

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^m50.

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^{re} 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^e pansement, on remet une nouvelle gaze iodoformée, celle qu'on vient d'enlever est un peu souillée de sang.

A partir du 1^{er} 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^r 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

cette forme d'inflammation, le pouvoir ostéogénique des cloisons osseuses et diminuent la capacité des alvéoles jusqu'à leur disparition totale.

La lésion caractéristique de cette mastoïdite est la transformation de l'apophyse en un bloc osseux.

On ne trouve aucune lacune : toutes les cellules mastoïdiennes ont disparu. Le tissu de la pyramide ressemble à un fragment de diaphyse. Il est aussi dur que l'ivoire. Hartmann (*Ueber sclerose des Warzenfortsatzes Zeitschrift für Ohrenheilkund*, t. VIII) admet que l'éburnation commence par les cavités périantrales, et cela parce qu'il a trouvé plusieurs fois sur le cadavre l'antre mastoïdien entouré d'un anneau de tissu éburné. Plusieurs observateurs ont fait la même observation, et nous-même citerons une observation de sclérose périantrale avec injection du tissu osseux sous-cortical. Le syndrome clinique était celui des mastoïdites condensantes, et nous avons supposé que les deux états anatomiques représentaient les deux stades d'un même processus pathologique.

La sclérose de l'apophyse mastoïde ne s'accompagne pas d'une augmentation générale du volume de cette apophyse. Elle se produit à l'intérieur de l'os sans que le périoste subisse une irritation qui exagère son pouvoir ostéogénique.

Elle se traduit presque exclusivement en clinique par des douleurs intenses, persistantes, ayant pour point de départ l'apophyse mastoïde et irradiant dans le côté correspondant de la tête.

Tout en étant permanentes, les douleurs peuvent revenir par accès, surtout la nuit, et pendant une durée de deux à trois heures. On trouvera dans l'observation que nous publions in-extenso la description d'une de ces formes ostéo-névralgiques à crises périodiques. Les téguments de l'apophyse ne sont pas hyperesthésiés, mais une pression profonde, au niveau de l'antre, réveille de la douleur.

Pas de signes objectifs ; peau souple et de couleur normale ; pas de gonflement, absence de fièvre, mais état général épuisé par les douleurs et les insomnies. Cependant, on peut observer exceptionnellement une légère tuméfaction de la région mastoï-

dienne. Knapp (*Transact. of the Amer. otological society*, 15 juil. 1884) signale aussi le gonflement, parfois douloureux, de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif osseux. Une malade de Broca avait un peu de rougeur, de la chaleur et de l'œdème au niveau de l'apophyse mastoïde. La pression digitale éveillait de la douleur (Broca et Lubet-Barbon, page 82).

L'infection de l'oreille moyenne, qui donne lieu aux mastoïdites scléreuses, a quelquefois une forme excessivement bénigne. Ainsi que l'a fait remarquer Duplay, l'otite moyenne peut être assez légère pour que le tympan ne se perforé pas. C'était le cas rapporté par Lippincott (*Transact. of the An. ot. soc.*, 15 juil. 1884), d'une jeune fille de 19 ans offrant tous les signes d'une otite moyenne chronique simple avec intégrité complète de la membrane du tympan et sans autre phénomène du côté de l'apophyse mastoïde qu'une douleur intense, persistante, augmentant constamment d'acuité, malgré tous les remèdes employés. C'était aussi le cas de notre malade dont le tympan était un peu épaissi, et qui avait une injection très marquée des vaisseaux du hile de Gellé.

La suppuration peut avoir existé et être tarie depuis un temps plus ou moins long ; elle peut être aussi en cours de durée et être entretenue par des polypes de la caisse. Un malade du Dr Huntington Richards (*Soc. d'ot. américaine*, 1890) souffrait d'une otorrhée depuis plusieurs années et avait le conduit auditif presque obstrué par un polype, lorsqu'il fut pris de douleurs mastoïdiennes intenses, caractéristiques de la mastoïdite condensante. De même, les malades de Lubet-Barbon et Broca.

Les crises douloureuses d'un de nos malades ont été précédées d'un empyème antral, ce qui confirme au point de vue clinique les constatations anatomo-pathologiques de Hartmann : à savoir que l'antre est le point de départ des germes septiques qui émigrent de sa cavité pour s'infiltrer dans les zones périphériques de la mastoïde.

