

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^e 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

grisâtres sont produits par l'hypertrophie de la fibro-muqueuse de l'antre et des alvéoles mastoïdiens dans lesquels ils se sont moulés.

Nous avons prié notre collègue et ami Lemoine, professeur agrégé au Val-de-Grâce, de faire quelques préparations histologiques de ces fongosités. En les fixant dans la paraffine, on obtient des coupes dont la figure 82 est une reproduction. Il est facile d'en distinguer deux parties, l'une qui se colore fortement par le carmin et qui est composée de fibrilles entrelacées ; l'autre qui est formée de cellules épithéliales déformées et infiltrées de cellules

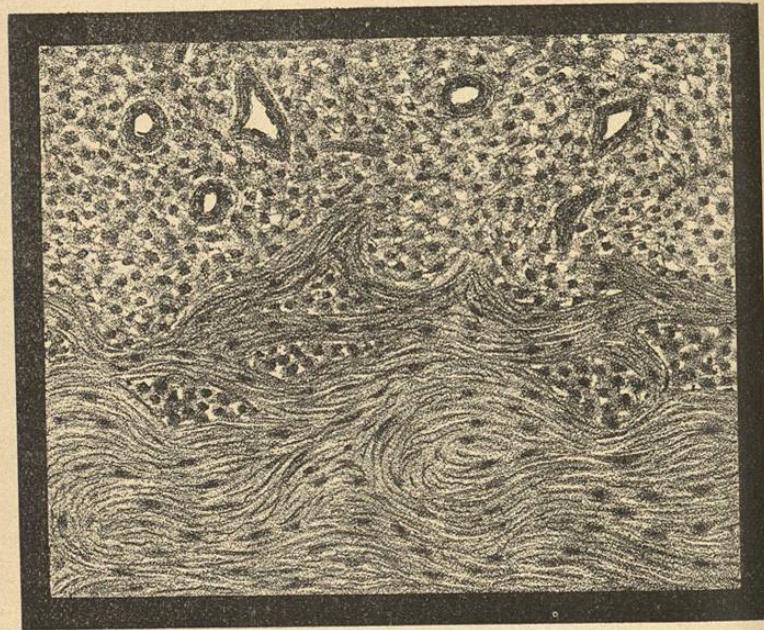


Fig. 82.

Coupe histologique d'une granulation d'une mastoïdite congestive.

embryonnaires avec quelques vaisseaux. Evidemment la première partie est la portion fibreuse de la membrane de revêtement et l'autre la couche superficielle. D'où l'examen histologique confirme l'hypothèse d'une inflammation proliférative de la fibro-muqueuse

antro-mastoïdienne. Comparée à la fonte purulente de la muqueuse, sa congestion avec multiplication des cellules représente un degré moindre d'infection ; et nous verrons en effet dans l'examen clinique que les symptômes généraux sont très atténués.

La congestion de la muqueuse endo-mastoïdienne ne constitue pas un état anatomique définitif. Si elle est peu intense, elle peut disparaître, sans laisser derrière elle une altération des alvéoles mastoïdiens. C'est ainsi qu'on doit attribuer à une congestion de la fibro-muqueuse endo-mastoïdienne les douleurs passagères ressenties au niveau de la mastoïde pendant l'évolution de quelques otites moyennes purulentes ou catarrhales.

L'évolution progressive de la lésion aboutit à une destruction de la fibro-muqueuse et des parois osseuses qu'elle tapisse. Parfois les fongosités se flétrissent, noircissent et se ratatinent. Dans la cavité qu'elles ont creusée, on les trouve comme des débris informes et secs, adhérents aux parois ou complètement isolés. D'autres fois, elles déterminent un peu de suppuration. On les ramène avec la curette, fermes encore ou ramollies et mélangées à du pus crémeux peu abondant et jaunâtre. En même temps, les lamelles osseuses qui séparaient au début les différents lobules de la masse granuleuse s'amincissent, s'effritent et disparaissent à la suite d'une nécrose parcellaire. Non moins que le pus, la granulation a une action térébrante et elle amène rapidement la perforation des parois de l'apophyse mastoïde. La fistule de la table externe est suivie d'un abcès sous-tégumentaire, comme si la mastoïdite avait été suppurée. Mais dans notre statistique, la paroi crânienne a été plus fréquemment perforée que l'externe. Nous avons trouvé plusieurs fois une ulcération de la table interne laissant à découvert le sinus ou la dure-mère. Tantôt la pachyméninge conserve sa coloration bleuâtre, tantôt elle végète et se recouvre de bourgeons charnus qui finissent par devenir le centre d'un abcès extra-durémérien.

