vations rapportées à la neurasthénie traumatique par Jaboulay, à l'hystéro-traumatisme par Hulke, par Jaboulay, tout récemment par Frank R. Fry (de Philadelphie).

*
* *

Si nous voulons résumer, dans son ensemble, l'étude des « accidents tertiaires » que nous venons de passer en revue, nous voyons entre eux et les abcès tardifs des différences notables. On ne se trouve plus en présence de ces phénomènes fébriles, dont la recrudescence va de pair avec celle des symptômes de pression intra-cranienne exagérée, tandis que sur le tout se greffent des accès convulsifs avec plus ou moins d'aphasie ou de coma. Le blessé devient plus nettement un paralytique, un aphasique, un imbécile, un fou, un épileptique enfin. Le trépan est capable de mettre fin à tous ces symptômes, mais il ne faut pas trop compter sur son efficacité parfaite. Souvent le résultat sera partiel, nul même parfois, et nous en concluons nettement à l'indication, déjà formulée dans l'étude des accidents primitifs, de ne pas laisser persister, sur la foi d'une innocuité hypothétique, les compressions cérébrales sans plaie, par épanchement sanguin et surtout par enfoncement osseux. L'expectation peut donner de bons résultats immédiats, mais elle menace l'avenir; tandis que l'intervention immédiate, qui n'offre aucun danger par elle-même, met presque toujours le blessé à l'abri de ces menaces futures. De même, c'est avant que la suppuration s'y soit installée, qu'il faut désinfecter une fracture du crâne avec plaie, car lorsque l'abcès cérébral est constitué, notre action devient trop souvent médiocre. Et l'on arrive ainsi, au nom des accidents cérébraux secondaires ou tertiaires, à réhabiliter jusqu'à un certain point le trépan préventif des anciens, dans un sens différent il est vrai, car l'indication nous en est fournie surtout par les enfoncements, avec ou sans plaie, même lorsqu'ils ne s'accompagnent pas de troubles cérébraux immédiats.

CHAPITRE II

LES COMPLICATIONS INTRA-CRANIENNES DES OTITES MOYENNES SUPPURÉES

Un premier point tout à fait important à retenir, avant d'entrer dans le détail de chaque lésion en particulier, est que le traitement des complications intra-craniennes des otites, quelle que soit leur modalité, doit avant tout être préventif : les abcès cérébraux, méningites, phlébites, sont fréquents lorsqu'on laisse évoluer, devenir chronique, une suppuration de la caisse et de l'apophyse, avec ou sans fistule mastoïdienne; ils sont rares, au contraire, si, par les moyens chirurgicaux appropriés, on arrête l'infection dès le début. Ces proportions sont, sans doute, difficiles à fixer par des chiffres, mais après avoir opéré un nombre considérable de mastoïdites aiguës ou chroniques, je suis en droit d'affirmer que la méningite post-opératoire, exceptionnelle, ne s'observe que dans les cas où les délabrements osseux sont extraordinairement graves; d'autre part, il est fort exceptionnel aussi que le malade soit emporté plusieurs mois après l'intervention, par une infection méningo-encéphalique que la chirurgie a été impuissante à prévenir. Par contre, on ne compte plus les sujets qui succombent à des complications intra-craniennes antérieures à l'opération.

Je ne veux pas insister aujourd'hui sur ces faits, que j'ai étudiés en détail en 1895 dans le livre que j'ai fait paraître, avec mon ami Lubet-Barbon, sur les suppura-

tions mastoïdiennes. Je désirais seulement affirmer, dès le début de cet article, que les complications mortelles deviendraient tout à fait rares, si l'on opposait aux otites moyennes aiguës, avec ou sans mastoïdite, un traitement précoce et énergique. C'est l'otite chronique qui mène ainsi à la mort, et surtout l'otite avec écoulement fétide, où Rist a fait voir que les microbes les plus dangereux sont les anaérobies.

Deux points seulement méritent d'être mis en relief, l'un clinique, l'autre anatomique.

En clinique, souvent le début de ces complications coïncide avec une suppression plus ou moins brusque de l'otorrhée; aussi les médecins anciens avaient-ils incriminé une métastase, et de là, parmi les profanes, le préjugé, encore vigoureux, que les écoulements d'oreille doivent être respectés. En réalité, l'écoulement cesse parce qu'il y a un obstacle mécanique, tel que des granulations polypeuses, et c'est la rétention du pus qui favorise la propagation infectieuse vers l'intérieur du crâne.

