

rison). Stewart (Lancet, 9 juin 1894, t. I, p. 1447) a trépané la fosse cérébelleuse d'un garçon de douze ans, incisé la dure-mère, donné issue à deux cuillers à café de pus et sauvé le malade. Jansen a incisé un foyer de pachy-leptoméningite purulente circonscrite de la face inférieure du lobe temporal gauche : guérison (Soc. otol. Allem., 1894). Barker croit avoir opéré avec succès un abcès méningitique de la fosse de Sylvius (Bul. med. Journ. London, 14 avril 1888, t. I, p. 777 (1)).

Dans les observations de Macewen, les abcès enkystés des leptoméninges étaient contigus au toit de l'antra plus ou moins érodé ou détruit. La paroi inférieure en était formée par des granulations qui obstruaient la perte de substance du rocher, mais qui n'empêchaient pas la filtration du pus dans l'oreille moyenne. Leur partie supérieure correspondait au cerveau ramolli ou ulcéré, si bien que Macewen appelle ces collections purulentes « abcès superficiels du cerveau ». Tout autour de l'abcès, existaient des adhérences qui en limitaient l'extension et canalisaient en quelque sorte le pus vers la cavité de l'oreille moyenne.

Le relevé des autopsies montre aussi qu'on peut diviser les oto-méningites en primitives et secondaires. Les premières sont celles où l'on ne trouve pas dans la boîte crânienne d'autres lésions que les lésions de la méningite : les sinus contiennent du sang noir ; le cerveau est injecté, mais la substance cérébrale ne renferme pas de collection purulente. L'infection de l'oreille s'est propagée directement de l'os temporal aux leptoméninges sans arrêts apparents sous la dure-mère ou dans les sinus.

Les otoméningites secondaires sont consécutives à un foyer infectieux sous-dure-mérien, encéphalique ou sinusien, qui s'est brusquement ouvert dans la cavité arachnoïde, ou qui s'y est lentement propagé. Nous avons vu précédemment que chacune des complications localisées du crâne pouvait aboutir à la lepto-méningite suppurée. Ces leptoméningites secondaires nous semblent plus fréquentes que les autres ; et il est probable que le nombre des cas de méningite généralisée diminuerait, si les chirurgiens prenaient l'habitude d'agir dès la prévision d'un début d'infection

(1) Ces indications bibliographiques sont extraites du Traité de chirurgie céréb. de Broca et Maubrac, p. 285.

intra-crânienne. N'est-ce pas en enlevant la première épine infectieuse de la cavité abdominale qu'on s'oppose à l'inflammation de toute la séreuse ? Des réserves sont cependant nécessaires, le point de départ de la lepto-méningite suppurée est quelquefois une phlébite du sinus latéral qui ne s'est révélée antérieurement par aucun signe clinique. Dans un très grand nombre d'autopsies de malades ayant succombé à des accidents cérébraux aigus, on trouve le sinus épaissi, induré, rempli d'un vieux caillot fibrineux que rien n'avait fait soupçonner pendant la vie.

Ceci nous a fait dire précédemment qu'il y aurait une grande différence dans la proportion des complications vasculaires, selon qu'on les calculerait d'après les observations cliniques ou les nécropsies. Mais il appartient évidemment à la clinique de faire la part proportionnelle des accidents, car une lésion sans symptômes manifestes ne peut être l'objet d'aucune application thérapeutique. Nous attribuons aussi un grand rôle à la phlébite suppurée des sinus pétreux supérieur et inférieur. Appliqués sur le rocher dont les canaux de Havers ouvrent la voie du crâne aux germes septiques et inclus dans le dédoublement de la dure-mère, ils sont dans bien des cas les vecteurs de l'infection. L'autopsie d'un de nos malades nous a montré une phlébite suppurée du sinus pétreux supérieur compliqué d'une lepto-méningite suppurée et généralisée. Les veines de toute la face convexe du cerveau avaient le volume d'une radiale. De la sérosité purulente, entourait les vaisseaux des sillons de Rolando, droit et gauche. A la base, même sérosité purulente, avec plaques d'exsudats fibrineux verdâtres dans la scissure longitudinale, autour du chiasma des nerfs optiques, de la protubérance annulaire, du bulbe, et du cervelet. L'épanchement purulent était plus abondant et plus épais à droite du trou occipital, près de la pointe du rocher, autour des nerfs auditif et facial. Injection légère de la masse encéphalique, un peu d'épanchement intra-ventriculaire. Le sinus pétreux supérieur droit était seul rempli de pus.

