

X..., grand, fort, robuste, ayant déjà eu dans l'enfance un écoulement d'oreille, est envoyé à l'hôpital pour un retour de cet écoulement. Il est pris des symptômes d'une mastoïdite congestive : un peu d'œdème rétro-auriculaire, avec douleurs excessives dans la région de l'oreille gauche et irradiations dans toute la tête; la nuit, les douleurs redoublent, il crie, pousse de véritables hurlements, puis chante, a des idées incohérentes, sort de son lit et essaye de se jeter par la fenêtre. Nous avons opéré le malade le matin du troisième jour de sa crise douloureuse, 8 jours après le début de la mastoïdite : la cavité de l'antra, profonde et entourée d'un tissu osseux encore résistant, était pleine de gros bourgeons charnus. Le soir même, les douleurs cessèrent et la nuit fut bonne.

Chez un autre malade, la persistance de la douleur avait amené une dépression psychique très marquée; l'état neurasthénique du sujet nous a même un instant fait craindre une complication intra-encéphalique.

Cet homme, âgé de 23 ans, avait été pris le 22 mars d'une douleur vive dans l'oreille, suivie quelques heures après d'un écoulement purulent. Le médecin qui le visitait avait été frappé de son abattement et de son état apparent de souffrance. Il se plaignait d'une douleur vague dans toute la moitié droite de la tête et de violents bourdonnements de l'oreille; cette douleur était constante, sourde, non lancinante, assez intense pour empêcher le sommeil.

Pendant 15 jours, ces symptômes ne faisant que s'aggraver, le malade nous est adressé. X... accuse toujours une douleur sourde dans la moitié droite de la tête; il est impossible de lui faire préciser davantage les caractères de cette douleur; il semble cependant qu'elle ait son maximum en un point situé à la partie supérieure et postérieure de l'apophyse mastoïde, la pression y est douloureuse. X... se borne à répéter « qu'il est atteint d'un courant d'air et qu'il a de l'air emmagasiné derrière l'oreille »; les bourdonnements ont disparu; il n'y a plus d'écoulement par le conduit auditif, le tympan est épaissi sans perforation et recouvert de débris épidermiques; l'acuité auditive est diminuée à droite (montre à 0<sup>m</sup>20); la région n'est ni tuméfiée, ni rouge; les tissus y sont souples; l'état mental du malade est très déprimé : son facies est alangui et son regard éteint; il craint une opération, il implore la pitié du chirurgien avec une voix larmoyante, et répète à chaque instant « qu'il a simplement un peu d'air dans l'oreille et qu'une opération est inutile ». L'état général est bon, l'examen des divers systèmes, digestif, respiratoire, circulatoire ne révèle aucune particularité; il n'y a pas de fièvre.

La trépanation de l'apophyse mastoïde est pratiquée le 5 mai. De l'extrémité supérieure de l'incision verticale rétroauriculaire, nous faisons partir en arrière une deuxième incision horizontale pour atteindre la région désignée par le malade comme étant la plus douloureuse; rien de pathologique n'est trouvé en ce point; l'apophyse est attaquée au ciseau et au maillet dans son quadrant antéro-supérieur; le tissu osseux est moins résistant qu'à l'état normal et certainement atteint d'ostéite. L'antra et les cellules mastoïdiennes sont remplis de fongosités molles de couleur gris rosé; elles se laissent facilement enlever à la curette, et nous poursuivons le grattage jusqu'à ce que nous sentions la résistance de l'os normal; la cavité est grande comme une noisette.

Les douleurs ont rapidement disparu, mais la faiblesse psychique a persisté longtemps; nous n'avons pu faire sortir le malade que le 30 juin; il avait conservé, au moment du départ, derrière l'oreille, une sensation « d'huile crépitante comme de la friture », mais il n'avait plus aucune douleur et entendait la montre à 0<sup>m</sup>50.

Nous l'avons revu 3 mois après; il ne présentait aucun phénomène pouvant fixer l'attention, il causait et raisonnait comme tout homme de sa position sociale. Il a achevé le temps de son service militaire.

Remarquons l'étendue de la destruction de l'apophyse. On ne peut l'attribuer qu'au retard apporté à l'intervention chirurgicale : 40<sup>e</sup> jour après le début des douleurs.