En anatomie pathologique, il faut savoir que, dans les otites ainsi compliquées, il y a volontiers ostéite condensante de l'apophyse, avec annihilation presque complète du système cellulaire. Quoi qu'on en ait dit, cette hyperostose, qui empêche la migration du pus vers l'extérieur, la favorise vers l'intérieur. De là une notion importante pour l'opérateur. Toujours, le premier soin du chirurgien devra être d'assurer, par l'évidement pétro-mastoïdien, la désinfection de l'apophyse et de la caisse. Mais on sera averti que dans ces apophyses éburnées, la recherche de l'antre est difficile, devra souvent être faite à l'envers, par l'opération dite de Stacke.

Dès le début de ce chapitre, je désire affirmer que, quelle que soit la complication intra-cranienne observée, même si on diagnostique une éburnation de l'apophyse, il faut avant tout ouvrir largement toutes les cavités auriculaires existantes.

Cela dit, j'entre dans l'étude spéciale des infections

intra-craniennes consécutives aux otites moyennes suppurées.

Ces complications sont de trois espèces :

1° Les méningites;

2° La phlébite des sinus;

3° Les abcès, situés entre l'os et la dure-mère, ou dans l'épaisseur même de la substance nerveuse, cérébrale ou cérébelleuse.

L'existence, la nature de ces lésions, est connue depuis longtemps, et nos devanciers s'efforçaient d'en établir, avec autant d'exactitude que possible, le diagnostic et le pronostic. Mais, malgré leurs études, une certaine confusion persista jusqu'à ces dernières années. Naguère encore, en effet, le traitement chirurgical était nul. Il n'en est plus de même aujourd'hui et, grâce à l'antisepsie, nous pouvons intervenir avec chances de succès : aussi avons-nous besoin de posséder sur ces questions des notions anatomo-pathologiques, étiologiques et cliniques auparavant inutiles.

Une fois que, par des autopsies judicieusement exécutées, on eut acquis les premières données, c'est par les interventions chirurgicales elles-mêmes, véritables autopsies sur le vivant, que nos connaissances se sont perfectionnées, que nous avons pu étudier les lésions au début, et tenter ensuite d'établir un diagnostic précoce et précis.

On comprend la grosse importance de ce diagnostic, car les chances de succès sont anatomiquement bien différentes dans les trois catégories de lésions que je viens d'énumérer. Il n'est pas indifférent d'aller à la recherche d'un abcès imaginaire du cerveau alors qu'il n'existe que de la pyohémie; d'ouvrir un abcès dans le cervelet et d'en méconnaître un second développé dans le cerveau; de négliger une phlébite du sinus latéral parce qu'on aura ouvert et drainé un abcès du cerveau.

La question, par malheur, est parfois assez complexe en clinique, car ces trois ordres de lésions ne sont pas toujours isolées, comme on le croirait si on prenait au

pied de la lettre les descriptions didactiques, forcément un peu schématiques. De là des obscurités cliniques réelles, dont on aurait tort, toutefois, de trop s'effrayer, car les lésions deviennent surtout complexes lorsqu'on les laisse évoluer sans intervenir. Si l'on opère dès le début des accidents, on trouve en général une des lésions à l'état de pureté, ou tout au moins assez prédominante pour que l'action chirurgicale soit efficace.

Aussi, tout en reconnaissant que souvent la description didactique exige des démarcations que ne respecte pas la nature, sommes-nous en droit, sans sortir trop de la réalité clinique, de passer successivement en revue les méningites, les phlébites, les abcès. Mais, dès le début, j'ai cru utile de montrer la complexité fréquente des lésions, la difficulté habituelle de leur diagnostic exact, car c'est précisément à cause de cela que je conseille de les attaquer par un procédé capable de convenir à toutes, c'est-à-dire par la voie mastoïdienne.

§ I. — MÉNINGITE

La méningite d'origine auriculaire évolue avec une acuité très variable.

Quelquefois elle est aiguë, suraiguë même, ayant les allures cliniques de toute méningite aiguë[1]; et d'ailleurs il est probable que nombre d'inflammations méningées, autrefois dites idiopathiques, ont leur porte d'entrée, aujourd'hui bien moins souvent méconnue, dans les cavités de l'oreille moyenne.