SYMPTOMATOLOGIE DES COMPLICATIONS ENDO-CRANIENNES

L'étude méthodique des symptômes des complications endo-

crâniennes d'origine otique n'est commencée que depuis quelques années. Il y a trente ans à peine, c'était le chaos. Les observations étaient incomplètes; le diagnostic méconnu pendant la vie n'était porté qu'après l'autopsie; les symptômes principaux étaient à peine mentionnés et des phénomènes secondaires faisaient l'objet d'une longue description. Le malade avait passé entre les mains de plusieurs observateurs. Il était allé au médecin pour sa céphalalgie, ses vertiges ou une paralysie partielle; à l'auriste, pour l'écoulement de l'oreille; au chirurgien pour la tuméfaction et la douleur rétro-auriculaire; et c'est ce dernier qui avait chargé d'une enquête rétrospective forcément incomplète.

Les choses ont changé depuis que l'otologie est devenue une branche importante de la médecine. L'histoire des malades est aujourd'hui écrite par le même médecin.

Ce n'est pas que la classification des symptômes soit encore satisfaisante; car les faits cliniques sont très variables. Un observateur expérimenté trouve dans l'ensemble des symptômes un phénomène qui l'éclaire; mais ce signe peut n'être jamais le même dans une série de cas anatomiquement semblables.

L'infection de la cavité crânienne s'annonce de diverses manières chez les otorrhéiques. Quelquefois ce sont les signes cliniques d'une infection générale qui ouvrent la scène, tels que malaise, courbature, inappétence, élévation de température; d'autres fois, c'est un trouble plus ou moins étendu des fonctions physiologiques du cerveau, comme une paralysie ou une contracture; d'ordinaire, c'est la douleur.

La céphalalgie est le principal symptôme de toutes les complications endocrâniennes. C'est le signal de l'extension de l'infection de l'oreille moyenne à la cavité crânienne, et comme le cri d'alarme des méninges et du tissu nerveux envahis par les germes septiques. C'est l'indice du point de concentration de la lutte pathologique, de même que le point de côté est le signe révélateur d'une lésion pulmonaire. La douleur est pathognomonique par ses caractères; elle est profonde, accablante. Tout autres sont les douleurs névralgiques ou ostéomyélitiques de la mastoïdite qui sont plus vives, plus aiguës parfois, mais plus périphériques et surtout moins déprimantes.

La céphalalgie existe toujours; et c'est en dehors d'elle qu'il faut chercher les signes différentiels des diverses lésions.

Nous ne méconnaissons pas la difficulté de faire un diagnostic précis; mais celui-ci est encore possible dans la majorité des cas, surtout si l'on observe le malade dès le début de l'affection, et avant que des lésions secondaires se soient associées à la lésion primitive.

Fongosités et abcès extra-méningés. — Le diagnostic ferme de pachyméningite fongueuse ou d'abcès sous-dural exige une très grande expérience des maladies de l'oreille; et la majorité de ces lésions n'est reconnue qu'à l'ouverture opératoire des cavités de l'oreille moyenne. C'est ce qui explique le silence de nos classiques sur ce groupe important des complications endocrâniennes.

Voici comment les choses se passent d'ordinaire.

Un otorrhéique souffre depuis longtemps de la région mastoïdienne. On le trépane, sans diagnostic anatomo-pathologique; et, en évitant l'apophyse, on s'aperçoit de l'existence d'une fistule interne du crâne qui conduit dans une cavité fongo-purulente — ou bien un malade présente les symptômes d'un abcès encéphalique ou d'une phlébite sinusienne; on l'opère pour l'une ou l'autre de ces affections, et chemin faisant, on trouve une collection sous-dure-mérienne.