L'influence de la constitution anatomique de la mastoïde dont nous avons montré les effets sur la marche des abcès endo-mastoïdiens se retrouve ici avec ses mêmes conséquences. Elle détermine le siège de la fistule. Nous avons opéré une mastoïdite congestive de la pointe de l'apophyse qui commençait à produire un

gonflement phlegmoneux de la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne et qui n'aurait pas manqué d'amener un abcès de cette région, si l'opération avait été retardée.

Les mastoïdites congestives sont secondaires à des infections de la caisse. Mais dans tous les cas que nous avons observés, cette infection nous a paru très atténuée. L'écoulement, qui peut être considéré à juste raison comme le meilleur critérium de l'intensité de l'inflammation, a toujours été très peu abondant et de courte durée. Il était séreux ou séro-purulent.

Chez un de nos malades, l'épanchement de la caisse a été assez faible pour disparaître par résorption et ne pas entraîner la perforation du tympan. Nous résumerons même plus loin une observation, celle du N° S..., où le tympan, au moment où nous avons examiné le malade, avait ses caractères normaux. Aucun liquide ne semblait s'être épanché dans la caisse et l'inflammation de la muqueuse nous a paru être congestive depuis la trompe d'Eustache (où nous ne doutons pas qu'elle ait commencé) jusqu'aux cellules mastoïdiennes. Nous avons vu aussi, dans le service de M. le Professeur Robert, un malade dont l'examen attentif ne pouvait faire constater qu'un peu moins de translucidité dans le segment inférieur du tympan. Depuis trois semaines, l'oreille était douloureuse avec bourdonnements et diminution de l'audition. Les douleurs étaient continuelles avec exacerbations nocturnes; à aucun moment il n'y avait eu écoulement. La peau de la région mastoïdienne était légèrement rosée et œdématiée près de la gouttière rétro-auriculaire. La douleur était assez vive pour obliger le malade à se retirer quand le doigt appuyait un peu fort sur l'apophyse. La trépanation fut pratiquée. Des bourgeons grisâtres furent énucléés; les douleurs disparurent aussitôt et la guérison fut complète après réparation de la plaie chirurgicale.

La symptomatologie des mastoïdites congestives est subordonnée aux deux états anatomiques précédents; tuméfaction considérable dans les mailles d'un tissu osseux inextensible d'une muqueuse richement innervée et atténuation des phénomènes infectieux; par conséquent, douleurs vives et état général sans gravité.

La douleur est le phénomène principal des mastoïdites con-

gestives. Elle est constante, avec un siège sur lequel nous ne reviendrons pas, parce qu'il est celui des mastoïdites en général. Plus souvent constrictive et lancinante, elle donne au malade la sensation d'un arrachement de la tête. Nous l'avons vue s'étendre dans toute la face et jusque dans les dents, au point que nous avons cherché s'il n'existait pas, en même temps que l'otite, une carie dentaire capable d'expliquer la localisation de la douleur.

A cet état de souffrances permanent s'ajoutent des crises plus ou moins violentes et ordinairement nocturnes. Elles déterminent alors cette agitation qui est le propre de l'étranglement des tissus mous, ainsi qu'on la constate dans les hauts degrés de pulpite dentaire, ou dans les panaris profonds. Le malade ne peut plus rester dans son lit; il change sans cesse de position, se relève et se recouche, se cache la tête dans l'oreiller, ou mord son drap pour étouffer ses cris. Quelquefois la douleur épuise plutôt par sa permanence que par son intensité; elle rend l'individu impropre au travail et l'empêche de dormir; on le voit rapidement pâlir et s'émacier. La sensibilité provoquée par la pression de l'apophyse n'est pas toujours en rapport avec l'hyperesthésie spontanée de la région. Il y a des cas où l'on peut percuter l'apophyse, sans provoquer une trop grande douleur; et on peut suivre, par le déplacement du foyer principal de la douleur, la propagation de la congestion de la muqueuse de l'antre aux culs de sac des alvéoles périphériques.

Le gonflement des parties molles qui recouvrent la face externe et la paroi antérieure de l'apophyse (paroi postérieure du conduit auditif) est peu considérable. Il n'y a guère qu'un peu d'infiltration œdémateuse de la peau. C'est pour ces cas qu'il est nécessaire de palper simultanément les deux régions mastoïdiennes du sujet en se plaçant derrière lui. Le côté malade devient lisse; on n'y sent plus les saillies et les dépressions que le doigt perçoit du côté sain; et on a la sensation d'une épaisseur plus grande des parties molles interposées entre l'os et le doigt. L'examen à la vue est insuffisant, il ne permet pas d'affirmer l'existence d'une tuméfaction: l'œdème est trop faible et l'aspect extérieur de la région mastoïdienne trop peu modifié. Cependant on peut cons-

tater un peu de rougeur, ou plutôt un état rosé de la peau qui n'est appréciable, lui aussi, que par comparaison.

