

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

muqueuse finit par disparaître ; les parois de la cavité se raréfient et s'érodent, l'antre s'agrandit au point d'admettre la pulpe du doigt. Il est limité par une surface granuleuse, noirâtre, qui s'effrite sous le stylet et se réduit en parcelles osseuses ; et peu à peu le toit s'effondre et la dure-mère se découvre. Le contenu de la cavité est formé par quelques débris noirs et lamelleux ou par une masse épaisse, puriforme, sanguinolente, à laquelle est mélangée de la poussière osseuse. On peut y trouver aussi une matière caséuse molle ou réductible sous un courant d'eau en feuillets membraniformes. Que les chirurgiens n'oublient jamais cette forme d'antrite ; c'est elle qui cause la mort de bien des malades et nous retrouverons les résultats ultimes de sa marche en étudiant les complications endocrâniennes.

« De nombreuses autopsies ont montré, dit Scwhartze, qu'il « peut y avoir pendant de longues années carie ou nécrose de « l'apophyse mastoïde avec couche corticale complètement intacte « ou sclérosée et revêtement cutané tout à fait normal, notamment « quand l'exsudat sanieux trouve une issue suffisante du côté de « la caisse et du conduit auditif ou de la trompe d'Eustache. » Et de fait, on trouve, dans les auteurs, quelques cas mortels d'inflammation endocrânienne partie d'une apophyse mastoïde évidée par la carie et dont la nécrose parcellaire remontait à dix et vingt ans. Un adulte du service de Rendu, atteint d'otorrhée depuis l'enfance, avait une mastoïde dont l'intérieur ne formait qu'une seule et grande lacune.

La chronicité est également la conséquence d'un état inflammatoire aigu de la mastoïde. En quelques jours, après une période d'infection marquée par les symptômes les plus graves, un abcès rétro-auriculaire s'ouvre spontanément à l'extérieur et met fin aux douleurs, à l'agitation et à la fièvre. Mais une fistule persiste. Les fistules mastoïdiennes siègent au point culminant de l'abcès primitif : de préférence au niveau de l'antre ou sur la face externe de l'apophyse mastoïde. Aussi, quand on explore les fistules rétro-auriculaires avec un stylet, celui-ci s'enfonce en bas ou en haut, mais presque constamment en avant du côté de l'aditus ad antrum. Quelquefois la fistule se trouve sur la paroi postérieure du conduit masquée par un petit bouquet de granulations. Un

stylet introduit parmi ces granulations fait découvrir un pertuis plus ou moins profond dirigé, d'avant en arrière, perpendiculairement à la direction du conduit.

L'ouverture fistuleuse est en général réduite à un trajet étroit, quoiqu'on l'ait vue avoir les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Les bords sont lisses ou déprimés ou cachés sous des bourgeons charnus polypiformes. Le trajet des fistules mastoïdiennes est plus ou moins long, il comprend d'ordinaire la mastoïde excavée et l'antre. On peut aussi rattacher, dans les otorrhées chroniques, la caisse et la trompe d'Eustache au trajet fistuleux intra-mastoïdien, ce qui a fait dire assez heureusement à Broca que les fistules mastoïdiennes étaient complètes la plupart du temps et allaient du pharynx à la peau en passant par des cavités complexes, caisses et cellules mastoïdiennes, à parois plus ou moins cariées, nécrosées.

On peut s'assurer de la communication de l'orifice fistuleux avec la caisse à l'aide d'une injection que l'on fait passer de la fistule dans le conduit ou inversement. Cependant la fistule est quelquefois fermée du côté de l'antre et la cavité mastoïdienne est séparée de la cavité auriculaire par une partie osseuse éburnée. Les dimensions de l'excavation mastoïdienne ne sont jamais comparables entre elles. Tantôt l'apophyse est presque entièrement évidée et ne représente plus qu'une coque de noix friable et partiellement ulcérée, surtout du côté de la paroi postérieure du conduit auditif ; tantôt la mastoïde a conservé une couche corticale épaisse et dure qui entoure des cellules rudimentaires ; quelquefois l'antre est la seule cavité existante et le reste de l'apophyse est scléreux.