Mais à côté des cas où le diagnostic n'est possible que par une recherche opératoire, il y en a d'autres où l'abcès épi-dure-mérien ne doit vraiment pas échapper à la sagacité du clinicien.

Nous exposerons une série de faits, avec l'espoir de fournir ainsi les éléments d'un diagnostic probable, sinon certain.

Rappelons d'abord que toute irritation de la pachy-méninge détermine un certain nombre de signes fonctionnels, au premier rang desquels se trouve la céphalalgie qui ne manque jamais. Elle est généralement localisée dans la région malade, mais elle varie d'intensité; parfois assez violente pour empêcher le lever du sujet, elle est, d'autres fois, intermittente ou rémittente, c'est-à-dire avec des périodes alternantes de diminution et d'aggravation. A aucun moment, le malade ne se sent à son aise;

il a le facies fatigué et souvent amaigri. Chez certains sujets la souffrance n'est pas accablante, elle se tolère et laisse le patient dans la possibilité de faire quelque travail; il peut aller, venir, vaquer à ses occupations; mais la nuit arrivée, la douleur augmente et dure pendant 4 ou 5 heures avec assez d'intensité pour interrompre le sommeil.

A la céphalalgie, s'ajoutent quelquefois un peu de vertige, du ptosis, des nausées, des crampes épileptiformes, de la lenteur du pouls, une légère raideur de la nuque, de l'inégalité pupillaire et de la névrite optique. Nous verrons dans la suite que toutes les lésions endocrâniennes retentissent sur l'appareil de la vision, prolongement antérieur du cerveau et de ses membranes; mais aucune d'elles ne détermine aussi souvent la névrite optique que l'abcès sous-dural. Le plus beau cas de névrite, que nous ayons observé pendant cinq ans, s'est rencontré chez un homme atteint d'ostéite pariétale avec abcès sous-dural. Les inflammations de la dure-mère ont, en général, un prompt retentissement sur l'œil.

La pachyméningite fongueuse est apyrétique; mais les abcès extra-dure-mériens s'accompagnent d'une élévation de température plus ou moins grande, jusqu'à 41° (malade de Pomeroy).

Les phénomènes fonctionnels ou d'irritation pachyméningée sont accompagnés des signes objectifs propres aux lésions primitives du squelette ou consécutives à l'évolution de l'abcès. Mais il faut distinguer, au point de vue objectif, les abcès d'origine mastoïdienne des abcès de la fosse moyenne du crâne et des abcès aberrants, c'est-à-dire éloignés de la face interne de la mastoïde et du rocher.

Dans les abcès entraméningés *d'origine mastoïdienne*, le diagnostic est d'autant plus facile que les signes d'inflammation mastoïdienne sont moins développés et les symptômes subjectifs plus marqués. La dissociation des deux groupes de symptômes acquiert une valeur presque pathognomonique.

Prenons des exemples :

Un malade a subi récemment un évidement de la mastoïde pour une mastoïdite aiguë; la cicatrisation a bien marché; mais

les douleurs de tête antérieures à l'opération ne se sont pas atténuées, ou, après une certaine période de calme, une céphalalgie persistante est survenue. Isolée et à plus forte raison accompagnée de vertiges ou de troubles oculaires, cette céphalalgie est l'indice d'une complication; car il est de règle que la trépanation de la mastoïde fasse cesser toute douleur, quand l'inflammation de la mastoïde a été la seule cause de la douleur. Et les complications les plus ordinaires dans ce cas sont l'ostéite de la table interne de la mastoïde, l'irritation de la pachyméninge et la production de quelques fongosités ou d'un peu de pus autour du foyer de carie. Nous citerons volontiers l'observation suivante, bien que nous ayons à nous reprocher d'avoir laissé trop longtemps le diagnostic en suspens.

