

d'une méningite diffuse, après avoir été trépané pour des douleurs mastoïdiennes. Nous y relevons la phrase suivante : « Comme il y avait une carie de la voûte du tympan, et des végétations polypoïdes persistantes, il est possible qu'en dégageant le tympan plus tôt, on aurait obtenu un meilleur résultat, qu'avec l'opération mastoïdienne. »

Nous avons cherché à tirer parti des observations publiées, en notant la différence des résultats suivant que l'opérateur avait poussé la trépanation jusqu'à l'antre ou s'était arrêté dans la masse éburnée. Il est évident que la question se simplifierait s'il était possible de montrer que le malade a été guéri après une antrotomie, quelque petite qu'ait été l'ouverture de l'antre ; et, qu'au contraire les douleurs sont revenues malgré un large évidement de la mastoïdite quand l'antre n'a pas été ouvert.

Une pareille enquête n'est pas facile. Les renseignements sur les détails de l'opération sont incomplets ; mais, d'une façon générale, l'antre n'a pas été ouvert. Cependant nous avons l'observation XVI de Broca : une première opération où l'évidement n'a pas été poussé jusqu'à l'antre ne donne aucune amélioration. Les douleurs deviennent dans la suite si intolérables qu'une seconde opération est tentée six mois après la première. Cette fois on évide la région mastoïdienne jusqu'au canal de l'antre. Nouvel insuccès au point de vue fonctionnel.

Au total, la question reste en suspens.

On pourrait faire aussi l'hypothèse de l'inflammation des branches nerveuses qui se terminent dans la mastoïde, et d'une névrite périphérique causée par l'infection lente de l'apophyse. Or, on sait que beaucoup de ces névrites sont temporairement amendées par l'ablation de la cause irritante, mais qu'elles reprennent ultérieurement leur marche, comme si le processus infectieux s'étendait progressivement vers la racine du nerf.

MASTOÏDITES CHOLESTÉATOMATEUSES

Nous disons mastoïdites cholestéatomateuses, comme on dit en pathologie urinaire cystites calculeuses. Le cholestéatome est une cause prédisposante de l'infection de la mastoïde ; et

quand l'infection et la suppuration sont établies, la guérison n'est possible qu'après la disparition du cholestéatome. Encore cette tumeur laisse-t-elle après son enlèvement une cavité dont l'état des parois est très défavorable à la réparation.

L'antre est le foyer d'élection des tumeurs cholestéatomateuses (voir page 102). Elles commencent par se mouler sur les parois de l'antre et y prennent une forme lenticulaire concavo-convexe. Elles profitent de toutes les anfractuosités périantrales pour y envoyer des prolongements. Les plus malignes taraudent l'intérieur de la mastoïde et usent le tissu osseux qui essaie bien de résister par une éburnation périphérique, mais qui finit par disparaître sous l'influence du frottement incessant de la tumeur. Quand celle-ci a acquis un fort développement, elle peut s'étaler sous la dure-mère ou pointer sous la peau.

Les parois de la loge cholestéatomateuse sont lisses comme une surface vitrée : le doigt peut passer dessus sans sentir plus de rugosités que sur du marbre. Elles sont parfois recouvertes de lamelles nacrées, non encore détachées, mais appelées à augmenter le volume de la tumeur. C'est probablement l'altération du tissu osseux qui est la cause de la lenteur et quelquefois de l'absence de bourgeonnement des parois cavitaires après l'ouverture de la cavité mastoïdienne, comme l'existence des lamelles épidermiques pariétales est cause de la récurrence de la tumeur.

Le cholestéatome peut rester longtemps inclus dans l'apophyse mastoïde sans déterminer aucun phénomène réactionnel. A peine quelques douleurs spontanées et exagérées par la pression ; à peine un peu de céphalalgie et parfois quelques vertiges. — Les cas sont très rares où la paroi externe de l'apophyse mastoïde est tellement amincie qu'on a au toucher la sensation parcheminée que donnent les kystes osseux. Rares sont également les fistules de la paroi postérieure du conduit auditif ou du sillon retroauriculaire par lesquelles le cholestéatome pointe à l'extérieur ou rejette au dehors des lamelles épidermiques grasses et fétides. Kuhn a trouvé dans une mastoïde un cholestéatome de la grosseur d'un œuf de poule. Le malade avait cinquante ans et n'avait jamais souffert avant la poussée inflammatoire qui le faisait con-

sulter Kuhn. La tumeur emplissait complètement les cellules aériennes; elle s'étendait en avant jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire et faisait saillie en arrière dans la fosse cérébelleuse (Congrès Intern. Berlin, 1890).