Les fistules sont entretenues par des séquestres, du pus caséux ou des parties mortifiées de la fibro-muqueuse. Les séquestres sont constitués par une portion de la corticale, ou même par toute l'enveloppe externe de la mastoïde avec sa forme convexe en avant ; quelquefois, chez les enfants, par la totalité de l'apophyse. Une partie de l'écaille du temporal ou du rocher peut se trouver séparée. Le séquestre est plus rarement central et invaginé dans l'apophyse. Au lieu d'être dur comme les précédents, celui-ci est spongieux, rempli de sang et de couleur rouge brun. Il provient

de la nécrose en bloc de toutes les cellules mastoïdiennes. Chez le malade qui fait l'objet de l'observation n° 5 de son mémoire, Hessler trouva, juste au milieu de l'apophyse, un morceau d'os de forme carrée, long et large d'un centimètre, entouré d'un sillon d'élimination très net et déjà un peu mobile. Il l'enleva au ciseau et découvrit en arrière une grande cavité remplie d'un pus crémeux et de granulations noirâtres.

Les fistules donnent lieu à un écoulement plus ou moins abondant et quelquefois intermittent. Nous avons connu en Algérie un Arabe qui depuis plusieurs années avait, suivant son expression, « une petite fontaine » derrière la tête. Une fistule rétro-auriculaire conduisait dans une cavité rugueuse, d'où s'écoulait du sang, quand on prolongeait l'exploration avec le stylet. Le disciple de Mahomet attendait sa guérison de la Providence.

Il est exceptionnel que les fistules se ferment d'elles-mêmes, quoique nous ayons eu dans notre service un exemple de la parfaite cicatrisation d'un évidement spontané de l'antre. Le sujet était un soldat de 22 ans (L... au 29^e d'Inf.). Depuis l'âge de 7 ans, il souffrait des oreilles. A 15 ans, il s'est formé derrière le pavillon de l'oreille droite une tuméfaction qui refoulait en avant le pavillon. Au bout de quelques mois, commença l'écoulement d'un pus jaune et fétide qui dura environ deux ans. Le malade ne reçut aucun soin médical, il se contentait de se recouvrir les oreilles avec un mouchoir. Il lui reste maintenant dans le quadrant antéro-supérieur de la mastoïde une excavation qui admet l'introduction du petit doigt et qui a une profondeur de 12 millim. Son axe a une direction postéro-supérieure. Son orifice d'entrée est légèrement ovalaire. Ses parois sont tapissées d'un tissu cicatriciel très résistant. Il est vrai que les osselets ont été expulsés et que la caisse ne représente plus qu'une cavité épidermée. Surdité complète. C'est l'opération de Stacke faite par la Nature.

En tout cas, la cicatrisation d'une fistule n'est pas un sûr garant d'une complète guérison. Derrière le tissu fibreux qui l'osbtrue, des germes peuvent sommeiller qui reprennent vie ultérieurement. Ainsi le fait recueilli par Orgozozo (Thèse de Paris).

Le malade âgé de 31 ans était d'une constitution forte. Une première mastoïdite avait donné lieu à une fistule qui s'était fermée

et dont la place était marquée par une cicatrice. Sur l'otite ancienne se greffe une otite aiguë, et une deuxième mastoïdite survient. Les douleurs de tête sont très vives, violentes, paroxystiques, irradiées vers le front et l'occiput. Le malade s'accroche à son lit et parle de mettre un terme à ses jours. L'apophyse mastoïde douloureuse à la pression est rouge et œdémateuse. On se borne à élargir avec un stylet l'ancien trajet fistuleux par lequel le pus s'écoula. Le tympan est ouvert afin de donner au pus une issue facile. Lavages antiseptiques, douches d'air : un mois après le malade est guéri.