Deux mois après son départ de l'hôpital, rentre dans notre service un homme que nous avons trépané pour une mastoïdite fongueuse. Il se plaignait de lourdeurs de tête fréquentes et de crises douloureuses qui revenaient presque chaque nuit et le tenaient éveillé pendant deux ou trois heures. A l'examen local, rien de particulier: la membrane du tympan était à peine épaissie, l'ouïe était bonne, la cicatrice régulière n'avait pas de sensibilité anormale. Aucun autre phénomène cérébral que la céphalalgie — bon appétit — mais une certaine tendance à rester isolé. Nous le maintenons en observation pendant un mois et demi; nous le faisons même examiner au point de vue médical par un de nos collègues. Tous les viscères étaient sains. — Nous commençons à mettre un peu en doute les souffrances du malade, lorsqu'il nous fit part d'une violente douleur éprouvée brusquement derrière le pavillon de l'oreille pendant un effort de moucher. L'examen de la région nous fit constater un soulèvement de la partie médiane de la cicatrice mastoïdienne. Nous comprimâmes que l'apophyse devait être encore excavée et nous proposâmes au malade une nouvelle intervention qui fut aussitôt acceptée. La mastoïde était creuse en effet, et remplie de fongosités. Sa table interne était nécrosée sur une surface de cinq ou six millimètres carrés; et la dure-mère épaissie et bourgeonnante formait la paroi profonde du foyer infectieux. Un grattage complet de toutes les parois de la cavité fut fait avec la curette tranchante,

et la guérison survint en un mois. Dès le lendemain de l'opération les douleurs de tête avaient disparu.

De même, dans les mastoïdites chroniques, avec fistule de la table externe de l'os, la céphalalgie, les vertiges, l'inégalité pupillaire, sont presque à coup sûr symptomatiques d'une inflammation de la dure-mère. Le cathétérisme de la fistule est d'ailleurs quelquefois tout à fait probant : le stylet s'enfonce jusqu'à la dure-mère ou détermine un écoulement brusque d'une quantité plus ou moins grande de pus qui ne peut venir que d'une poche profonde. Tel le malade dont Picqué a publié l'observation (Annal. des mal. ore., 1890) : sujet de 24 ans ayant depuis un mois une otite moyenne purulente compliquée d'un abcès mastoïdien ouvert spontanément à la base de la mastoïde. Des douleurs intenses occupaient le côté correspondant de la tête. Le cathétérisme du trajet fistuleux fournissait une notable quantité de pus — Picqué agrandit la fistule mastoïdienne avec une gouge à main et trouve « un foyer notable de pus sous la dure-mère ». Il le gratte, le lave et le draine ; et le malade est immédiatement soulagé. La guérison fut rapide.

Voici une observation personnelle :

Nous avons trépané le 25 mai 1894, le nommé T..., pour une mastoïde fongueuse.

Il était sorti de l'hôpital le 20 juillet, avec un tout petit trajet fistuleux au milieu de la cicatrice rétroauriculaire.

Il est obligé de revenir dans le service le 23 septembre, ayant encore le même trajet fistuleux.

Il a beaucoup maigri : il ne mange ni ne dort. Il souffre en permanence de la tête ; et a eu pendant sa convalescence des crises de douleurs tellement vives qu'il a dû garder le lit. Le siège principal de la douleur est dans le fond de l'oreille. Avec cela, des bruits constants de sifflet de machine.

Écoulement de l'oreille permanent depuis la sortie de l'hôpital, mélangé de sang, mais sans mauvaise odeur.

Montre O. G. au contact — O. D. à 1 mètre.

Diapason vertex mieux perçu à gauche.

Tympan épaissi, rouge, surtout au milieu ; petite perforation à la hauteur de l'ombilic.

A noter une certaine lenteur du pouls : 50 P.

Opération le 25 septembre. — La surface de l'apophyse mastoïde étant largement découverte, trois points fixent l'attention :

a) A un centimètre de la pointe et près du bord antérieur, existe un amas de fongosités blanchâtres ;

b) La paroi antérieure de l'antra est raréfiée ;

c) Une fistule à la base de l'apophyse donne issue à un pus crémeux, un peu jaune.

