

depuis longtemps. Il voit survenir un abcès parotidien qui guérit par l'incision simple, après avoir déterminé une légère paralysie faciale. Comme l'observateur dut faire six mois plus tard une trépanation de l'apophyse mastoïde, peut-être les germes septiques avaient-ils suivi la gaine du facial pour gagner la parotide.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS TEMPORALES

On observe dans la région temporale :

- A. — *Des phlegmons ;*
- B. — *Des ostéo-périostites ;*
- C. — *Des abcès d'origine intra-mastoïdienne.*

A. — Phlegmons temporaux.

Voici une observation qui donne le caractère de ces phlegmons :

Le nommé P..., 22 ans, est sujet aux coryzas et aux bronchites. Depuis l'âge de sept ans, il est pris chaque année, dans le mois de novembre ou de décembre, d'un écoulement d'oreille bilatéral, qui est précédé pendant quelques heures seulement de violents maux de tête. La poussée otorrhéique dure quinze jours à trois semaines.

En novembre 1893, au cours d'une angine et d'un coryza, dans la nuit du 27 au 28, P... ressent de violentes douleurs de tête, plus fortes dans la tempe gauche. Elles durent une heure et cessent brusquement, emportées, dit le malade, par un filet de pus mêlé à du sang qui s'échappe de l'oreille gauche.

L'écoulement reste très abondant les jours suivants ; il s'accompagne de bourdonnements d'oreille. Les nuits sont agitées ; l'anorexie très marquée.

Le 6 décembre, le malade accuse à la partie inférieure de la fosse temporale, à égale distance de l'apophyse orbitaire externe et du tragus, une douleur vive qu'il compare à celle que lui occasionneraient des coups de poing appliqués à ce niveau. La douleur s'exagère à la pression et empêche le malade de dormir. T. 38°5. La région est cédé-

matière et saillante. L'œdème s'étend un peu à la région parotidienne et au front. Les jours suivants, continuation de la fièvre de 38°5 à 39°. Le 9, sensation de fluctuation dans la fosse temporale. Incision de quatre centimètres au milieu de la fosse temporale. Après l'ouverture de l'aponévrose superficielle, un flot de pus mêlé de sang s'échappe.

A l'aide d'un stylet, il est facile de se rendre compte qu'au niveau de l'incision, le muscle temporal est réduit à l'état de bouillie purulente. Plus profondément, on a la sensation très nette d'une dénudation limitée de l'écaille au temporal. Un drain est fixé dans la plaie. — Pansement antiseptique.

Malgré cette intervention les douleurs s'accroissent, l'œdème augmente, s'étend sur la joue, gagne les paupières gauches qui se tuméfient au point de masquer l'œil. La fièvre continue.

Le 12 décembre, dans la crainte d'une descente du pus dans les parties profondes de la face, on décide de faire une opération plus complète. Une incision de six centimètres est pratiquée dans la fosse temporale.

Elle est verticale et s'arrête en bas à la hauteur et à deux travers de doigt en avant de l'attache antérieure du pavillon de l'oreille. Elle est complétée par une deuxième incision horizontale de quatre centimètres qui se dirige en arrière et rase l'insertion supérieure du pavillon. Les tissus sont sectionnés jusqu'à l'os.

On obtient ainsi un lambeau à base postérieure dont le relèvement permet d'arriver sur l'écaille du temporal, qui devait être évacuée s'il y avait eu nécrose.

Le liquide purulent est accumulé en bas et en avant du côté malade. Une faible pression sur la poche purulente détermine un écoulement abondant de pus par le conduit auditif externe. Le pus siège entre l'os et la face profonde du muscle qui est réduite en une pulpe ramollie qu'on enlève avec une curette. L'écaille temporale est dénudée de son périoste. L'os a sa coloration normale. Il n'est ni rouge ni ardoisé.