Broca a vu également de graves lésions de la mastoïde continuer leur évolution après la fermeture spontanée d'une fistule rétro-auriculaire. Une malade avait eu une mastoïdite à l'âge de 18 mois. L'abcès s'était spontanément ouvert derrière l'oreille et avait été suivi d'une fistule qui avait fini par se tarir. Une cicatrice enfoncée existait à sa place. A quinze ans et demi, l'oreille ayant toujours coulé par intermittences, la malade se mit à éprouver de violentes douleurs de l'oreille et vit apparaître une paralysie faciale. Broca l'examine et ne trouve rien du côté de l'apophyse mastoïde, si ce n'est la petite cicatrice de l'ancienne fistule. Mais comme la caisse est pleine de fongosités et de pus fétide, et que le nerf facial semble comprimé, Broca se décide à trépaner l'apophyse mastoïde; et, que trouve-t-il sous le tissu cicatriciel de la fistule? Une cavité spacieuse pleine de pus caséux et de fongosités avec un petit séquestre dans sa partie supérieure.

A ces lésions chroniques correspondent des symptômes tantôt atténués et prolongés, tantôt intermittents et aigus. Que la cavité soit close ou qu'elle soit drainée par une fistule, la situation est à peu près la même, attendu que la fistule est généralement trop petite pour servir de porte de sortie aux séquestres et à tous les produits septiques invaginés.

De temps à autre, sans qu'on en saisisse bien le motif, l'oreille devient sensible. La région mastoïde s'empâte; la peau est œdémateuse, blanche ou un peu rosée et douloureuse. Au bout de quelques jours le calme se rétablit et l'écoulement, qui s'était arrêté au début de la crise, reprend son cours.

P. Auguste, 21 ans, cultivateur, soldat au 74^e de ligne.

Depuis aussi longtemps que le malade se rappelle, il ne peut se moucher ou faire quelque effort sans ressentir dans l'oreille gauche une très légère douleur. A 17 ans (1887), rougeole, à la suite de laquelle survint un écoulement de l'oreille gauche qui fut très abondant et dura plus de deux mois. P... aurait beaucoup souffert : « C'était gros derrière l'oreille », dit le malade.

En octobre 1890, le malade étant entré se chauffer dans une maison, eut un étourdissement et tomba de sa chaise sur le sol : nouvel écoulement, douleurs vives surtout derrière l'oreille.

En novembre 1891, le malade venait d'être incorporé depuis deux ou trois jours, lorsque des douleurs dans l'oreille revinrent et le gonflement de la région mastoïdienne reparut. P... entra à l'infirmerie du corps, où il fut soigné par des injections boriquées. La tuméfaction rétroauriculaire persista cinq jours ; et l'écoulement de l'oreille, quinze jours. Le malade sortit de l'infirmerie dans les premiers jours de décembre, mais incomplètement guéri ; l'écoulement revenait de temps en temps et l'oreille était très sensible, surtout pendant l'acte du moucher.

Vers le 4 février 1892, le gonflement commence à se reproduire au niveau de l'apophyse mastoïde en même temps que les douleurs augmentent.

Entrée du malade à l'hôpital le 10 février ; la région mastoïdienne est le siège d'un empâtement rouge, dur et douloureux. Cet empâtement est plus marqué au niveau du sillon auriculaire et s'étend depuis la partie supérieure de ce sillon jusque dans le cou où il comble légèrement la gouttière rétromaxillaire ; il est à peine visible sur le bord postérieur de la mastoïde ; en avant de l'oreille, on ne constate ni rougeur, ni gonflement ; le conduit auditif externe est rouge et rétréci ; la pression réveille de vives douleurs dans toutes les régions œdématisées. L'écoulement muco-purulent est absolument tari : il avait notablement diminué ou même disparu avant que le gonflement ne survint.

