

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

mastoïde, y compris le périoste. L'incision a une longueur de 3 à 4 centim. et ne dépasse pas en bas la pointe de l'apophyse. On divise, chemin faisant, l'artère auriculaire postérieure; il suffit d'en tordre les deux bouts, si l'hémorragie est un peu forte, mais sans se hâter, car l'écoulement de sang n'est peut-être pas un des moindres facteurs de la valeur thérapeutique de cette incision.

Pas de sutures, pas de pansement sec, un large pansement humide; on fait plus tard, s'il le faut, la réunion secondaire des lèvres de la plaie.

Quand l'opération est pratiquée de bonne heure, on ne rencontre pas de pus. La sérosité qui infiltre le tissu cellulaire est entraînée avec le sang sans en modifier notablement les caractères; on constate quelquefois un décollement du périoste.

La simplicité de la technique de l'incision de Wilde l'a fait trop facilement accepter. On en a abusé, et on l'a appliquée à des cas où l'inflammation était trop profonde pour être arrêtée par un débridement superficiel.

Aussi est-elle actuellement en plein discrédit; et Broca s'est attaché à montrer ses méfaits (Congrès français de chirurgie, 1894). Il lui a attribué la plupart des fistules mastoïdiennes pour lesquelles il a dû trépaner ultérieurement la mastoïde et l'antre. C'est un faux calmant, donnant une fausse apparence de guérison et laissant aux lésions profondes la faculté d'évoluer insidieusement.

Cependant, l'incision de Wilde nous semble encore recommandable, à la condition de la pratiquer dans les cas où l'inflammation est plus superficielle que profonde et où les accidents sont moins intra-osseux que para-osseux; encore faut-il intervenir promptement, dans les quatre ou cinq premiers jours au plus, afin de couper court à l'évolution des germes septiques. Elle ne présente aucun danger, à condition de la faire suivre d'une prompté trépanation aux cas où la fièvre ou la douleur persiste. Elle doit être rejetée, s'il existe une seule des indications de la trépanation.

Wilde n'avait d'ailleurs pas eu l'intention de généraliser l'emploi de l'incision verticale rétro-auriculaire. Il n'en avait fait qu'une incision d'attente, à laquelle la trépanation de l'apophyse

mastoïde devait succéder, si les accidents se prolongeaient au delà de 24 heures.

Nous reproduisons, figure 83, la courbe thermique d'un de nos malades atteint d'abcès intra-apophysaire et qui justifie le conseil de Wilde (1). L'incision rétro-auriculaire des parties molles a été faite dans la matinée du 9 mai. Le soir de l'intervention, T. : 39°7 et le lendemain T. : 39°5 et 39°7. Le surlendemain T. est encore à 39°2. Nous aurions dû opérer à ce moment; nous hésitons, et comme coïncidence la fièvre se met à diminuer. Mais la diminution n'est que passagère, le thermomètre remonte; et la trépanation finit par s'imposer. Conséquences de notre temporisation: une destruction plus grande de la mastoïde et une réparation plus lente de la plaie chirurgicale.

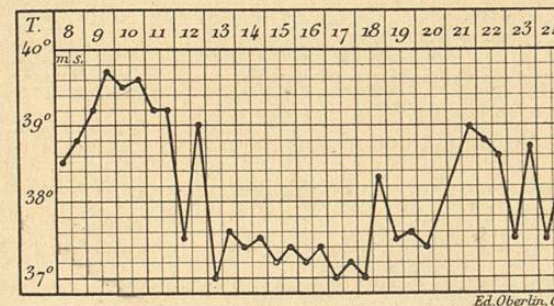


Fig. 83.

Exemple de la marche de la température après une incision de Wilde, quand le foyer infectieux est intra-osseux. L'incision a été pratiquée le 9.

D'ailleurs, à regarder de près les communications des adversaires de l'incision de Wilde, on voit que tous lui réservent une place dans la chirurgie auriculaire. La difficulté est de discerner son opportunité.