La fièvre est rare; et quand elle existe, elle est très modérée. On ne trouve pas les ascensions vespérales thermiques à 40° qui sont observées dans les mastoïdites suppurées. Tout au plus le thermomètre monte-t-il à 38°. Nous citerons un cas où chaque matin, après une crise nocturne douloureuse, la température du malade descendait à 35° et 35°5.

En somme, il y a une opposition très nette entre la douleur et tous les autres phénomènes; et c'est sur cette opposition que le diagnostic peut s'établir presque à coup sûr.

Comme les variétés cliniques de mastoïdite congestive sont très grandes, nous en donnerons quelques exemples qui permettront de se rendre compte de leur marche.

Voici d'abord un exemple remarquable par le caractère excessif des douleurs.

Un soldat infirmier, L..., âgé de 23 ans, souffrait des oreilles depuis l'âge de 7 ou 8 ans pendant 8 ou 10 jours chaque année. Durant cinq années, la douleur ne s'était accompagnée d'aucun écoulement. A 17 ans, les deux oreilles ont commencé de couler périodiquement et toujours avec douleurs. L'acuité auditive s'affaiblissait de plus en plus. Le 17 février 1894, une nouvelle poussée auriculaire douloureuse survient des deux côtés à la suite d'une angine. Elle est tout d'abord supportable; mais dans la nuit du 1^{er} au 2 mars, les douleurs deviennent excessivement violentes à droite.

Le malade est envoyé dans notre service. On constate un léger œdème blanc généralisé à tout le pourtour de l'oreille droite, et à son niveau la pression est douloureuse, avec un maximum de douleur en arrière du pavillon de l'oreille. Le conduit auditif est rétréci par la tuméfaction des parois.

Dans la nuit du 5 mars, la crise douloureuse est tellement violente que le malade ne peut rester dans son lit; il se lève et court dans la chambre en poussant des cris; il réclame un soulagement quelconque; c'est à peine si une injection de morphine lui donne un peu de calme. Le lendemain matin, 6 mars, un peu au juger, je pratique la paracentèse du tympan. Le malade s'endort aussitôt après et repose jusqu'à la nuit; mais il est encore un peu inquiet par la douleur, qu'on calme de nouveau avec une injection de morphine.

Un écoulement jaunâtre peu abondant s'établit, l'œdème périauricu-

laire diminue peu à peu, et les douleurs nocturnes ne deviennent que passagères.

Le malade commençait à manger.

Le 12 mars, réveil des douleurs, sans modification de l'écoulement: les crises se produisent comme précédemment pendant la nuit. Vers 10 h. du soir la douleur devient atroce dans la région auriculaire; nous avons vu cet homme avec une physionomie égarée, incapable de rester dans son lit, courant d'une extrémité de la salle à l'autre, poussant des cris déchirants et menaçant de se tuer si on ne le soulageait pas. Les douleurs partaient de la région mastoïdienne, descendaient le long du sterno-mastoïdien, et s'étendaient en avant sur la tempe et sur la joue. Le calme était à peu près complet dans la journée; le matin au lever du soleil, la détente se produisait; et, fait intéressant, le malade avait à ce moment un abaissement de température au-dessous du taux normal.

Nous l'avons opéré le 16 mars; l'écoulement de la caisse était à peu près tari; près du sillon rétroauriculaire, il y avait encore un léger œdème sans changement de coloration de la peau; la région était chaude à la main; la partie supérieure et la pointe de l'apophyse étaient douloureuses à la pression; un point douloureux existait aussi entre le condyle de la mâchoire et le tragus. Après l'incision verticale des parties molles, le périoste présente son aspect normal, la table externe n'est pas altérée; elle résiste à la gouge. A un demi-centimètre de profondeur, dans la région de l'antre, nous trouvons quatre ou cinq fongosités grisâtres et molles, de la grosseur d'une tête d'épingle, unies comme une grappe de raisin et séparées les unes des autres par de minces travées osseuses. Le diploé de l'os n'est pas ramolli au delà du foyer fongueux; et quand le curettage de l'antre est terminé, la cavité n'a pas plus d'un centimètre de diamètre.

Dès le jour de l'intervention, le malade n'a plus souffert et l'écoulement a cessé; trois semaines après, il sortait de l'hôpital, n'entendant la montre qu'au contact. Les tympanes étaient épaissies et rétractés. Nous avons suivi cet homme pendant les deux années qu'il a passées au Val-de-Grâce, comme infirmier, après son opération; il n'a plus eu de douleurs auriculaires, et il a fait régulièrement son service.

L'intervention ayant eu lieu le 15^e jour, les fongosités avaient dépassé les limites de l'antre et avaient commencé à évacuer le tissu diploïque de la mastoïde.

Il y a encore un degré de plus dans les phénomènes douloureux. Ils peuvent s'accompagner de troubles de l'idéation et d'une telle surexcitation que le malade ressemble à un aliéné.