Les fongosités de la mastoïdite congestive se distinguent par leurs propriétés térébrantes. Elles évident la mastoïde, comme le font les tumeurs cholestéatomateuses, mais plus vite que ces tumeurs. Elles font d'abord disparaître le tissu alvéolaire compris entre les deux tables de l'apophyse et s'attaquent promptement à la lame interne ou à la corticale de l'os. Cette forme de mastoïdite semble la cause la plus fréquente des abcès extra-duréliens. Le soldat de S.-V... dont nous allons donner l'observation, avait une mastoïde creuse comme une coquille de noix et remplie de débris de muqueuse mortifiée. Le travail nécrotique s'est fait ici sans violente crise douloureuse, mais avec de petites douleurs persistantes.

De S.-V... est entré à l'hôpital, le 5 novembre 1894; il était incorporé depuis le 17 mars 1894. A l'âge de 7 ans, le malade ressentit pour la première fois des bourdonnements continuels dans l'oreille droite. Un écou-

lement apparut sans douleur, sans fièvre, sans phénomènes généraux d'aucune sorte et a persisté jusqu'à l'âge de onze ans.

Après une accalmie de 3 ans, la suppuration a reparu et s'est accompagnée d'assez vives douleurs dans la région mastoïdienne. Elle a duré 6 mois.

En juillet 1894, au retour d'une marche militaire, de S.-V... a été obligé de s'arrêter, ressentant un violent mal de tête et des douleurs lancinantes au niveau et autour de l'oreille droite. Au bout de 3 jours l'écoulement de l'oreille est revenu, et les douleurs ont cessé; mais tandis que l'écoulement ne durait que quelques jours, les douleurs revenaient; elles siégeaient dans la région temporo-pariétale droite, avaient lieu le jour et la nuit, mais par intermittence seulement; ces douleurs partaient de l'apophyse mastoïde et irradiaient dans les régions voisines. Nous examinons le malade le 8 novembre; l'acuité auditive est diminuée, montre à 0<sup>m</sup>10. Le conduit auditif est large, tympan épaissi opaque, grisâtre, avec deux plaques calcaires en avant et en arrière du manche du marteau; manche du marteau en haltère; gargouillements à l'auscultation de la trompe d'Eustache; élancements douloureux dans la région mastoïdienne droite et jusque dans la partie droite de l'occipital; ni rougeur, ni œdème de la mastoïde, un peu de sensibilité à la pression forte.

Du 8 au 28 novembre, les douleurs augmentent et deviennent assez vives pour empêcher le sommeil. Le 28 novembre, nous incisons transversalement la moitié inférieure du tympan; léger écoulement sanguin, sans issue de pus; aucune amélioration n'a suivi cette petite opération, l'insomnie continue.

Le 6 décembre, les douleurs deviennent plus violentes. Elles s'étendent autour de l'apophyse mastoïde et jusque dans la région occipitale; la pression de l'apophyse est devenue très pénible. Le malade ne peut plus se coucher sur le côté droit de la tête.

Du 10 au 15 décembre, altération de l'état général et fièvre occasionnée par une angine pultacée.

Le 25 décembre, l'otalgie persistant, les douleurs spontanées pariéto-occipitales étant continues, nous nous décidons à intervenir; la peau de la région mastoïde est pourtant souple, et la douleur provoquée par la pression est très légère.

Incision verticale à un centimètre en arrière du sillon rétro-auriculaire; parties molles normales, périoste sans épaissement et avec son adhérence physiologique. Trépanation dans le quadrant antéro-supérieur de la mastoïde: couche osseuse de 2 millimètres d'épaisseur, dure, un peu éburnée; au-dessous, grande cavité du volume d'une petite amande à parois noirâtres et dures, contenant quelques débris de parties molles

desséchées; abrasion de la face externe de cette cavité; grattage de la cavité et tamponnement à la gaze naphtholée.

Le résultat thérapeutique de l'opération n'a pas été aussi satisfaisant qu'on était en droit de s'y attendre.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1895, les douleurs reviennent quoique moins fortes; et elles persistent jusqu'au 20 mars avec de longues périodes d'accalmie.

Le 20 mars, la plaie est complètement cicatrisée; quelques élancements de temps à autre du côté du pariétal.