Un sujet atteint d'otite chronique le plus souvent, mais quelquefois d'otite aiguë, est pris brusquement, en pleine santé, d'un malaise qui, au premier abord, peut être confondu avec un simple embarras gastrique. Mais

1. On a vu des méningites suppurées par otite rester latentes pendant un temps variable et causer une mort subite, qui a pu donner lieu à expertise médico-légale.

en quelques heures la fièvre se déclare, la température monte à 39°, à 40°, avec quelques légères rémissions matinales seulement, la céphalalgie devient rapidement intolérable. Puis surviennent des nausées, des vomissements, enfin les phénomènes d'excitation s'aggravent. Le malade est agité, délirant, perd connaissance ou tombe dans le coma et meurt en deux ou trois jours. Si l'inflammation des méninges se propage à la couche corticale sous-jacente de la région motrice, on observe des paralysies partielles ou générales, des convulsions, des contractures. J'ai vu, par exemple, chez un enfant, une hémiplégie qui m'a fait espérer un abcès cérébral : en opérant, je n'ai trouvé qu'une méningite diffuse. Je dis espérer, car pour l'abcès, l'opération offre des chances de succès, tandis que la méningite diffuse est au-dessus des ressources de l'art. Dans ce cas, la cause de l'hémiplégie était un ramollissement cortical de la zone rolandique, par méningite diffuse incurable, mais je vais dire dans un instant que chez un autre malade l'hémiplégie, d'interprétation fort obscure, relevait d'une méningite non suppurée qui fut guérie par la trépanation.

Dans d'autres cas, la gravité immédiate est moindre et ce n'est pas en deux ou trois jours que succombe le sujet, mais au bout d'un temps plus ou moins long, avec l'apparence d'un enfant atteint d'une méningite tuberculeuse un peu irrégulière. Il en était ainsi chez un garçon qui me fut envoyé d'urgence à l'hôpital Trousseau, venant du service de M. Sevestre, où la veille il avait été admis comme atteint probablement de méningite tuberculeuse; à un examen plus attentif, lors de la visite du soir, M. Péron, interne du service, constata qu'il existait une fistule rétro-auriculaire et diagnostiqua une méningite subaiguë consécutive à cette otite : l'autopsie ne tarda pas à lui donner raison.

Cet enfant était grognon, somnolent, et le dernier jour seulement il tomba dans le coma; sa température ne dépassa pas 38°,4; le pouls était fréquent, inégal,

petit, irrégulier; les pupilles étaient égales; il n'existait aucun trouble moteur.

Dès lors, il était bien probable qu'il y avait méningite. Néanmoins je suis intervenu de la façon suivante. Dès que l'enfant m'a été apporté, j'ai ouvert méthodiquement l'apophyse et la caisse, pour évacuer le pus, les séquestres et les fongosités qu'elles renfermaient, et j'ai tamponné la cavité à la gaze iodoformée, après avoir curetté avec soin les parois osseuses enflammées et friables. Le lendemain, l'enfant allait plutôt un peu mieux; mais le surlendemain matin je le trouvai comateux. Alors j'agrandis vers la fosse temporale la trépanation mastoïdienne, j'arrivai ainsi en deux ou trois coups de gouge sous le lobe temporal, où je fis sans résultat trois ponctions exploratrices, et après avoir ainsi constaté qu'il n'y avait pas d'abcès intra-cranien, je fis un nouveau tamponnement. A l'autopsie, je trouvai une méningite suppurée de la base, sans tubercule appréciable, quoiqu'il y eût des lésions tuberculeuses avancées des poumons.

J'ai relaté un peu longuement cette histoire clinique parce qu'elle montre bien l'erreur de diagnostic que l'on peut commettre dans un sens. Mais on peut en commettre aussi en sens inverse, et plusieurs fois, j'ai vu des enfants chez lesquels l'hésitation était permise. Chose naturelle, étant donné que les otites chroniques, tuberculeuses ou non, sont fréquentes chez les tuberculeux et que, je viens de le dire, la méningite otique peut être subaiguë. Aussi dans les cas douteux, et surtout à l'hôpital où toute considération étrangère à la chirurgie est exclue, m'est-il arrivé plusieurs fois d'opérer : le moindre doute doit être pour nous un espoir, car il y a des méningites otiques curables par l'intervention chirurgicale.