1° Nous nous occupons d'abord de cette dernière lésion ; et nous constatons que la fistule n'est pas dans l'apophyse. Elle siège sur le pariétal, à peu près à un centimètre au-dessus de l'angle de l'os. Le stylet tombe dans une petite cavité dont le fond manque de résistance : c'était un abcès sous-dure-mérien. Agrandissement de la fistule, abrasion de la paroi crânienne à la gouge et au marteau sur une surface d'une pièce de cinquante centimes ; du pus et des fongosités recouvraient la dure-mère. On sent celle-ci décollée en bas jusqu'à sa réflexion sur la base du crâne. — Nettoyage à la gaze.

2° Pénétration du stylet dans la fistule inférieure : il remonte vers l'antra au milieu des fongosités ; abrasion des fongosités et de la corticale de la mastoïde.

2° Ouverture de l'antra qui est rempli de fongosités, résection de la paroi postéro-supér. du conduit auditif, ouverture de la caisse, ablation des osselets, carie de l'enclume, marteau normal.

Résultats : Dès le 29 septembre, l'appétit était revenu ; les douleurs et les sifflements avaient disparu ; et le malade dormait.

Le 14 octobre, la plaie opératoire était cicatrisée.

Le 4 novembre, écoulement par le conduit auditif de pus épais. Fongosités assez volumineuses. Les injections faites par l'oreille ressortent par la bouche.

Le 17 novembre, le conduit auditif est fermé par la cicatrice.

Le 25 novembre, débridement de la cicatrice du conduit et introduction d'une grosse mèche de gaze iodoformée.

Le 15 décembre, le calibre du conduit est refait. Encore quelques fongosités au fond de la caisse. Pas de douleurs.

Le 9 janvier 1895, les pansements sont suspendus. Conduit auditif de bonnes dimensions ; pas d'écoulement ; aucune douleur ni spontanée ni provoquée ; état général très bon.

Le 12 janvier, réforme du malade. Montre non entendue au contact.

Le diagnostic des lésions pachyméningées devient plus délicat lorsque la mastoïdite est en cours d'évolution, qu'elle soit fongueuse ou purulente, parce que les symptômes subjectifs peuvent

être mis aussi bien sur le compte de l'inflammation mastoïdienne que sur celui de la pachyméningite. Se méfier pourtant de ces cas où les souffrances se prolongent, où le sommeil est mauvais et l'appétit perdu, mais où la mastoïde supporte encore la pression du pouce de l'observateur. Il est à craindre que l'action térébrante des fongosités ne s'exerce vers la profondeur et n'arrive à perforer la table interne de l'apophyse. Un malade de notre service, Breton d'origine et rebelle à tous conseils, avait depuis une quinzaine de jours une mastoïdite à marche lente. La région rétro-auriculaire était à peine œdématiée et douloureuse seulement à la pointe. Mais les douleurs spontanées étaient très vives. Nous apprenions chaque matin que l'état du malade s'aggravait : depuis plusieurs nuits, il ne dormait plus et gémissait en se plaignant de la tête. Nous le voyions parfois pâlir subitement et avoir un peu de vertige. Nous avons mis près de huit jours à le convaincre de la nécessité d'une intervention ; et nous avons dû finir par lui déclarer que son obstination lui coûterait la vie. En effet, l'opération nous a montré une mastoïde évidée par le pus comme une coquille de noix, avec une destruction partielle de la table interne et une petite nappe purulente recouvrant la dure-mère.

La céphalalgie, les vertiges, la sensation d'oscillation de la tête pendant le decubitus ne nous ont laissé aucun doute, dans l'observation qui suit, sur la carie de la table interne de l'apophyse mastoïde et l'inflammation localisée de la dure-mère. Cependant le malade présentait tous les signes d'un abcès étendu de la mastoïde.

P... Armand, 22 ans, entré à l'hôpital le 12 février 1895, a eu, à l'âge de 14 ans, un écoulement dans l'oreille droite qui n'a duré que deux semaines.

A la fin de janvier 1895, et à la suite d'un peu de malaise et de rhinopharyngite, P... commença à ressentir quelques élancements dans l'oreille droite. Dans la nuit du 3^e jour, ceux-ci firent place à une violente douleur qui diminua légèrement le matin après l'apparition d'un écoulement jaunâtre, fétide, non sanguinolent.