Dès le lendemain de l'entrée du malade, nous faisons la trépanation de la mastoïde. A l'incision des parties molles, les tissus sont durs, lardacés et crient sous le scalpel. Le périoste est épaissi et se décolle facilement ; la couche corticale de la mastoïde est rouge, poreuse, peu épaisse ; nous la gougeons dans le quadrant supéro-antérieur de la pyramide et nous trouvons, sous une lamelle d'os aminci, une matière sanieuse formée d'un mélange de pus et de débris solides ; l'antre est très agrandi et ses parois sont représentées par un tissu carié que nous enlevons à la curette ; pansement iodoformé ; guérison rapide. Sortie du malade un mois après.

Il est à remarquer que les accidents ne sont quelquefois pas de longue durée ; le calme se rétablit au bout de quelques jours et l'écoulement, qui s'était arrêté au début de la crise, reprend son cours. Les malades, qui ont l'habitude de la coïncidence de leur amélioration avec la reprise du flux purulent par le conduit auditif, gardent l'illusion que l'otorrhée est pour eux un exutoire salutaire et repoussent toute proposition d'intervention. Nous avons reçu, il y a deux ans, dans notre service, un malade qui était sujet à des poussées d'inflammation mastoïdienne et dont chaque crise s'accompagnait d'un gonflement rétroauriculaire et de douleurs irradiées à toute la tête. Il n'hésitait pas à déclarer qu'il « connaissait sa maladie » ; et comme en huit jours l'état aigu du malade avait disparu, il se refusa à comprendre l'utilité d'une opération.

Mais il y a d'autres cas où les poussées inflammatoires, rapprochées les unes des autres, se caractérisent par des douleurs violentes, de l'insomnie et de l'abattement général. L'aptitude au travail cesse complètement ; l'appétit s'en va, et l'état général du malade ne tarde pas à s'altérer, les forces diminuent, le caractère devient insupportable, l'intelligence s'émousse, et le sujet dépérit à la fois par défaut de sommeil et manque de nourriture. Une observation de Læwenberg est très intéressante à ce sujet (premier congrès français de chirurgie, 1885).

M. X., âgé de 30 ans environ, grand, blond et bien musclé, mais pâle et d'aspect lymphatique, est atteint depuis l'âge de 6 ans d'un écoulement de l'oreille droite. Les complications mastoïdiennes répétées fréquemment ont empoisonné l'existence du malheureux malade. Depuis de longues années, ce sont presque tous les mois des crises de douleurs effroyables, résultant de poussées inflammatoires du côté de l'apophyse mastoïde : bref, la vie est devenue insupportable.

A l'inspection, il se trouve sur l'apophyse mastoïde l'ouverture d'un trajet fistuleux dans lequel un stylet en baleine entre à une grande profondeur. Une seconde fistule s'ouvre à la paroi postérieure du conduit auditif osseux, mais son orifice extérieur est masqué par des végétations polypoides. Les parois de ce canal sont enflées au point de laisser voir une faible partie seulement du fond du méat. Le tympan, autant qu'on peut l'apercevoir par cette petite ouverture, se trouve détruit.

Écoulement fétide par le conduit et par les deux ouvertures fistuleuses.

Malherbe a présenté à la Société d'otologie de Paris, le 10 avril 1896, l'histoire d'un jeune homme de 13 ans, atteint chaque année depuis quatre ans de phénomènes inflammatoires du côté de l'apophyse mastoïde.

La première poussée se manifesta un an après le début de l'écoulement, et chaque crise mastoïdienne était accompagnée des mêmes symptômes : douleurs de tête dans le côté correspondant à l'oreille malade, insomnie, fièvre, tuméfaction rétroauriculaire et fluctuation superficielle. Deux fois un abcès sous-périostique avait été incisé.

Malherbe s'étant décidé à tarir la source de ces accidents qui altéraient l'état général et qui pouvaient avoir un dénouement fatal, trouva, à l'opération, l'antre carié et agrandi, contenant des fongosités sans suppuration, et recouvert d'une couche osseuse épaisse et résistante.