« S'il y a du pus dans les cellules mastoïdiennes, l'incision « extérieure est sans action, dit Duplay. Elle a réussi seulement « à calmer les accidents dans les cas où il s'agissait d'une simple « périostite. » C'est ce que nous voulons dire.

(1) On aural diagnostic and diseases of the mastoid Process (Méd. Times and Gaz. May. 1862).

« L'incision de Wilde a pu donner de bons résultats dans les cas de simple périostite ou bien quand il s'est fait une vaste perte de substance osseuse mettant à nu l'antre et les cellules, c'est-à-dire une large trépanation spontanée. En général, dans les cas de suppuration mastoïdienne, elle est insuffisante, puisqu'elle n'ouvre pas la collection intra-osseuse; elle est dangereuse, puisque, donnant pendant un moment une fausse sécurité au malade et au médecin, elle permet à la maladie de poursuivre son évolution. » (Société franç. d'otol. 30 avril 1894). Rapport de MM. Lubet-Barbon et Martin.

Broca lui-même n'a pas voulu rejeter tout à fait l'incision de Wilde. Il la trouve justifiée en cas d'urgence, si l'on n'a pas sous la main les instruments nécessaires pour mener à bien l'intervention radicale. Elle a, en effet, l'avantage de supprimer ou de diminuer les douleurs et d'améliorer l'état général au début des mastoïdites et elle hâte la terminaison d'un abcès superficiel dont l'ouverture spontanée eût été longue et douloureuse.

Le traitement des endo-mastoïdites est *prophylactique, médical, ou chirurgical*.

Le *traitement prophylactique* n'est, en somme, que le traitement des affections auriculaires susceptibles de produire la mastoïdite, comme le traitement prophylactique d'une lymphangite est celui du foyer septique existant dans le territoire parcouru par les lymphatiques. On ne saurait apporter trop de précautions antiseptiques dans les interventions sur les anciennes suppurations de l'oreille ou l'ablation des polypes. Il y a là des vieux germes infectieux dont la virulence s'accroît au plus haut degré au moindre apport d'un élément septique nouveau; et nous avons déjà montré que l'inflammation de la mastoïde était autrefois une complication possible de l'extraction des polypes. Quand on fait usage des tampons de gaze iodoformée, il faut aussi ne pas produire une occlusion trop hermétique de la perforation du tympan et de la partie profonde du conduit auditif. Le drainage cesse alors d'exister et la rétention de la sécrétion peut provoquer une mastoïdite.

Le *traitement médical* est de rigueur au début de toutes les inflammations endo-mastoïdiennes. Il répond à deux grandes indications: ouvrir dans la membrane du tympan une large voie de sortie au pus inclus dans l'oreille moyenne, afin de s'opposer à une rétention profonde; et essayer de faire pénétrer des liquides antiseptiques dans le foyer de la suppuration.

Si les accidents débutent avant la perforation du tympan, on fait au plus tôt une incision de la membrane, et on obtient ainsi des résultats parfois inattendus. Tous les symptômes disparaissent en 48 heures.

Si la perforation existante est trop étroite ou située dans les quadrants supérieurs du tympan, l'ouverture est agrandie ou la paracentèse pratiquée au lieu d'élection sans tenir compte de la fistule.

La perméabilité des larges perforations est-elle interrompue: on la rétablit par tous les moyens possibles; les polypes sont enlevés; et si la sécrétion est épaisse, gluante, ou si le pus est desséché, on procède au nettoyage de la caisse avec un stylet et un tampon humide. Les magmas purulents doivent être enlevés avec autant de soin qu'on en prend pour débarrasser une fistule cutanée des croûtes qui en oblitèrent l'orifice. En même temps, on pratique des insufflations d'air dans la trompe d'Eustache pour élever la pression intraauriculaire et provoquer dans le liquide une espèce de remous qui force l'orifice obstrué. La douche d'air est un bon moyen d'évacuation du pus. « Elle est d'autant plus efficace qu'elle est plus fréquemment répétée; elle peut être pratiquée par le malade ou par son entourage un grand nombre de fois dans la journée et assurer ainsi un balayage fréquent de la caisse et des cellules. L'air arrive jusque dans l'antre et en chasse les liquides. » (Lubet-Barbon).