Mais vienne un incident quelconque : un peu de fatigue, une angine, une irrigation de l'oreille; et les conditions changent. La tumeur jusqu'alors bien supportée, mais toujours enveloppée d'une atmosphère septique et en communication avec l'oreille moyenne par un aditus généralement élargi, devient l'occasion d'accidents qui éclatent brusquement.

La mastoïde se tuméfie; la peau devient chaude, rouge et douloureuse à la pression; le pavillon de l'oreille s'écarte du crâne; le conduit auditif se rétrécit; des douleurs lancinantes occupent en permanence la moitié du crâne. L'état général s'altère avec ou sans fièvre. Bref, une mastoïdite suppurée est installée; et un abcès se forme rapidement à l'extérieur. La vraie cause de la mastoïdite est souvent méconnue; et c'est la trépanation de l'os qui fait découvrir au centre du processus mastoïdien la tumeur qui y est incluse. Chez un de nos malades la grosse masse cholestéatomateuse s'est présentée dans le champ opératoire dès les premiers coups de gouge.

Malheureusement l'usure de la table interne du crâne a favorisé bien des fois la diffusion de la suppuration du côté de la cavité crânienne. Nous avons vu survenir une méningite suppurée chez un malade qui était depuis deux ans au régiment et y faisait régulièrement son service sans éprouver la moindre douleur du côté de l'oreille. Nous avons trouvé à l'autopsie une tumeur perlée qui avait érodé la paroi crânienne et baignait dans le pus. Dans son intéressant mémoire, Katz a rapporté quatre cas mortels de cholestéatome du temporal. La table interne du crâne était perforée et on voyait saillir, à travers la perforation, la masse blanche, nacrée, molle du cholestéatome. Chez un sujet, l'antre avait les dimensions d'une petite noix; l'apophyse mastoïde était réduite à une lamelle osseuse, la face postérieure du rocher offrait une perte de substance ovale, grosse comme un haricot par laquelle la masse nacrée faisait hernie. C'est par cette voie que les germes septiques avaient gagné les parois du sinus latéral et

amené la formation d'un thrombus grisâtre s'étendant dans la veine jugulaire jusqu'à mi-hauteur du cou.

Ci-joint une observation qui confirme les données précédentes.

Brard, 13^e artill., 22 ans. Entré au Val-de-Grâce le 11 oct. 1894, sorti le 15 mai 1895.

A l'âge de 7 à 8 ans, le malade a commencé à souffrir de l'oreille gauche sans causes connues. Au bout de quelques jours, écoulement purulent et disparition de la douleur : perte très rapide de l'ouïe. La suppuration a continué très abondamment pendant 5 à 6 ans : pus jaunâtre, fétide, quelquefois mêlé d'un peu de sang.

L'écoulement s'est alors arrêté; et le malade n'a plus rien senti du côté de l'oreille gauche jusqu'au 19 sept. 1894. A cette époque, sans que rien en expliquât le retour, la suppuration reparut : douleur légère.

Brard fait cependant son service pendant 1 mois, mais il est forcé de le suspendre dans les premiers jours d'octobre. Il entre au Val-de-Grâce le 11 oct.

Montre non perçue au contact; bourdonnements, sifflements assez fréquents; pas d'étourdissements ni vertiges; douleurs spontanées, sourdes, légères derrière l'oreille et dans la tempe; apophyse mastoïde non tuméfiée, mais un peu douloureuse à la pression. Ecoulement de pus fétide, jaunâtre, épais, un peu sanguinolent, tympan disparu : la caisse est remplie de polypes et de débris cholestéatomateux. On fait plusieurs tentatives d'extirpation des polypes et de curetage des masses cholestéatomateuses. Le malade supportait bien les interventions, et avait été soulagé, lorsque le 19 novembre il recommence à souffrir.

Nous voyons apparaître dans la région temporale gauche, au-dessus de l'apophyse mastoïde, une tuméfaction dure, très peu étendue d'abord, mais qui s'accroît rapidement; la peau est chaude, tendue, douloureuse à la pression. Le malade perçoit des élancements douloureux du côté du crâne, avec irradiations dans la nuque et la région sus-hyoïdienne. Les mouvements de déglutition, les efforts de toux lui deviennent particulièrement douloureux, l'insomnie est persistante.

Le gonflement s'accroît du 19 au 22 septembre, les douleurs sont plus intenses, écoulement auriculaire peu abondant.

Le 22 novembre, œdème blanc, dur, douloureux de tout le pourtour de l'oreille; la tuméfaction décroît progressivement de l'oreille elle-même aux régions avoisinantes, elle empiète sur les régions temporale et jugale et a son maximum un peu au-dessous de l'apophyse mastoïde; la pression est douloureuse sur tout le pourtour de l'oreille; un point doulou-

reux, très net, existe à trois centimètres en arrière du sillon rétro-auriculaire; état général mauvais, quoique apyrétique.