Le 20 avril, date de sortie du malade: cicatrice linéaire rétroauriculaire présentant à sa partie moyenne une dépression d'un centimètre de profondeur; souplesse des téguments; un peu de douleur à la pression forte, région pariétale douloureuse dans l'étendue d'une pièce de 5 francs; pas de bourdonnements d'oreille; montre O. D. à 0<sup>m</sup>10; O. G., à 0<sup>m</sup>25.

Nous trouvons dans le mémoire de Hessler un exemple d'une destruction étendue de la table interne du crâne, une vingtaine de jours après le début de l'otite.

Le malade était âgé de 14 ans. L'otite moyenne suppurée était survenue à la suite d'un bain froid. La mastoïdite s'était annoncée dix jours après par des élancements et des douleurs dans l'oreille et la tête, du gonflement des tissus prémastoïdiens et un rétrécissement du calibre du conduit auditif. A l'opération, périoste fortement attaché, pas d'altération appréciable de l'os à l'extérieur. A une profondeur de 3/4 de centimètre, au milieu de l'apophyse, on trouve un tissu osseux spongieux de couleur rouge brun. Les alvéoles mastoïdiens sont agrandis et remplis de granulations fongueuses; pas de pus libre. On curette la cavité, tant qu'on trouve une structure et une couleur anormales de l'os. La dure-mère est ainsi mise à nu sur une surface large comme une lentille. L'état spongieux du tissu osseux était à son maximum dans la direction de l'antre, à un centimètre de profondeur. L'évidement se faisait avec une telle facilité que le médecin de la famille du malade qui assistait le Dr Hessler le pria à plusieurs reprises de limiter la résection.

Voici une observation où l'évolution de la mastoïdite s'est cachée sous le syndrome de la névralgie faciale. Le malade présentait au début si peu de signes du côté de l'oreille et de la mas-

toïde que le premier médecin qui le visita le fit entrer à l'hôpital pour névralgie faciale.

Leroux, Albert, 22 ans, soldat au 130<sup>e</sup> de ligne.  
Père et mère bien portants, un frère atteint d'otorrhée.  
Aucune maladie antérieure.

Le malade souffrait depuis quelques jours d'un léger mal de gorge, quand le mardi 23 juin apparurent des douleurs lancinantes dans tout le côté gauche de la face.

Insomnie dans la nuit du mardi au mercredi, impossibilité de s'appuyer sur le côté gauche de la tête.

Les souffrances vont en augmentant; elles siègent principalement dans la face, mais occupent aussi l'oreille et la région mastoïdienne.

Le malade entre le 28 juin dans notre service pour « névralgie faciale ».

Le lundi 29, on constate les phénomènes suivants : symptômes de la névralgie de la faciale, douleurs lancinantes continues, partant des points sus, sous-orbitaires et mentonnier. La pression en ces points exagère les souffrances. Mais il y a aussi des douleurs auriculaires et mastoïdiennes avec léger épaissement des tissus rétro-auriculaires. C'est ce qui nous conduit à l'examen de l'oreille; il n'y a pas d'écoulement, mais le tympan est rouge et infiltré et la zone péritympanique très congestionnée; état général médiocre, inappétence, faiblesse générale, insomnie.

30 juin : la douleur persiste avec les mêmes caractères, l'inappétence est complète; le pavillon n'est pas écarté du crâne; le sillon auriculo-mastoïdien n'est pas effacé, mais les tissus rétroauriculaires sont légèrement épaissis et l'apophyse est un peu douloureuse à la pression dans toute son étendue.

À l'examen otoscopique, le fond du conduit auditif est tuméfié et le tympan est d'une rougeur intense. On ne voit plus ni le manche, ni la courte apophyse du marteau.

Myringotomie; issue d'une notable quantité de sang un peu louche.  
Mercredi 1<sup>er</sup> juillet, le malade a dormi de 9 h. à 11 h. 30 du soir.

Le matin, l'état général est meilleur, le visage ne porte plus comme la veille l'empreinte de la souffrance; l'appétit est revenu; il n'y a pas de fièvre.

Les douleurs spontanées et provoquées persistent cependant mais moins intenses au niveau de l'apophyse mastoïde; les douleurs de la névralgie faciale ne se sont point amendées.

Vendredi 3 juillet: il y a eu la veille une légère ascension thermique (38°); la nuit a pourtant été bonne et le matin la température est tombée à 36°8.

La douleur spontanée de la mastoïde a disparu ainsi que l'empatement des tissus mous qui la recouvrent. Seule, la pression est encore douloureuse particulièrement au niveau de la pointe.