Après un large nettoyage avec de la liqueur de Van-Swieten très chaude de la cavité septique et de l'oreille moyenne, la plaie est drainée et réunie par quelques points de suture à ses extrémités.

La cicatrisation marcha sans difficultés : la réunion s'effectua sans élimination osseuse ; l'écoulement de l'oreille s'arrêta ; et le 19 janvier 1894, le malade pouvait être considéré comme guéri. — Montre à 0^m02.

On peut donc résumer ainsi les symptômes du phlegmon temporal consécutif à une otite moyenne suppurée.

Dans la zone périauriculaire devenue tout à coup plus sensible,

un point est plus douloureux que les autres. Il siège en avant du pavillon et au-dessus de l'arcade zygomatique. La douleur est très vive spontanément à ce niveau ; et la moindre pression est intolérable. Ni le chloral, ni les injections de morphine ne peuvent calmer les souffrances du malade.

L'écartement des mâchoires est gêné par la constriction du muscle temporal, quoique nous ayons vu un sujet ouvrant librement la bouche.

En examinant la région douloureuse, on constate aisément un gonflement diffus, étendu en nappe sur la région temporale, et dont le maximum est à la partie inférieure et médiane de la région. Ce n'est tout d'abord qu'un peu d'œdème ; mais les parties molles ne tardent pas à être soulevées en masse, et on sent à la palpation une rénitence profonde. Les limites de la région s'effacent progressivement ; les saillies de l'apophyse orbitaire et de l'arcade zygomatique disparaissent peu à peu. Un œdème blanc s'étend au front, aux paupières et à la joue ; et le malade en est défiguré. La peau conserve sa coloration normale : elle ne rougit pas.

Avec ces symptômes locaux, le sujet présente tout le cortège des accidents généraux des phlegmons : frissons, fièvre, agitation et inappétence.

Il ne faut pas attendre, pour intervenir, la perception de la fluctuation. Celle-ci ne pourrait apparaître qu'après l'érosion de l'aponévrose superficielle ; et le pus aurait eu le temps de détruire le muscle, et de fuser dans les régions déclives du cou.

Au début, on pourrait confondre un adéno-phlegmon parotidien avec une infection de la loge temporale, parce que le gonflement parotidien remonte au-dessus de l'arcade, comme le gonflement temporal descend en dessous. Il n'y a qu'à prendre pour guide la ligne horizontale formée par l'arcade zygomatique : l'œdème est plus marqué au-dessus dans la complication temporale ; il est plus développé au-dessous dans la complication parotidienne.

Est-il possible de préciser la couche celluleuse dans laquelle apparaît primitivement la suppuration ? Est-ce celle qui sépare la face antérieure du muscle temporal de l'aponévrose superficielle qui est la première infectée ou est-ce la nappe profonde prépé-

riostique? Dans le cas précédent, la première incision qui a été faite à une époque rapprochée du début du phlegmon, a donné issue à de la matière purulente accumulée sur la face antérieure du muscle. Elle a été impuissante à enrayer la marche du phlegmon.

Si nous nous arrêtons à cette question un peu secondaire, c'est pour essayer de dégager des faits, le mode de propagation de l'infection de la caisse à la région temporale.

Pour Daplay, tout phlegmon temporal est d'origine périostique, parce que le périoste temporal est en continuité avec le périoste de l'oreille moyenne. C'est vrai anatomiquement : le cercle tympanal ne forme que la gouttière inférieure du conduit auditif osseux ; la partie supérieure du conduit, sa voûte, est constituée par l'os temporal.

Mais cliniquement, tous les phlegmons temporaux n'ont pas les caractères des ostéo-périostites. Il peut d'abord y avoir phlegmon suppuré de la loge temporale sans qu'il y ait périostite de la caisse.