La désinfection de la muqueuse antro-auriculaire est le complètement du drainage. Un broc est placé à la tête du lit du malade; et d'abondantes et de très chaudes irrigations antiseptiques sont répétées toutes les deux ou trois heures dans l'oreille externe. Nous continuons de donner la préférence à la solution bichlorurée au 1/2000. Ce n'est pas toujours suffisant et il est bon d'ajouter à ces irrigations un lavage direct de l'antre à l'aide de la

canule de Hartmann. Le lavage se fait en dirigeant vers l'aditus ad antrum l'extrémité de la canule engagée dans la caisse à travers la perforation du tympan. Ce mode de désinfection nous semble préférable à celui pratiqué par la trompe à l'aide du cathéter. Politzer a attaché pourtant beaucoup d'importance à cette dernière façon de faire, parce qu'il a obtenu grâce à elle de nombreuses guérisons d'inflammation intense de l'apophyse mastoïde. Mais ce procédé exige une habitude de l'emploi du cathéter ; et il a l'inconvénient de conduire les liquides jusqu'à l'antrum par une voie trop longue et trop détournée, si réellement il les porte jusqu'à cette distance. Nous avons déjà mentionné, à propos des otites chroniques, l'heureux effet d'un mélange d'alcool et d'acide borique. La facilité de sa diffusion le recommande dans les antrites aiguës, et nous renvoyons à la page 124 pour les détails de son mode d'emploi.

Après les lavages, l'oreille doit être recouverte d'un cataplasme antiseptique chaud qu'on ne laisse pas se dessécher. Le conduit auditif externe ne doit jamais être tamponné avec de la gaze ou du coton hydrophile.

Concurremment avec l'antisepsie de la muqueuse, et comme un écho lointain des anciennes conceptions pathogéniques de l'inflammation, on trouve encore préconisés un certain nombre de moyens adjuvants réputés antiphlogistiques. Nous avons déjà rejeté l'emploi de la glace (page 24) : nous condamnerons aussi les badigeonnages de l'apophyse avec la teinture d'iode, et ses onctions avec l'onguent iodo-ioduré, ou l'onguent mercuriel, les pointes de feu et les vésicatoires, cette grande ressource des médecins peu familiarisés avec l'otologie. Employés isolément, ces révulsifs restent sans effet ; unis aux agents antiseptiques, ils bénéficient de leur action et n'ont que l'avantage de salir la région.

Les sangsues ont parfois un effet thérapeutique appréciable : elles calment les douleurs, si elles sont appliquées dès le début ; et nous avons vu des cas où une détente complète avait suivi la saignée locale.

Le repos à la chambre est utile ; les fatigues, l'exposition au froid peuvent transformer tout à coup une antrite légère en une inflammation grave. On restreindra l'alimentation et on calmera

les douleurs, et l'irritabilité nerveuse par des potions calmantes au chloral ou des injections de morphine.

Le traitement médical donne dans maintes circonstances d'excellents résultats, et certains otologistes professent qu'il peut avoir raison de presque toutes les mastoïdites. Le plus convaincu des abstentionnistes, le D^r Lœwenberg, a écrit dans les Annales des maladies des oreilles, 1891 : « Patience et longueur de temps « viennent généralement à bout de cas vraiment effrayants, et « j'en ai guéri, entre autres, tout en respectant l'intégrité de « l'apophyse, qui, non seulement présentaient des phénomènes « inquiétants, loco dolenti, mais aussi des généralisations beau- « coup plus alarmantes. Ainsi il y avait dans certains de ces cas « — outre une fièvre forte et incessante — du côté de l'encéphale, « des vomissements persistants avec céphalée intense et continue ; « dans le voisinage extérieur de l'os, des abcès sur des points « éloignés, entre autres des fusées purulentes jusqu'aux insertions « inférieures du sterno-cléido-mastoïdien, collections dont l'ou- « verture chirurgicale, en raison du voisinage de l'artère carotide « primitive et de la veine jugulaire interne, exigeait une atten- « tion particulière. »

Une pareille opinion est empreinte d'un parti-pris évident, et les cas auxquels le docteur Lœwenberg fait allusion nous semblent mal choisis pour gagner la cause d'une thérapeutique médicale persévérante.