Les douleurs faciales sont moins intenses, mais la pression décèle toujours l'existence des trois points d'hyperesthésie sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier. La mastication s'accompagne d'une souffrance mal définie dans la région angulo-maxillaire du côté gauche.

À l'examen otoscopique le tympan est notablement moins rouge, mais ne laisse pas encore apercevoir les détails du manche du marteau; on ne voit pas non plus la trace de la paracentèse: il n'y a pas d'écoulement par le conduit auditif.

Samedi 4 juillet, le malade a dormi jusqu'à 3 heures du matin; à ce moment il a été réveillé par une douleur lancinante qui, partant d'un point situé en arrière et au-dessous de la mastoïde, remontait en contournant le pavillon vers l'arcade sourcilière supérieure. Cette douleur a spontanément disparu vers 8 h. 30 du matin.

La pression au niveau de la face externe de la mastoïde est supportable, mais elle est très douloureuse au niveau du bord antérieur de celle-ci.

La commissure labiale gauche paraît un peu tirée en haut et en dehors. En outre le malade accuse de l'engourdissement dans la joue gauche.

Lundi 6 juillet: dans la journée de dimanche, à partir de 11 h. du matin, le malade a ressenti de nouveau une douleur vive dans la région mastoïdo-temporale. Vers 8 h. du soir, elle s'est spontanément calmée et le malade a pu dormir environ deux heures; à minuit il s'est réveillé avec des douleurs aussi fortes; le matin la température est de 38°2. La région mastoïdienne est rouge, légèrement œdémateuse; le pavillon de l'oreille n'est pas écarté des parties latérales du crâne, mais le sillon rétro-auriculaire est légèrement effacé. L'apophyse mastoïde semble épaissie et il existe un point très nettement douloureux sur son bord antérieur. Il existe en outre un torticolis léger; pas d'écoulement par l'oreille.

Mercredi 8 juillet, le malade présente les mêmes signes que la veille; seulement la douleur au niveau de la pointe et du bord antérieur de la mastoïde a disparu. Le malade souffre maintenant en un point qui correspond à la partie la plus élevée du creux parotidien, immédiatement derrière le lobule de l'oreille. La pression localisée à ce niveau détermine des souffrances plus vives encore. Il existe également un point douloureux immédiatement en avant du pavillon et au-dessus de l'arcade zygomatique. La traction sur le pavillon de l'oreille n'est nullement douloureuse.

Samedi 11 juillet, le malade a beaucoup souffert pendant la nuit et n'a dormi que trois heures. Les douleurs siégeant en avant du tragus sont limitées à une surface grande comme une pièce de 0 fr. 50. En avant de la pointe de la mastoïde il y a des douleurs caractérisées par des élancements incessants restant fixés aux mêmes points. Les parties spontanément douloureuses le deviennent à tel point à la pression que le malade fait un mouvement lorsqu'on effleure les téguments avec le doigt.

Trismus, accroissement de la douleur par l'écartement de la mâchoire; pas de douleur à la déglutition, pas de gêne dans les mouvements de rotation de la tête.

A l'examen objectif: léger œdème en avant de l'oreille effaçant le sillon préauriculaire, légère élévation de la commissure labiale gauche, léger œdème du sillon naso-labial. Il y a toujours du gonflement au niveau de la pointe de la mastoïde diminuant la profondeur du sillon rétro-maxillaire. Le conduit auditif présente un léger rétrécissement; et entre ses deux parties postérieure et antérieure on aperçoit le tympan recouvert d'une couche grisâtre.

Deux sangsues sont appliquées l'une en avant du tragus, l'autre au niveau de la mastoïde.

12 juillet, les douleurs faciales ont disparu; mais les douleurs de la région mastoïdienne persistent, quoique affaiblies.

15 juillet, le malade ne souffre plus, il accuse simplement de l'engourdissement au niveau des points précédemment douloureux. On constate l'existence, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, d'un petit ganglion du volume d'une noisette.

18 juillet 1896, le malade se plaint de souffrances dans les régions mastoïdienne, parotidienne et sus-orbitaire. Il y a de l'œdème rouge au niveau de la mastoïde et de la partie la plus élevée du creux rétro-maxillaire. Le malade a bon appétit, dort bien et n'a pas de fièvre.

