A première vue, on a l'impression que ces grains rougeâtres et