Si on veut, n'allons pas encore si loin, et disons que, par une opération, on peut faire disparaître, peut-être plus souvent chez l'enfant, des symptômes de méningite fort accentués : céphalalgie, fièvre, vomissements,

aspect typhoïde, sautes brusques de température, névrite optique même. Nous avons maintenant à voir en quelles formes cliniques s'associent les symptômes, par quelle pathogénie il faut les expliquer et quelle opération leur convient.

Or, il faut bien avouer qu'à toutes ces question nous ne pouvons apporter des réponses absolument précises.

Cliniquement, en effet, tous les degrés de gravité existent dans l'association symptomatique, depuis les cas où ils sont peu nombreux et légers jusqu'à ceux où la méningite paraît caractérisée par son cortège le plus complet. En sorte que, si l'on peut expliquer par une simple irritation de voisinage quelques symptômes nerveux un peu plus accentués que ceux d'une maladie infectieuse quelconque, il devient difficile de ne pas attribuer à une méningite ceux où l'on observe jusqu'à des lésions physiques, tels que la névrite optique.

A quelles lésions correspondent ces symptômes, et dans quelle mesure pouvons-nous admettre, pièces en main, qu'elles soient opératoirement curables? A cet égard, la variabilité est grande.

D'abord, il y a des cas sûrement favorables, au moins au début de l'invasion méningée : ceux où se forme au-dessus du rocher un foyer suppuré localisé atteignant la pie-mère et l'écorce cérébrale. Cela se voit parfois à la face inférieure du lobe temporal, et on a pu observer, pour les otites gauches, un certain degré d'aphasie.

On conçoit qu'alors l'erreur de diagnostic puisse être commise avec un abcès du cerveau, et cette forme n'est pas la seule qui prête à cette méprise. J'ai publié récemment à la Société de chirurgie une observation fort curieuse, où les neurologistes les plus compétents croyaient comme moi à un abcès cérébral, avec fièvre vespérale vive depuis quelques semaines, céphalalgie tenace, puis vertiges, étourdissements, petites crises de coma, hémiparésie gauche progressive, névrite optique : or c'était certainement de la méningite, puisque je n'ai, en opérant, trouvé aucun abcès et puisque cependant

après cela, tous les symptômes ont cessé et depuis trois ans n'ont pas reparu.

Ce fait, qui certainement n'est pas isolé dans la science, est de ceux qui nous imposent une grande réserve pour admettre la guérison spontanée de certains abcès cérébraux d'origine otique. Et si, comme je le dirai tout à l'heure, la cause anatomique des accidents était probablement une hydrocéphalie ventriculaire aiguë, je dois ajouter que dans bon nombre de cas qui se sont terminés par guérison, les lésions inflammatoires des méninges ou de l'encéphale étaient à ce point minimes qu'on ne les put constater au cours de l'opération.

La complexité clinique est même quelquefois plus grande encore, et un abcès mastoïdien peut à lui seul causer des troubles mentaux remarquables.

Ainsi A. Robin cite un malade auprès duquel Brown-Séquard fut appelé par le Dr Elmyra, de New-York, et que l'on croyait atteint de paralysie générale. En percutant le crâne, Brown-Séquard détermina une vive douleur au niveau de l'apophyse mastoïde; en examinant la région, on y reconnut la présence d'une collection purulente dont l'évacuation amena la disparition de cette pseudo-paralysie générale.

C'est cette forme de méningite subaiguë et curable qui, en clinique, est la plus intéressante.

Tandis que, dans sa forme aiguë, la méningite emporte brusquement le malade, avec des lésions dont la gravité est surtout due à leur étendue et à leur acuité, dans la méningite subaiguë, l'évolution plus lente donne au chirurgien le temps de la réflexion et aussi de l'intervention. Parmi ces faits il en est de tout particulièrement intéressants, où la symptomatologie ressemble complètement à celle d'un abcès du cerveau.