On se demande comment les chirurgiens laissaient autrefois se prolonger si longtemps les douleurs du malade, malgré les réserves que leur imposait l'infection fréquente des plaies.

Voici par exemple une observation de Forget, dans laquelle les symptômes n'ont pas duré moins de trente mois. Elle est rédigée avec ce soin que nos maîtres apportaient à la formation de leurs dossiers cliniques. Nous la résumons d'après l'Union médicale (1860).

Au mois de juin 1847, le jeune F. de C..., âgé de 14 ans, est pris d'une otite moyenne aiguë à la suite d'un exercice de natation (en piquant une tête). L'écoulement muco-purulent devient chronique. En janvier 1848, première poussée aiguë de mastoïdite avec fièvre, douleurs excessives et paralysie faciale.

Deux ans après, le malade était taciturne, sombre, morose, son intelligence baissait sensiblement; l'écoulement persistait; le conduit auditif était plein de fongosités; la saillie de l'apophyse mastoïde était plus considérable qu'à droite. Forget propose une intervention qui est refusée par la famille. Cinq mois se passent encore; et ce n'est que lorsque toute la région auriculaire est soulevée par le gonflement, que la région temporale est tuméfiée, que les téguments mastoïdiens sont rouges et luisants, que les douleurs céphaliques ont pris un caractère d'atrocité insupportable que la famille accepte l'intervention chirurgicale. Mais quelle intervention? Une simple incision cutanée. Aussi la région

mastoïdienne ne s'affaissa-t-elle pas en proportion de la suppuration abondante établie par la plaie chirurgicale. Celle-ci se rétrécit peu à peu, mais une fistule persista avec une colerette de bourgeons charnus. Un mois après, la région mastoïdienne se tuméfia de nouveau; une sorte d'œdème érysipélateux s'étendait jusqu'au cuir chevelu; des douleurs vives se reproduisirent dans la région auriculo-temporale, le pouls s'accéléra; douleur et lourdeur de tête, tendance irrésistible au sommeil. Convaincu que la persistance de la suppuration et des autres phénomènes morbides pouvait être due au travail d'élimination organisé autour d'un séquestre, Forget songea à en faire l'extraction. Il amena en effet à l'extérieur un fragment osseux ayant presque 3 cent. de haut sur 2 cent. d'épaisseur. Sept semaines après l'extraction du séquestre, la guérison s'était effectuée.

Quelques mastoïdites chroniques s'accompagnent de bourdonnements et de vertiges, et dans certains cas de nausées et de vomissements. Il en résulte un état qui se rapproche de la méningite. N'ayant pas d'observations personnelles et ne trouvant pas dans les auteurs des observations éclairant suffisamment ce point obscur de l'otologie, nous laisserons de côté la pseudo-méningite ou le méningisme auriculaire. Nous nous contenterons de rappeler que, sans aller jusqu'aux méninges, les lésions de l'oreille moyenne peuvent retentir sur l'oreille interne et provoquer les bourdonnements, les vertiges et les vomissements qui constituent le syndrome du méningisme. On trouve à cet égard, dans Broca, une observation qui ne manque pas de valeur. Il s'agit d'une femme de 24 ans atteinte de mastoïdite chronique avec vertiges, vomissements et paralysie faciale. « La trépanation est poursuivie profondément au niveau du promontoire et du coude du facial, dit Broca; on trouve là un point carié et on enlève des lamelles osseuses très minces, qui paraissent appartenir à l'oreille interne. En effet, on voit un canal arrondi qui paraît être le canal semi-circulaire transverse ouvert; au-dessous se trouve un autre canal coudé qui paraît être l'aqueduc de Fallope, vide du facial. » (Broca et Lubet-Barbon, p. 181).

Il faut aussi mettre à l'actif des mastoïdites chroniques un certain nombre de paralysies faciales.

Les suppurations des caries du massif osseux du facial n'ont

quelquefois comme débouché que la fistule mastoïdienne. D'autres fois la fistule mastoïdienne existe en même temps que la fistule du conduit auditif que nous avons décrite (p. 87).