Dans sa thèse sur « les Phlegmons profonds de la région temporale » (Paris, 1884), Pouillaude résume l'observation d'une jeune fille de 21 ans qui s'est présentée à Lucas-Championnière avec un phlegmon temporal profond suppuré datant de huit ou dix jours. Une incision verticale donna issue au pus et l'introduction du stylet montra que le périoste était décollé dans toute l'étendue de la fosse temporale. La malade n'avait pas eu une otite moyenne périostique qui se serait propagée au périoste temporal. Elle racontait seulement qu'elle éprouvait de violentes démangeaisons dans le conduit auditif et qu'elle se grattait parfois jusqu'à amener un écoulement sanguin. Le conduit auditif examiné ne présenta qu'une affection eczémateuse. Pour Lucas-Championnière l'inflammation de la fosse temporale était due à une lymphangite profonde ayant comme origine l'eczéma du conduit auditif.

Pouillaude cite un autre fait tiré de la pratique de Reynier. Ce chirurgien a été appelé à soigner, en 1883, un homme de 47 ans, atteint d'un phlegmon temporal consécutif à une otite moyenne, qui ne rappelle en rien l'otite ostéo-périostique de Duplay. Elle avait été plutôt très légèrement catarrhale et l'écoulement était

arrêté, quand les phénomènes phlegmoneux éclatèrent, avec fièvre élevée et gonflement très considérable de la région temporale. Quelques jours après, Reynier intervint : Il pratique une incision de 4 centimètres de longueur, oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Elle porte moitié sur la région temporale, moitié sur le sillon auriculaire postérieur. Il sort un grand verre de pus. En enfonçant un stylet, on sent le muscle temporal soulevé jusqu'à l'apophyse orbitaire externe. Un petit drain est introduit et enfoncé jusqu'à la limite extrême du décollement.

Les suites furent très simples. Le malade sortit guéri au bout de huit jours.

D'autres arguments contre l'origine périostique du phlegmon temporal consécutif à une suppuration de la caisse, c'est la marche des accidents inflammatoires qui n'est pas celle des périostites suppurées ; c'est l'intégrité de l'os constatée avec le stylet, c'est la rapidité de la guérison après l'ouverture de l'abcès.

Par contre, l'hypothèse d'une lymphangite suppurée de la loge temporale met d'accord la clinique et l'anatomie. On comprend ainsi que des inflammations superficielles de l'oreille moyenne soient suivies de suppurations temporales profondes. Les détails de l'observation de notre malade se trouvent expliqués : si au moment de la seconde incision nous avons trouvé le pus accumulé autour du bord antérieur du muscle temporal, au niveau de la face postérieure de l'os malaire, c'est que le tissu cellulaire est plus abondant en cet endroit qu'en tout autre point de la loge. Le muscle n'était décollé qu'à ce niveau ; près de l'oreille il était adhérent.

On objectera qu'il faudrait commencer par démontrer l'existence des vaisseaux lymphatiques reliant la caisse à la région temporale. Mais n'y a-t-il pas des lymphatiques partout où il y a des traînées de tissu cellulaire ; et d'un autre côté, le fait clinique n'a-t-il pas souvent précédé et guidé la démonstration anatomique ?

La gravité du phlegmon profond de la région temporale — quelle qu'en soit la cause — est connue de tous les chirurgiens. Le danger réside dans la descente du pus vers la fosse ptérygomaxillaire et les parties latérales du cou. On l'a vu s'infiltrer entre l'apophyse transverse de la première vertèbre cervicale et le mus-

de ptérygoïdien interne et atteindre la paroi postéro-externe du pharynx qu'il a ulcérée. Le malade a rendu sans toux des crachats purulents qui paraissaient venir du fond de la gorge (obs. du Bulletin Société anatom. Paris, t. XI, p. 22); ailleurs il s'est insinué entre le larynx et le sterno-mastoïdien, sur les parties latérales du cou (obs. de Meuriot).

Il peut fuser aussi derrière l'os malaire et apparaître au-dessous de son bord inférieur.