D'ailleurs ne remarque-t-on pas que les vieux otorrhéiques chez lesquels on pratique l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne ont presque toujours des mastoïdes éburnées, et qu'il en est ainsi chez un grand nombre de malades qui meurent de

complications cérébrales. Il n'y a que le toit de la caisse et de l'antre qui se laisse raréfier ; et si on faisait le pourcentage des apophyses scléreuses d'après les constatations opératoires, on ne manquerait pas de les admettre dans une proportion bien plus grande que celle qui leur est attribuée par les anatomistes. Nous ne serions pas éloigné de dire qu'une mastoïde infectée se condense quand elle ne suppure pas, et le danger de la condensation résulte justement de ce fait que la porte de sortie pour les germes est fermée à l'extérieur et qu'ils sont refoulés du côté de la table interne du crâne où ils n'ont plus d'obstacle à leur progression. Encore les mastoïdes primitivement scléreuses ou diploïques doivent-elles être plus exposées que les autres à l'ostéomyélite condensante.

Nous nous représentons cette forme d'ostéomyélite comme un des degrés les plus faibles de l'infection du tissu mastoïdien. Elle serait au troisième rang d'une série infectieuse dont le premier rang appartiendrait aux mastoïdites suppurées et le second aux mastoïdites congestives.

L'absence de symptômes bien caractéristiques de la mastoïdite condensante a eu pour résultats ou delui attribuer toutes les douleurs de la région mastoïdienne ou de faire mettre en doute son rôle dans certains états douloureux. Il est certain que l'hyperesthésie ou la névralgie mastoïdienne peut dépendre d'une carie lente de l'apophyse ou d'une affection générale telle que l'hystérie. Quelquefois aussi, rien ne peut l'expliquer ainsi qu'en fait foi l'observation suivante :

Malade âgée de 16 ans ; au dire de sa mère elle a souffert depuis son enfance de diverses affections bilatérales de l'oreille localisées d'abord au conduit auditif externe et à la caisse, puis à l'apophyse mastoïde. La maladie actuelle a débuté, il y a trois mois, par des douleurs intolérables dans toute la région mastoïdienne gauche qui, en dépit du traitement, durèrent jour et nuit, de sorte que la jeune fille ne put ni manger ni dormir, pleura et maigrit considérablement. Surdité bilatérale prononcée. A l'examen, l'apophyse mastoïde gauche semble normale, de même que le conduit auditif externe, mais il existe des deux côtés un catarrhe chronique sec de la caisse. En cathétérissant, j'ai perçu à gauche un bruit

sec, vésiculaire. On pouvait donc songer à une affection suppurée chronique ; ni la caisse, ni l'apophyse mastoïde ne présentaient des symptômes inflammatoires aigus ; aussi fit-on le diagnostic de mastalgie ; et, comme les douleurs remontant à trois mois résistaient à tout traitement et n'étaient pas de nature hystérique, on décida la trépanation mastoïdienne que les parents et la malade réclamaient avec insistance. Elle fut pratiquée au sanatorium de Grünswald, en présence des D^{rs} Pokorny, Rothbart et Tomka.

Pour éviter toute erreur j'expliquais avant l'opération que je ne cherchais et ne trouverais ni pus, ni inflammation ou produits inflammatoires ; je m'attendais au plus à une sclérose osseuse qui existe parfois dans les inflammations de la caisse et réclame la trépanation. Mais je ne trouvai rien de cela à l'opération, les cellules étaient normales, ne présentaient pas traces d'inflammation, de pus ou de rougeur ; elles étaient nombreuses et vastes, allaient en arrière jusqu'au sinus et on remarquait principalement la pâleur, la coloration presque blanche de la muqueuse des cellules.

L'antre fut ouvert et la mastoïdite totalement évidée. La malade supporta parfaitement une anesthésie de cinq quarts d'heure, ressentit quelques douleurs pendant la première nuit, mais d'une autre nature. Le pouls et la température demeurèrent normaux et dès le second jour les douleurs disparurent totalement. La malade se rétablit promptement, elle mange et dort bien et peut être considérée comme guérie. Deux jours après l'opération, l'ouïe s'est trouvée considérablement améliorée, ce qui peut être attribué à l'ouverture de l'antre, ou être la suite de l'activité nerveuse provoquée par la cessation des douleurs.

L'enfant n'était pas hystérique. Elle avait été examinée dans ce but par un spécialiste compétent.

(Observation communiquée à la Société des oto-laryngologistes hongrois (séance du 24 mai 1895) par le D^r Lichtenberg, d'après Ann. mal. oreil., 1895).

Le pronostic de la mastoïdite condensante n'est pas bon.

Les douleurs finissent par altérer l'état général des malades ; ils dorment mal, pâlisent et maigrissent. On sait qu'aucune énergie n'est capable de lutter contre une douleur prolongée.

Le médecin use très vite ses ressources thérapeutiques. L'opium, la morphine, l'antipyrine, le bromure de potassium, le massage, l'électricité font gagner du temps, et c'est tout. Il faut en arriver à la trépanation qui est difficile, qui exige de la part de l'opérateur