Mais si nous prenons les faits suivants, nous verrons ressortir avec netteté les conditions dans lesquelles la marche de l'affection ne comporte aucune intervention radicale.

1^o — D. A., 131^e ligne, entré au Val-de-Grâce le 27 juin 1894.

Au mois de mai, légère douleur dans l'oreille droite avec sifflement ; aggravation progressive des douleurs pendant 15 jours ; ni fièvre, ni perte de l'appétit, sommeil agité. Au commencement de juin, après une dernière crise plus douloureuse, issue par l'oreille d'un liquide jaunâtre, assez fluide, ne contenant pas de sang. L'amélioration ne dure que quelques jours, et les douleurs lancinantes reviennent dans l'oreille avec des bourdonnements et des sifflements persistants. C'est pour ces accidents que le malade est envoyé à l'hôpital.

Examen du 29 juin : le pavillon de l'oreille droite est très écarté de

la tête, le sillon rétroauriculaire est comblé par un œdème légèrement rose qui a son maximum à la partie supérieure du sillon ; aucune douleur spontanée au niveau de la région mastoïdienne, un peu de sensibilité à la pression sur le quadrant antéro-supérieur de l'apophyse.

Conduit auditif rétréci. Chute de la paroi postéro-supérieure, sécrétion séro-purulente très abondante ; tympan difficile à explorer. Perforation rétro-martellaire probable ; montre à 0^m05.

Rien à noter du côté de la gorge et des fosses nasales. Etat général bon, apyrexie, un peu d'inappétence.

Diagnostic: otite moyenne purulente, compliquée de mastoïdite.

Traitement : irrigations fréquentes du conduit auditif et compresses humides très chaudes sur la région auriculaire.

30 juin : l'écart du pavillon de l'oreille est plus grand, et l'œdème mastoïdien a augmenté ; la sensibilité de la mastoïde est également plus grande à la pression.

1^{er} juillet, l'écoulement du pus a beaucoup diminué ; la projection en avant du pavillon continue à s'accroître ; le sillon rétroauriculaire est même remplacé par une légère saillie de la peau. Celle-ci est œdématisée sur la mastoïde et garde nettement l'empreinte du doigt ; douleurs spontanées et vives à la pression de l'antre. Pas de céphalalgie, pas de fièvre.

2 juillet, la peau de la région mastoïdienne du côté droit est plus rouge que la veille ; les autres signes sont identiques. Il y a peu de douleurs spontanées ; à la pression de l'antre, la douleur est modérée ; pas de fièvre ni de perte de l'appétit, pas de phénomènes généraux ; les bourdonnements et les sifflements persistent dans l'oreille droite, l'écoulement a cessé, diminution de la douleur au fond de l'oreille ; la trépanation est décidée pour le lendemain.

3 juillet, les phénomènes d'inflammation sont en voie de régression ; dans ces conditions, l'intervention chirurgicale est différée.

5 juillet, l'amélioration persiste, les douleurs profondes, lancinantes, que le malade ressentait dans le fond de l'oreille ont disparu ; les bourdonnements et les sifflements ont considérablement diminué ; il n'y a plus ni écoulement ni douleurs profondes du côté de l'antre mastoïdien ; la rougeur et l'œdème ont disparu.

On constate cependant encore un effacement du sillon rétro-auriculaire et une projection du pavillon de l'oreille ; le tympan présente les mêmes caractères. L'acuité auditive encore très faible tend à se relever.

7 juillet, il n'y a plus de phénomènes subjectifs mais le pavillon de l'oreille droite fait toujours en avant une saillie plus accusée que celui de l'O. G. ; le sillon auriculaire droit n'est pas encore bien net.