B. — Ostéo-périostite.

Si nous plaçons au premier rang les phlegmons temporaux d'origine lymphangitique, ce n'est pas pour exclure les ostéo-périostites suppurées de la région. L'os temporal dans chacune de ses parties et dans sa totalité est susceptible d'être atteint d'ostéo-myélite; et il y a, à côté des lymphangites suppurées de la fosse temporale, des ostéo-myélites de l'écaille du temporal.

Mais quelle différence dans la marche et le pronostic des deux affections et combien le praticien aurait tort de faire la confusion entre les deux lésions! On guérit d'une lymphangite, on meurt souvent d'une ostéo-périostite. Il est rare que l'infiltration osseuse soit limitée à l'écaille, elle est plus ou moins diffuse, gagne le rocher, l'arcade zygomatique et même l'os malaire.

Les symptômes de ces ostéites sont les mêmes au début que ceux des phlegmons superficiels. Toutefois les douleurs sont très vives et l'état général est presque celui d'un typhique. Après l'incision du phlegmon ou son ouverture spontanée, des fistules intarissables persistent jusqu'à l'élimination du séquestre. C'est la longue durée de ce travail d'élimination qui constitue le véritable danger: le pus peut fuser à distance et un abcès peut se former du côté de la cavité crânienne.

Au mois d'octobre 1893, nous avons vu un homme de 40 ans, dont la région temporale était transformée en un véritable clapier purulent: la peau tremblotait au toucher comme la paroi d'une outre à demi-pleine de liquide. Il avait un œdème considérable de tout le côté gauche de la tête, et quand on pressait sur la tempe, le pus sortait abondamment par le conduit auditif externe. Il entr'ouvrait la bouche avec difficulté.

L'état général était des plus tristes: depuis deux mois, le malade ne dormait plus, transpirait abondamment toutes les nuits, et souffrait de douleurs qui lui faisaient appeler la mort. Il avait perdu quarante livres de son poids, et disait avoir chaque soir la peau très brûlante.

Les douleurs et le gonflement temporal remontaient à deux mois et étaient survenus pendant un écoulement d'oreille. Celui-ci était le réveil d'une otite qui avait compliqué une atteinte d'influenza en 1891.

En même temps que la suppuration temporale, on pouvait constater un œdème phlegmoneux de la région sterno-mastoïdienne supérieure, embrassant la moitié latérale du cou et descendant à quatre travers de doigt au-dessus de la clavicule. Celui-ci ne datait que d'une huitaine de jours.

Je portai le diagnostic d'ostéite du temporal et je proposai l'ouverture des deux foyers purulents. Après avoir fendu verticalement la région temporale, je sentis un séquestre libre dans la nappe suppurée, et j'enlevai une aiguille osseuse de deux centimètres de longueur qui me sembla être l'arcade zygomatique. Le doigt parcourait une cavité antérieure qu'on sentait aisément limitée par la gouttière rétro-malaire.

Quand je voulus procéder à l'incision cervicale, le malade qui était très pusillanime me déclara préférer la mort à mon traitement, et me congédia.

Je revins le voir plusieurs fois, sans avoir l'autorisation de mettre un doigt sur sa tête: l'incision temporale se referma, mais le pus s'accumula dans le cou; et ne voulant pas prendre la responsabilité de la mort de cet homme qui redoutait l'intervention chirurgicale plus que la douleur et l'agonie, je me retirai en lui conseillant de faire appeler un de mes confrères.

J'ai su plus tard qu'il avait succombé en refusant tout secours médical.

Duplay a observé un fait où le processus infectieux qui avait débuté par l'écaille du temporal s'est propagé en avant aux os de la face. C'était dans le service de Denonvilliers (Arch. méd. 1875, t. XXV). Une jeune fille, dans le cours d'une otorrhée chronique, fut prise de périostite aiguë du temporal. L'inflammation, abandonnée à elle-même, gagna les os frontal, jugal et maxillaire supérieur.