19 juillet, dans la journée du 18, vers 2 h. 30 du soir, le malade a été pris d'un vertige avec nausées et sensation de constriction thoracique. Ce malaise a disparu, dès que le malade s'est assis. Il y a toujours un point douloureux au niveau du tragus et un autre dans le creux rétro-maxillaire. Les douleurs sus-orbitaires ont disparu, la nuit a été bonne, l'état général est satisfaisant, pas de fièvre.

20 juillet, dans la journée du dimanche, étourdissements, pesanteur de tête surtout marquée à gauche, quelques douleurs pendant la nuit.

Ce matin, engourdissement dans l'oreille et dans le côté gauche de la tête sans céphalalgie; douleur à la pression de la pointe de la mastoïde et en avant du tragus; léger empatement des tissus de la région mastoïdienne; rétrécissement du conduit auditif par la chute de la paroi

postérieure. De plus, un peu de dilatation de la pupille gauche; pas de changement de l'état du fond de l'œil.

Ces différents signes et surtout l'état vertigineux survenu dans les dernières 48 heures nous décident à pratiquer l'évidement de la mastoïde. Nous croyons en effet qu'il doit y avoir une tuméfaction de la muqueuse endo-mastoïdienne et un peu d'ostéite raréfiante, peut-être en voie d'extension du côté interne de la mastoïde.

21 juillet, opération.

Le périoste se détache avec une très grande facilité, il est épaissi, sa face profonde est râpeuse; l'os est poreux et présente un aspect rouge. A un millimètre au-dessous de la corticale, le tissu de l'apophyse mastoïde est aréolaire, ses mailles sont remplies de fongosités présentant quelques points purulents jaunâtres. En deux coups de curette, toute l'apophyse est évidée jusqu'à la pointe où se trouvent des gouttes de pus.

Après curettage de la mastoïde, le fond de la cavité osseuse se trouvait sur deux plans, par le fait d'une excavation de l'apophyse plus considérable à la pointe qu'à la base du processus.

Les angles de la plaie sont réunis par deux points de suture, la partie moyenne est laissée béante pour l'introduction de la mèche iodoformée. Pansement sec autour de la tête.

23 juillet, le pansement est renouvelé, la gaze iodoformée est retirée; il n'y a pas de pus, pas d'odeur, la plaie cutanée a bon aspect; on réintroduit une nouvelle mèche de gaze; et pansement antiseptique.

Plus de douleurs.

Tous les phénomènes subjectifs ont disparu aussitôt après l'opération et la guérison de la plaie s'est faite rapidement.

Le malade est sorti le 26 août 1896.

Son état était le suivant:

Cicatrice rétro-auriculaire à un centimètre du sillon, linéaire et un peu déprimée à son centre, tissus cutanés de la région mastoïde souples et de coloration normale. Aucune douleur spontanée ni à la pression; aucun bourdonnement, aucun phénomène subjectif.

Le tympan est épaissi, rétracté.

Acuité auditive égale des deux côtés.

L'infection endo-mastoïdienne, tout en restant limitée à la congestion et à l'épaississement de la muqueuse et sans présenter trace d'infiltration purulente, peut s'accompagner d'un abcès sous-périostique. Dans le cas suivant où un petit abcès était collecté sous le périoste du quadrant antéro-supérieur de la mastoïde,

nous n'avons pas trouvé de fistule osseuse reliant l'abcès superficiel au foyer infectieux profond. Les germes septiques avaient dû remonter le long des canaux de Havers.

Cette observation vient à l'encontre de l'opinion professée par Politzer qui a déclaré qu'un abcès périphérique n'existait *jamais* sans une suppuration centrale mastoïdienne. Mais elle vient à l'appui de l'hypothèse que nous avons émise à propos des périostites mastoïdiennes : que le foyer septique superficiel peut atteindre un degré d'évolution plus avancé que le foyer central dont il est la conséquence.

C..., 23 ans, soldat au 134<sup>e</sup> de ligne. Entré à l'hôpital le 12 février 1895.

