

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

sterno-mastoïdien du trapèze. Toute inflammation a pour premier effet de faire disparaître les dépressions; et les remplace quelquefois par des saillies.

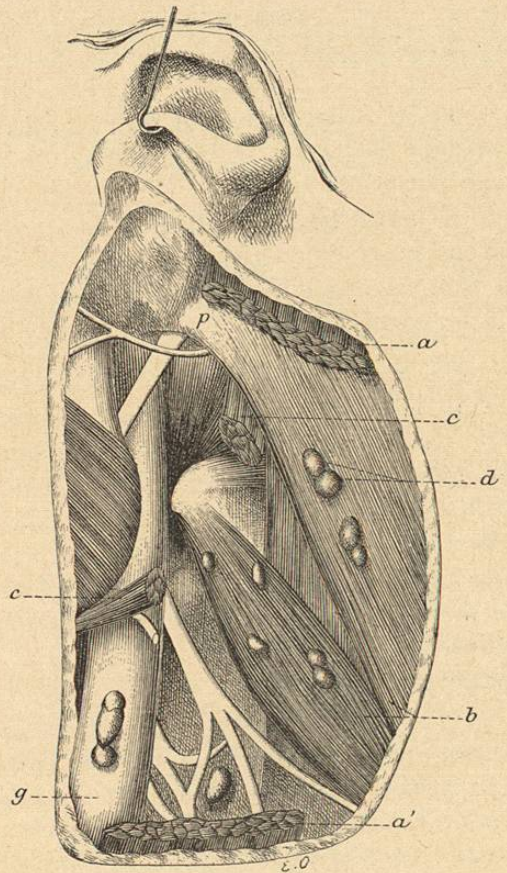


Fig. 70.

La région cervicale dans ses rapports avec l'oreille.

a, a', sections du muscle sterno-cleido-mastoïdien; — *b*, muscle splénius; — *c, c'*, sections du muscle digastrique; — *d*, ganglions lymphatiques; — *g*, veine jugulaire interne; — *p*, pointe de l'apophyse mastoïde.

La région sous-auriculaire peut être le siège d'abcès ossifluents, d'adénites, de phlegmons, et de tuméfactions consécutives à une phlébite de la veine jugulaire interne (voir fig. 70 l'anatomie des couches profondes de la région).

A. — **Abcès ossifluents.**

a) Les abcès ossifluents les plus fréquents viennent de la région mastoïdienne. Ce sont les abcès de la pointe de l'apophyse, encore appelés abcès de Bézold. Nous en donnerons la pathogénie, la symptomatologie et la marche dans le chapitre des mastoïdites.

b) Plus exceptionnellement, on voit apparaître dans la région des collections purulentes résultant d'une ostéomyélite de la face inférieure du rocher.

Nous n'avons observé qu'un cas de cette catégorie d'abcès. Nous le citons in-extenso afin de montrer la marche de l'affection. L'exposé du fait remplacera la description symptomatique qui ne pourrait que reproduire les détails de cette unique observation. On verra que l'ostéomyélite, qui a déterminé à la base du crâne un foyer purulent, a fini par produire du côté du cervelet une inflammation analogue qui a causé la mort du malade.

M... Julien, 22 ans, soldat au 2^e régiment d'infanterie de marine. — Aucun antécédent pathologique.

En décembre 1895, premier écoulement de l'oreille gauche, précédé de quelques douleurs modérées, mais irradiées dans toute la région pariétale gauche. Guérison en 10 jours.

Au mois d'avril 1896, sans angine, ni malaise antérieur, retour de l'écoulement. Le malade rentre dans notre service.

L'écoulement est peu abondant, séro-purulent. Le conduit auditif est large; la membrane du tympan épaissie et injectée présente une perforation arrondie, en avant et près de l'ombilic.

Nous relevons parmi les phénomènes subjectifs des bourdonnements, des sifflements, et des étourdissements assez fréquents.

Diagnostic : Otite moyenne purulente gauche, sans complication, mais susceptible de se prolonger parce qu'il y a récurrence d'infection.

On prescrit des irrigations antiseptiques.

Les symptômes s'amendent peu à peu; la suppuration finit même par se tarir; mais la perforation du tympan ne se cicatrisait pas.

A la fin de juin, l'état de la membrane tympanique est le suivant : rétraction vers la paroi labyrinthique, aspect ardoisé avec brides rayonnantes du manche du marteau vers la périphérie. Régions murale et du manche du marteau très injectées. La perforation, grande comme deux