Le traitement des inflammations de la loge temporale nécessite un débridement hâtif. Il n'y a à attendre ni une résolution du phlegmon ni une évacuation spontanée de l'abcès. On a pu remarquer, dans une observation précédente, que le pus coulait en

abondance dans le conduit auditif quand on comprimait la région temporale. Mais peut-on compter sur cette voie détournée pour donner issue au pus ?

Il faut débrider largement la région temporale jusqu'à l'os. Une incision verticale tombant perpendiculairement sur le milieu de l'arcade zygomatique et longue de 3 à 4 centimètres est généralement suffisante. On divise les parties molles couche par couche, pinçant les vaisseaux, quelquefois nombreux, au fur et à mesure de leur ouverture. Si l'on juge que cette incision est trop petite, on en pratique une seconde horizontale, partant du pied de la première, ainsi que nous l'avons fait nous-même, et se dirigeant en arrière vers l'attache supérieure du pavillon de l'oreille. On reste ainsi dans la ligne de direction des faisceaux charnus du muscle; et on obtient un petit lambeau dont le relèvement permet l'exploration facile de la paroi osseuse. On peut aussi pratiquer deux incisions parallèles, en laissant entre chacune d'elles un intervalle de deux travers de doigt.

Après le débridement, on lave avec une solution très chaude de van Swieten tous les culs-de-sac de la poche purulente. On fait, s'il est besoin, un grattage à la curette; et on bourre la plaie d'une gaze antiseptique sans la fermer.

Quand on a acquis l'assurance d'une désinfection complète du foyer septique; et quand les lèvres de la plaie commencent à bourgeonner, on tente la réunion secondaire de ses angles pour diminuer la largeur de la cicatrice.

Nulle règle fixe à prévoir pour le traitement des phlegmons symptomatiques de l'ostéomyélite de l'écaïlle du temporal: c'est le drainage méthodique, l'extraction des séquestres libérés, les lavages constants, le renouvellement fréquent des pansements humides; en un mot la désinfection du foyer local pour empêcher la descente des fusées purulentes dans les régions cervico-pharyngiennes.

C. — On trouvera, au chapitre des cellulites mastoïdiennes, la description de quelques abcès mastoïdiens qui viennent s'ouvrir dans la région temporale. Nous préférons les étudier avec les mastoïdites dont ils ont l'origine et la marche.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS CERVICALES

OU

STERNO-MASTOÏDIENNES

La zone dans laquelle évoluent les complications que nous désignons sous le nom de cervicales est limitée superficiellement, en haut par la pointe et le bord postérieur de l'apophyse mastoïde, en avant par le relief vertical de la branche montante du maxillaire inférieur. Elle s'étend dans la profondeur sous le plancher du crâne, jusqu'à l'extrême pointe du rocher; mais elle reste ouverte en bas et en arrière, du côté des régions sterno-mastoïdienne et sus-claviculaire. C'est dans ces deux dernières directions que les inflammations nées dans la zone sous-auriculaire peuvent se diffuser.

Nous ne craignons pas de rappeler, — étant donné que la déformation de la région est une des bases principales du diagnostic, — les caractères morphologiques de la zone sous-auriculaire. Le relief oblong du muscle sterno-cléido-mastoïdien en forme la partie principale. Des dépressions plus ou moins marquées existent au-dessus, en avant et en arrière de ce relief. Le muscle est séparé en haut de l'apophyse mastoïde, par une petite dépression oblique en bas et en avant qu'on sent et qu'on voit immédiatement au-dessous du bord postérieur de l'apophyse. En avant, la distance qui sépare le muscle de la branche montante du maxillaire inférieur est fortement déprimée et constitue la gouttière rétro-maxillaire qui commence en haut à l'attache du pavillon de l'oreille et se prolonge en bas jusqu'à l'angle de la mâchoire. En arrière, une autre gouttière, mais beaucoup moins accentuée, sépare le