A. H., nuls.

A. P., n'a jamais souffert des oreilles avant le mois de décembre 1894. Fluxion de poitrine à l'âge de 14 ans.

Le 25 décembre 1894, à la suite d'un coryza qui durait depuis le commencement de l'hiver, le malade a ressenti à la tombée de la nuit et brusquement de très vives douleurs dans l'intérieur des deux oreilles, douleurs lancinantes, continues, l'empêchant de dormir; sifflements, bourdonnements analogues au roulement d'une locomotive. Ces douleurs irradiaient autour des deux oreilles, jusque dans les yeux, les dents, l'intérieur du crâne. L'acuité auditive était fortement diminuée des deux côtés. Pas de céphalée frontale. Etat général assez bon, appétit conservé, pas de fièvre; le malade continue son service jusqu'au 10 janvier sans se faire porter malade (il est ordonnance et a peu de travail).

Vers le 28 décembre, au soir, les deux oreilles ont commencé à couler en même temps, sans sensation brusque de déchirure; les douleurs ont immédiatement diminué; écoulement séreux, clair, non sanguinolent, continu : un dé à coudre à peu près chaque jour et de chaque oreille; état général bon, pas de fièvre, toujours des sifflements et des bourdonnements intenses incommodant le malade.

Le 10 janvier 1895, il va à la visite, injections bichlorurées dans les deux oreilles.

L'écoulement augmente sans changer de caractère jusqu'au 15 janvier : il devient alors jaunâtre, purulent, épais, toujours aussi abondant.

Vers le 20 janvier, l'oreille gauche cesse de couler et les douleurs disparaissent de ce côté; mais le 25 janvier, le malade entre à l'infirmerie pour l'otite droite; toujours les mêmes douleurs, les mêmes

bourdonnements, le même écoulement; la surdité a un peu augmenté. Injections boriquées dans O. D.

Il est sorti de l'infirmerie le 4 février; l'écoulement de O. D. avait diminué, et il disparaissait le 7 février.

Du moment où O. D. a cessé de couler, les douleurs ont augmenté et elles ont changé de siège; elles n'ont plus été ressenties dans l'intérieur du conduit auditif, mais au niveau de l'apophyse mastoïde qui commença d'augmenter de volume : « J'ai senti, nous a dit le malade, que les tissus étaient plus épais à droite qu'à gauche; et quand je me suis regardé dans une glace, j'ai vu que le pavillon de l'oreille droite était plus bas et plus écarté que le gauche. »

Le 9 février, le médecin du corps pratique une petite incision en arrière du sillon rétroauriculaire. Le malade n'en éprouve aucun soulagement; au contraire, les douleurs augmentent et avec elles vient l'insomnie.

Le 12 février, C... est envoyé à l'hôpital.

L'oreille gauche est revenue à peu près à l'état normal, nous ne nous en occuperons pas.

L'oreille droite ne coule plus : acuité auditive diminuée, montre à 0<sup>m</sup>04; bourdonnements, sifflements analogues à des sifflets de locomotive.

Douleurs lancinantes périauriculaires, plus fortes en arrière et le long du sterno-mastoïdien, exagérées par la mastication et la déglutition.

Pavillon de l'oreille abaissé et projeté en dehors; conduit auditif rétréci par chute de la paroi postéro-supérieure.

La moitié postérieure du tympan est masquée et sa moitié antérieure est recouverte de squames épidermiques brillantes.

Du côté de l'apophyse mastoïde, on voit une tuméfaction assez régulière qui s'étend à toute sa surface. Elle commence à l'attache antérieure de l'oreille, descend jusqu'au sillon retro-maxillaire et même un peu sur la région cervicale; en arrière, elle s'étend jusqu'à la ligne d'implantation des cheveux; en avant elle monte un peu sur la face interne du pavillon de l'oreille. Sur cette zone tuméfiée existe une saillie très nette d'un centimètre et demi de diamètre environ et dont le point culminant correspond à la hauteur de la paroi supérieure du conduit auditif.

Le sillon rétroauriculaire est effacé en haut dans la moitié supérieure de l'oreille; à la moitié inférieure, il est conservé; il y a même des plis supplémentaires très nets, très accusés par l'œdème.

La peau a une teinte cyanosée, rouge, plus foncée au niveau de la partie saillante du gonflement. La rougeur se perd en bas au niveau de

l'attache du sterno-cléido-mastoïdien ; en haut, au niveau de l'attache supérieure du pavillon.

Chaleur très manifeste dans toute l'étendue de la région. Fluctuation très nette au niveau de la partie la plus marquée de la tuméfaction.

La pression est très douloureuse sur toute la région mastoïdienne, mais plus particulièrement à la pointe.