10 juillet, la saillie du pavillon des deux oreilles est à peu près identique, le sillon auriculaire est normal, l'empâtement et les autres signes de mastoïdite ont disparu.

17 juillet, la montre est entendue à droite à 0^m05 et à gauche à 0^m30. Plus de bourdonnements, ni de sifflements ; le malade éprouve cependant par intervalle des picotements au fond de l'oreille droite ; l'examen de l'oreille montre une siccité totale des parois. La membrane du tympan est épaissie et les détails sont peu visibles. Il y a encore une petite perforation à la partie postéro-inférieure de la membrane, mais il ne sort aucune sérosité par cet orifice ; le pavillon a repris sa situation normale et s'applique sur les parois crâniennes ; pas d'épaississement de l'apophyse, pas de douleur à la pression.

9 août, guérison, sortie du malade.

2^e — L..., 36^e infanterie, 23 ans. Entre au Val-de-Grâce le 14 janvier 1895.

Premier écoulement de l'oreille droite à l'âge de 3 ans. Il aurait cessé au bout de 10 jours ; deuxième écoulement à 9 ans, d'une durée de 10 à 15 jours : pus jaune, peu abondant, diminution légère de l'ouïe.

A 18 ans, une troisième récurrence se déclare, avec les mêmes caractères que précédemment, sans douleurs bien vives, et avec une diminution progressive de l'audition. Au bout de 15 jours, l'écoulement était tari ; mais l'oreille restait un peu dure.

A son arrivée au régiment (5 octobre 1891), L... entra à l'infirmerie pour angine, et fut repris de bourdonnements, de sifflements de l'oreille, de douleurs et de diminution progressive de l'ouïe. L'écoulement commença un jour après. De l'aveu du malade, l'affection de l'oreille avait cette fois-ci des caractères plus graves que les fois précédentes. En effet les douleurs et la suppuration persistèrent ; et 70 jours après, il dut entrer à l'hôpital (14 janvier).

Dysécie notable : la montre n'est entendue qu'au contact ; douleurs vives, lancinantes à l'intérieur de l'oreille droite, causant même de l'insomnie. Ces douleurs irradient en arrière, vers la tempe et la région parotidienne. La mastication et la déglutition sont douloureuses. L'apophyse mastoïde est un peu œdématisée et douloureuse à la base. Le conduit auditif est légèrement rétréci, et plein de pus jaune, épais, fétide. Perforation tympanique anté-martellaire.

17 janvier, l'examen otoscopique n'est plus possible à cause de la tuméfaction de la paroi postérieure du conduit.

22 janvier, la pression de l'apophyse mastoïde, principalement au niveau de sa portion antéro-supérieure, est douloureuse ; l'œdème dévie le pavillon en dehors et en bas. Le sillon rétroauriculaire est effacé au-dessus du muscle auriculaire postérieur.

25 janvier, les douleurs intra et périauriculaires ont beaucoup diminué.

31 janvier, plus de douleurs spontanées, un peu de sensibilité à la pression de l'apophyse, l'œdème mastoïdien a disparu.

4 février, l'écoulement a cessé.

16 février, les douleurs mastoïdiennes reprennent sans trace d'inflammation du pharynx et sans retour de l'écoulement de l'oreille. Elles naissent dans le fond de l'oreille, font le tour du pavillon et rayonnent dans une largeur d'un travers de main, en ayant leur maximum d'intensité au niveau de l'apophyse mastoïde.

Les souffrances sont plus intenses à partir de 3 heures de l'après-midi et pendant toute la nuit ; elles sont lancinantes ; pas de céphalalgie.

17 février, légère projection en bas et en dehors du pavillon de l'oreille ; œdème de la face externe de la mastoïde ; le gonflement est surtout marqué au-dessus du ligament transversal postérieur du pavillon de l'oreille ; maximum de la douleur provoquée au niveau de la pointe.