24 novembre, fluctuation diffuse dans toute la région mastoïdienne; langue saburrale, facies fatigué, teinte subictérique des conjonctives, pas de fièvre.

25 novembre, ouverture de la mastoïde et de la caisse: incision des parties molles en haut et en arrière du pavillon de l'oreille; ouverture d'un abcès sous-périosté, contenant environ une cuiller à bouche de pus jaunâtre; trépanation au lieu d'élection, abcès sous-cortical d'une cuiller à café de pus; à peine la curette a-t-elle élargi l'orifice de la trépanation qu'un cholestéatome s'énuclée spontanément à la façon du contenu d'un kyste sébacé. En continuant le curettage de l'apophyse mastoïde, on découvre un prolongement de l'abcès vers la pointe de l'apophyse.

A un moment, la curette amène dans le champ opératoire un flot de sang qui s'arrête par la compression de la gaze iodoformée; nous pouvons continuer par l'abrasion de la paroi postérieure du conduit auditif et du mur de la logette; nettoyage des fongosités de la caisse; les osselets ont disparu, section longitudinale de la paroi postérieure du conduit auditif membraneux, bourrage du conduit et de la caisse avec une mèche de gaze iodoformée, sutures des angles de la plaie.

26 novembre, nuit bonne, un peu d'œdème des paupières et de la face du côté gauche.

27 novembre, quelques douleurs au niveau de la mastoïde.

28 novembre, douleurs au niveau de la protubérance occipitale.

29 novembre, aucune douleur, état général très bon.

30 novembre, renouvellement du pansement, réunion des angles de la plaie, écoulement purulent assez abondant et fétide; mèches de gaze dans le conduit et dans la plaie rétro-auriculaire; état général très bon. Les pansements sont refaits tous les deux jours.

20 décembre, diminution considérable de la suppuration, bourgeons charnus abondants cautérisés dès leur apparition; le pavillon de l'oreille légèrement abaissé est relevé par des tampons de gaze et du coton hydrophile.

10 février, au niveau de l'antre persiste un trajet fistuleux par lequel on peut faire pénétrer deux centimètres de l'extrémité du stylet.

20 avril, fongosités encore considérables dans la région antrale, l'ouverture de la fistule rétro-auriculaire est de la grandeur d'une lentille, le stylet continue de s'enfoncer à deux centimètres de profondeur, cautérisation énergique au galvano-cautère.

15 mai, nous sommes parvenu à arrêter les fongosités grâce aux cautérisations régulières au galvano-cautère; la cicatrisation s'est faite par épidermisation des parois de la cavité rétro-auriculaire.

Le conduit auditif, très large à son orifice externe, se rétrécit dans la profondeur et se termine en infundibulum paraccolement de ses parois; aucun écoulement, le pavillon de l'oreille est un peu abaissé, la cicatrice est régulière, non douloureuse, en grande partie cachée par les cheveux, et présente une excavation au niveau de l'antre. Aucun phénomène subjectif, la montre est entendue à 0^m02.

En somme, bon résultat.

MASTOÏDITES CHRONIQUES

Nous avons déjà établi l'analogie des mastoïdites condensantes avec les ostéomyélites éburnées. Les mastoïdites chroniques sont comparables aux formes d'ostéomyélites décrites depuis Lannelongue sous le nom d'ostéomyélites prolongées. Dans l'intérieur de la pyramide se forme une cavité close qui renferme des débris septiques ou cette même cavité communique à l'extérieur par un trajet fistuleux; et c'est la permanence du foyer septique qui entretient tous les accidents.

Les mastoïdites chroniques sont très fréquentes ou du moins étaient très fréquentes avant que le traitement chirurgical ait acquis la faveur dont il jouit depuis plusieurs années. Ainsi une statistique de Schmiegelow faite avant 1888 (Résection du processus mastoïde, Nord. med. Arch., 1888) donne les résultats suivants: sur un total de 30 trépanations, il s'agissait 12 fois d'un état aigu, et 18 fois de symptômes ayant un caractère chronique; sur les 18 fois, la carie était limitée 8 fois au pourtour de l'antre. Dans 6 cas, elle avait attaqué toute l'apophyse sauf la substance corticale. Trois fois la carie centrale était sans communication avec l'oreille moyenne. Il n'y avait que deux cas de fistules de la couche corticale.

La chronicité s'établit de deux façons: dans la première, l'inflammation est restée limitée à l'antre; les accidents ont été assez bénins pour disparaître spontanément et faire croire à une guérison définitive. Mais, en réalité et au point de vue anatomopathologique, la résolution a été imparfaite; la muqueuse est demeurée hypertrophiée, bourgeonnante, et en partie ulcérée. La plus légère inflammation donne un coup de fouet à la virulence latente et le processus infectieux accentue ses ravages dans la profondeur. La