Etat général assez bon, pas de céphalalgie frontale, le malade ne dort pas la nuit.

13 février 1895. *Opération.* — Incision verticale rétroauriculaire de cinq centimètres. Les tissus sont épaissis, blanchâtres et déjà infiltrés de pus. Un abcès contenant une cuiller à café environ de pus jaune et épais est en contact avec l'os.

La surface de celui-ci est dénudée et rugueuse au doigt dans une étendue d'un centimètre carré environ, juste dans son quadrant antéro-supérieur.

La trépanation est faite, en vue de l'ouverture de l'antra. Quand on a enlevé une couche osseuse de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, et de 7 à 8 millimètres carrés, on aperçoit au fond de la brèche une surface grise, brillante, qui nous fait l'effet d'une masse fongueuse. Avec une curette, nous détachons aisément tout le bloc fongueux qui a le volume d'une lentille. Il est consistant au doigt, et assez résistant pour ne pas se déformer en tombant d'une hauteur de 0<sup>m</sup>50.

C'est lui dont la coupe histologique a fourni la préparation de la fig. 82.

Il occupe l'antra, mais a un peu usé son côté postérieur, aux dépens duquel la cavité antrale s'est agrandie.

Les coups de curette suivants ne ramènent que quelques parcelles de muqueuse insignifiantes.

Les parois de la cavité résistent à la curette ; et quand elle est complètement nettoyée, elle admet avec peine l'extrémité du petit doigt.

Elle est bourrée avec de la gaze iodoformée ; et les angles supérieur et inférieur de la plaie suturés avec quelques points de fil de soie.

21 février 1895, 1<sup>re</sup> réfection du pansement, ablation des points de suture ; la gaze iodoformée retirée est sèche ; on en introduit une nouvelle.

Le malade ne souffre plus.

L'état général est toujours très satisfaisant.

28 février, 2<sup>e</sup> pansement, on remet une nouvelle gaze iodoformée, celle qu'on vient d'enlever est un peu souillée de sang.

A partir du 1<sup>er</sup> mars, on refait le pansement tous les 4 jours et à partir du 10 mars, on ne fait plus de drainage à la gaze iodoformée, on laisse la plaie se refermer.

Le 15 mars, la plaie est cicatrisée complètement.

4 avril 1895, date de la sortie.

Le pavillon de l'oreille en bonne position ; cicatrice cachée par le pavillon, non douloureuse spontanément, encore un peu sensible à la pression.

Conduit auditif large et sec.

Tympan granité avec bandes fibreuses disséminées ; marteau incliné un peu en arrière et porté vers la paroi interne de la caisse, mal délimité, un peu rouge, recouvert par une portion épaisse du tympan.

Courte apophyse un peu saillante ; une grande tache lumineuse en avant et à la hauteur de l'ombilic, indice probable de l'ancienne perforation.

Un autre point lumineux au niveau de la membrane de Shrapnell ; mur de la logette injecté ; aucune douleur spontanée ; pas de phénomènes subjectifs auriculaires ; montre entendue à 25 cm.

## MASTOÏDITES CONDENSANTES

La mastoïdite condensante n'a pris place en otologie que tout récemment. Buck et Schwartze l'avaient indiquée. Hartmann, en Allemagne ; Orne Green, en Amérique ; Duplay, en France ; G. Nuvoli, en Italie, en ont dit quelques mots. Mais nous n'oserions pas affirmer l'homogénéité de tous les éléments qui ont été présentés pour l'édification de son histoire clinique.

Il y a un fait certain : des malades souffrent beaucoup de la région mastoïdienne sans présenter aucune lésion apparente de cette région et, quand on les opère, on ne trouve dans l'apophyse ni abcès, ni fongosités. La mastoïdite est dure comme une bille d'ivoire.

On est d'autant plus porté à accepter une forme de mastoïdite condensante et douloureuse qu'elle rappelle en tous points l'ostéite névralgique décrite par Gosselin et étudiée par le P<sup>r</sup> Poncet de Lyon (Traité chir. : Duplay et Reclus, t. II). Bloch lui a donné son dernier certificat d'identité en démontrant que les ostéites névralgiques et condensantes sont en général le résultat d'un processus infectieux (Rev. Chir. 1894, p. 596). Les germes septiques, au lieu de déterminer, comme dans les cas précédents, une raréfaction et une carie de tissu osseux mastoïdien, excitent, dans