19 février, les douleurs ont diminué, le malade a bien dormi, l'œdème n'a pas augmenté ; du côté du conduit auditif, la paroi postérieure est abaissée et au premier examen on ne voit qu'une fente transversale oblique de haut en bas et d'avant en arrière. En faisant pénétrer un très petit speculum, on arrive à écarter l'une de l'autre les deux parois du conduit ; la paroi postérieure est rouge et l'antérieure est au contraire pâle et normale ; aucune sécrétion ; la perforation est à peine visible.

22 février, l'œdème mastoïdien est moindre ; quelques douleurs lancinantes dans le fond de l'oreille.

25 février, encore un peu d'empâtement de la face externe de la mastoïde ; douleurs intermittentes, quelques battements ; la pointe de l'apophyse est sensible à la pression.

28 février, plus de gonflement, de temps en temps quelques battements ; reste un peu de douleur à la pression forte de la pointe de l'apophyse mastoïde.

Le malade sort de l'hôpital dans les premiers jours de mars, complètement guéri. Le tympan était rouge et épaissi ; on ne distinguait que la courte apophyse du marteau.

3^e — Lec..., 74^e de ligne, 22 ans, entré à l'hôpital le 18 janvier 1896.

A. H., mère morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 28 ans ; père mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de 39 ans. Une sœur a souffert des oreilles pendant sa jeunesse et est actuellement bien guérie.

A. P., diphtérie à l'âge de 11 ans, écoulement auriculaire de courte durée dans l'enfance ; mais très grande susceptibilité des oreilles que le plus léger froid rend douloureuses.

Peu après l'incorporation (16 novembre 1895), Lec... est pris de battements dans les oreilles ; un écoulement ne tarde pas à paraître des deux côtés et plus abondant à droite ; à droite l'amélioration est rapide, à gauche l'état s'aggrave.

A l'arrivée à l'hôpital, bourdonnements et sifflements dans les deux oreilles ; étourdissements le matin avec vertiges ; douleurs pulsatiles à droite ; élancement dans toute la région périauriculaire, mastication difficile ; à droite le tympan est uniformément rouge ; en avant et en bas, point brillant arrondi, animé de battements isochrones au pouls (siège de la perforation) ; pus épais et assez abondant.

22 janv., le tympan est moins rouge à sa partie supérieure, mais l'écoulement est plus abondant. On voit sourdre le pus aussitôt après son tamponnement.

28 janv., la rougeur tympanique persiste, l'écoulement a presque disparu.

29 janvier, le malade étant sorti hier dans le jardin a pris froid ; il s'est mis de nouveau à souffrir.

31 janvier, insomnie et inappétence, douleurs spontanées à la pointe de la mastoïde et dans l'oreille, très vives surtout la nuit, pulsatiles, exagérées par la mastication. Toute la surface de la mastoïde et particulièrement la pointe sont douloureuses à la pression ; douleurs faibles au niveau du sterno-mastoïdien en avant duquel se trouve un petit ganglion ; traction du pavillon douloureuse ; léger écartement et abaissement du pavillon de l'oreille ; aspect plus uni, plus lisse, de la région rétro-auriculaire ; à la main, empâtement de la mastoïde ; la saillie de la crête temporale se sent mal ; la peau a sa coloration normale, mais elle est plus adhérente aux plans sous-jacents ; léger rétrécissement du conduit auditif et petit suintement. T. 38° avec un peu de céphalalgie.

Diagnostic : mastoïdite congestive.

2 février, les douleurs ont cessé dans la nuit du 1^{er} au 2 février ; ce matin, écoulement très abondant arrivant au pavillon de l'oreille, même œdème mastoïdien. T. 37°5 à 38°.

3 février, hier, céphalalgie toute la journée ; un peu de détente pendant la nuit, quelques heures de sommeil ; ce matin, amélioration. Œdème persistant sur la mastoïde qui est à peine sensible à la pression ; le tympan est moins rouge. T. normale.

4 février, plus de tuméfaction de la région mastoïdienne, l'améliora-