Contrairement à la règle, la suppression des douleurs ne suivit pas la perforation du tympan : les souffrances étaient telles que le malade ne pouvait dormir la nuit. Il se plaignait de céphalalgie, de torpeur

intellectuelle, d'étourdissement, de vertiges et de courbature générale. C'est dans ces conditions qu'il entra dans notre service, le 12 février 1895.

L'écoulement auriculaire, franchement purulent, était très abondant. Le tympan était rouge, épaissi, charnu et largement ulcéré dans sa partie antéro-inférieure. Après avoir desséché, avec un tampon de coton hydrophile, la muqueuse de la caisse correspondante à la perforation, on voyait très rapidement le pus s'accumuler dans la lumière de la perforation.

Diagnostic : Otite moyenne purulente aiguë, avec suppuration de l'attique. La généralisation de l'infection à toute l'oreille moyenne nous sembla avoir été favorisée par la première atteinte survenue huit ans auparavant.

Si l'antrite était infecté — ce que pouvait faire craindre l'abondance de la suppuration — aucun signe physique extérieur n'était encore appréciable : ni rougeur, ni gonflement, ni sensibilité à la pression.

Des lavages antiseptiques, répétés trois fois par jour et avec des solutions chaudes de sublimé au 1/2000 firent rapidement cesser tous les phénomènes subjectifs : plus d'étourdissement, plus de vertiges, et plus de douleurs. Le sommeil se régularisa ; et l'état de santé général du malade redevint très bon.

Seul, l'écoulement continuait avec une abondance à peu près égale.

A la fin de février, nous constatons que la lumière du conduit auditif, dans sa partie profonde, commence à se rétrécir : les parois se tuméfient. En même temps, la pression devient très douloureuse au niveau de l'angle antéro-supérieur de la mastoïde. L'antrite commençait.

Le 10 mars, entre les deux parois du conduit auditif luisantes, rosées et infiltrées, nous apercevons un polype rouge et mamelonné gros comme deux têtes d'épingles. Il occupe, à peu près, toute la partie supérieure de l'espace laissé libre par les deux parois du conduit. Au-dessous de lui, le pus coule d'une façon continue avec des battements isochrones au pouls et reparait aussitôt après qu'il a été absorbé par un tampon de coton. Les battements du liquide étaient perçus par le malade et lui étaient fort pénibles. Quant à la région mastoïdienne que nous ne perdions pas de vue, elle commençait à devenir œdémateuse en avant et en haut ; mais très légèrement.

Nous détruisons le polype à l'anse et à l'acide chromique, pour mettre fin à la rétention du pus que nous supposons entretenir l'empyème antral. Notre cautérisation eut d'excellents résultats : elle fit disparaître les battements perçus par le malade, et diminua les douleurs provoquées par la pression de l'apophyse mastoïde, sans amener, toutefois, une résolution de la légère infiltration œdémateuse.

La persistance de la suppuration nous avait décidé à proposer à notre malade l'ouverture de l'antre, lorsque P... est pris d'oreillons et d'orchite ourlienne. Nous sommes obligé de l'évacuer sur la division des contagieux.

Il rentre dans notre service le 12 avril et présente les signes d'une cellulite mastoïdienne. Pendant le séjour du malade aux contagieux, l'écoulement avait tout d'abord diminué. Mais le 8 avril, des douleurs intenses survinrent, avec un peu d'agitation et de délire nocturnes.

Le 12 avril, la figure était pâle et amaigrie avec une expression de fatigue et d'abattement : cependant, bon appétit et température normale. Localement : gonflement généralisé à tout le pourtour du pavillon de l'oreille qui est projeté un peu en dehors sans être abaissé. Les dépressions des régions périauriculaires sont effacées et le pavillon occupe le centre d'un disque uniforme œdémateux. En arrière, la peau est lisse et rosée, se décolorant sous le doigt. Le soulèvement des téguments est peu accentué ; mais l'œdème est un peu plus marqué au-dessus du ligament postérieur du pavillon de l'oreille. Toute l'apophyse mastoïde est douloureuse à la pression. La douleur est nulle en avant et au-dessous du pavillon. Le conduit auditif est plein de pus séreux. Ses parois sont tuméfiées, rouges et projetées vers le centre. Dans la profondeur du conduit, elles ne laissent entre elles qu'un petit espace d'un millimètre à peine de largeur, à travers lequel s'entend le pus animé de battements.