On peut prendre une idée de la proportion des paralysies faciales dans les mastoïdites chroniques d'après la statistique de Broca et de Lubet-Barbon.

Cette paralysie existait 5 fois sur 20 observations rapportées dans le « Traité des suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement ».

C'est surtout à l'occasion des mastoïdites chroniques qu'on peut rappeler la célèbre phrase de l'otologiste anglais : on ne peut concevoir pire siège d'ostéite.

La plupart des malades qui sont atteints de mastoïdite chronique finissent par en mourir, si on ne les opère pas ou même les ayant opérés. Ils sont à la merci du plus petit accident qui peut amener une thrombose du sinus latéral, une méningite ou un abcès encéphalique. Broca a fort judicieusement fait observer que si l'on ne rencontre que très peu de fistules mastoïdiennes chez les adultes, c'est que ceux qui les ont eues dans l'enfance sont morts. Quelquefois, il est vrai, ils n'ont pas succombé à un accident encéphalique d'origine auriculaire ; mais ils ont été emportés par une tuberculose viscérale si fréquente chez les fistuleux de la mastoïde.

Rappelons incidemment que, d'après Politzer, les fistules mastoïdiennes exposent à la formation des cholestéatomes. Cet auteur a pu observer à plusieurs reprises l'invasion de l'épiderme de la peau dans les fistules externes de l'apophyse. Dans une préparation de sa collection, où un conduit fistuleux recouvert de peau va de la surface externe de l'apophyse mastoïde dans le conduit auditif osseux, on peut suivre jusqu'à une certaine distance l'invasion de la peau dans la fistule.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS MASTOÏDIENNES

Lorsqu'il ne s'agit que d'une lymphangite ou d'une adénite, rien ne peut embarrasser : les compresses antiseptiques humides

entretenu en permanence sur la région suffisent à arrêter ces accidents superficiels. La tuméfaction ganglionnaire qui subsiste après la poussée infectieuse initiale disparaît spontanément. Si par hasard le ganglion suppurait, on ouvrirait le foyer septique au bistouri.

Les lésions du conduit auditif, qui sont la cause habituelle des lymphangites mastoïdiennes, ne doivent pas être négligées ; et l'examen du conduit doit être fait avec autant de ménagement que de précautions antiseptiques. Ne pas forcer l'introduction d'un spéculum ni faire une exploration avec un stylet malpropre. Le mieux est de ne rien introduire dans le conduit et de supprimer tout pansement de l'oreille moyenne. La désinfection se fait sous l'enveloppement humide de la région auriculaire. Un abcès ou un furoncle sera débridé, si la douleur est vive. Une excoriation sera nettoyée et cautérisée au besoin, avec une pointe de crayon de nitrate d'argent.

Suppose-t-on une périostite mastoïdienne, le traitement doit consister dans le débridement des parties molles jusqu'à l'os. Nous avons eu occasion de voir en des points variés de la région mastoïdienne des cicatrices plus ou moins longues provenant de l'ouverture de phlegmons rétro-auriculaires. Les malades n'en avaient pas moins bien guéri. Cependant il y a un lieu d'élection de débridement que chacun doit connaître : il correspond profondément au bord antérieur, arrondi de l'apophyse mastoïde et est représenté sur les téguments par une ligne verticale passant à 8 ou 10 millim. en arrière du sillon rétroauriculaire : c'est l'incision de Wilde.

Elle se pratique de la façon suivante :

Inutile d'anesthésier le malade : tout au plus peut-on faire une injection de cocaïne.

Le sujet est couché, la tête est mise en rotation forcée du côté sain et appuyée sur un coussin résistant.

Le chirurgien se place du côté à opérer, en arrière et près de la tête ; de sa main gauche il relève et porte fortement en avant le pavillon de l'oreille. Quand les téguments sont bien tendus, il incise verticalement et à un centimètre en arrière de la ligne d'insertion du pavillon toutes les parties molles qui recouvrent la