Dès le lendemain (13 avril) à la suite des lavages et de l'enveloppement antiseptiques de la région, les douleurs diminuent, et le sommeil revient.

Nous renouvelons notre proposition d'intervention au malade ; mais cette fois, il la refuse, espérant que l'amélioration obtenue dans les vingt-quatre heures précédentes se continuera et aboutira à la guérison.

L'œdème périauriculaire se résorbe en effet au niveau de la région parotidienne : il se limite en arrière du pavillon de l'oreille. Mais le 20 avril, P... commence à se plaindre de céphalalgie ; il a des vertiges, et quand il est couché, il lui semble que sa tête oscille. De plus, le gonflement et la douleur augmentent à la pointe de l'apophyse. Nous craignons une carie de la table interne du crâne et nous faisons consentir le malade à l'intervention chirurgicale pour le 23 avril.

Opération. — Incision verticale rétroauriculaire de 0,04 cent. Le tissu cellulaire sous-cutané a un aspect lardacé. Hémorrhagie abondante ; le périoste se décolle très facilement ; pointillé rouge de la surface osseuse. L'os est mou ; et à 0^m002, le ciseau pénètre dans une cavité de laquelle un pus épais et jaunâtre s'écoule avec assez de force pour laisser croire qu'il était soumis à une forte tension ; la cavité est nettoyée avec une curette : nous extrayons une cuiller à café de pus

mélangé à du sang et à des fongosités grises. Celles-ci sont recueillies par fragments. La totalité représente le volume d'une noisette. Les dimensions de la cavité, après un curetage, sont assez grandes pour admettre l'extrémité du pouce. La table interne de la mastoïde est détruite dans l'étendue d'un centimètre carré environ, et la dure-mère a un aspect fongueux. Son grattage s'opère aisément.

En injectant du liquide par le conduit auditif externe avec une seringue à hydrocèle, on le voit s'écouler dans la cavité intramastoïdienne.

Pansement à la gaze iodoformée.

Suites de l'opération. — Suppression immédiate de tout phénomène subjectif.

Apyrexie.

Embonpoint rapide du malade.

Quinze pansements.

Guérison définitive de la plaie mastoïdienne à la fin du mois de juin.

Sortie le 18 juillet.

État de l'oreille au moment de la sortie : Tympan cicatrisé, gris bleuâtre, avec des traînées rouges et des squames épidermiques. Le conduit auditif a son calibre normal ; le pavillon de l'oreille est en place ; la cicatrice postérieure est régulière avec un enfoncement à son centre, au niveau duquel elle est fixée dans le fond de la portion la plus excavée de l'évidement. Aucune douleur spontanée ou provoquée ; pas de bourdonnements. Montre à 0^m12.

Dans le cortège bruyant des symptômes de l'ostéo-myélite suraiguë de la mastoïde, il est difficile de saisir les signes propres à la pachyméningite. Soit, par exemple, un malade qui présente un gonflement considérable rétroauriculaire, des douleurs térébrantes de la région mastoïdienne avec irradiations dans toute la tête, une hyperthermie très élevée jusqu'à 40 et 41°. En supposant qu'il fasse une fusée purulente endocrânienne, comment la soupçonner ? L'abattement, la dépression, le vertige, la céphalalgie du malade perdent leurs caractères symptomatiques d'abcès extra-durémériens et peuvent être rattachés à l'ostéo-myélite mastoïdienne. Aussi ne faut-il pas essayer de faire le départ des symptômes. La prévision d'une complication endocrânienne exige une intervention hâtive. C'est, le maillet et la gouge à la main, qu'il faut faire le diagnostic. Explorer avec un soin minutieux la table interne du crâne. Une petite fistule peut conduire dans une grande collection