Comment faut-il interpréter les faits de ce genre, quand après une opération on voit disparaître les accidents, même les plus complexes? On les a attribués à une simple irritation des méninges au voisinage d'une oreille infectée, à quelque chose que l'on pourrait

appeler du « méningisme » et comparer à ce péritonisme qui vient si volontiers compliquer une inflammation péritonéale limitée ou même juxta-péritonéale. Avec nos connaissances actuelles, cela n'est guère probable. Méningisme et péritonisme sont, en réalité, des congestions ou des inflammations superficielles et fugaces des méninges ou du péritoine autour d'un foyer qu'il importe de désinfecter. Au reste, même si on admettait, comme autrefois, une sorte de réflexe, on n'en saurait conclure que l'on aurait aussi bien obtenu la guérison sans intervention opératoire. Parmi les observations que j'ai parcourues, je sais que chez le malade de Kellock Barton on a réussi à l'aide de simples frictions mercurielles; mais dans tous les autres cas on a assuré l'écoulement du pus, par la paracentèse du tympan ou par l'ouverture de l'apophyse selon l'état des lésions, et tous les chirurgiens penseront certainement que telle doit être la règle immuable.

C'est donc comme méningites curables que, en principe, nous devons catégoriser ces faits. Mais dans quelles conditions la méningite auriculaire sera-t elle curable ou incurable? On serait peut-être tenté d'établir cette démarcation selon que l'inflammation est simplement séreuse ou au contraire suppurée. Cette opinion est sûrement erronée, car : 1° il y a des méningites non suppurées mortelles quoi qu'on fasse; 2° il y a des méningites suppurées curables.

D'abord, sans qu'il y ait suppuration, la mort peut être la conséquence de ces lésions méningitiques de voisinage, et Körner, auquel nous devons une monographie sur les complications intra-craniennes des otites, nous apprend que chez l'enfant on observe quelquefois des méningites rapidement mortelles, où on ne trouve pas de pus à l'autopsie, mais seulement de la congestion et de l'œdème des méninges et du cerveau. Il en fut ainsi, par exemple, dans un cas de Schwartze.

Dans ces faits Körner admet, avec Huguenin, qu'il s'agit d'une « méningite à streptocoques incomplète »,

et, toutes réserves faites sur le microbe causal, c'est cette opinion qui, dans l'état actuel de la science, est la plus séduisante. Il y a beau temps que l'on connaît l'œdème de voisinage et l'infiltration phlegmoneuse qui, en deux zones concentriques, entourent un foyer purulent et vite disparaissent lorsque le pus a été évacué. Il est bien vraisemblable qu'autour de l'oreille moyenne infectée et se vidant mal se produisent de même une infiltration, un œdème, une congestion septiques capables de rétrocéder lorsque le foyer initial a été désinfecté.

Il est probable que dans certains cas de « méningite séreuse » la cause principale des accidents est la formation d'une hydrocéphalie aiguë, analogue à celle que je signalerai dans l'étude des méningites de cause non auriculaire. Cela a été constaté chez des malades de Mayo Robson, de Lecène, de Jansen, de moi-même, chez lesquels, les symptômes ayant fait penser à un abcès cérébral, on a ponctionné le cerveau et on a vu jaillir du liquide céphalo-rachidien sous forte pression : les quatre malades auxquels je viens de faire allusion ont guéri et on trouverait d'autres succès de ce genre en parcourant les mémoires publiés depuis quelques années. Le fait important à retenir pour le chirurgien est l'indication de ponctionner le cerveau dans les cas de cette espèce ; ou bien on pourra avoir recours d'abord à la ponction lombaire, fort efficace dans certaines méningites pour faire cesser les accidents d'hypertension par hydrocéphalie interne ou externe. Et dans plusieurs cas de méningite otogène terminés par guérison sans trépanation, la ponction lombaire, destinée à assurer le diagnostic, n'a sans doute pas été inutile à la cure. Si, dans l'espèce, son indication est assez rare, c'est parce qu'en tout état de cause il faut d'abord trépaner apophyse et caisse : après quoi l'ouverture du crâne et la ponction du cerveau sont très rapidement et très facilement exécutés.

Je reviendrai sur ce point, qui n'a ici rien de spécial,

dans le chapitre consacré au traitement des méningites diverses. En ce moment, je retiens que la ponction lombaire, nous fournissant parfois un liquide opalescent, bactériologiquement infecté, nous a démontré la curabilité possible de certaines méningites otogènes suppurées, même de certaines méningites cérébro-spinales.

La rétrocession peut être spontanée, ou à peu près (obs. de Kellock Barton), ou bien elle a lieu après l'emploi de moyens simples, tels que le lavage de la caisse. Mais on aurait tort de compter sur des succès de ce genre. D'autant mieux qu'après une guérison apparente il faut craindre la persistance d'une épine inflammatoire, capable de provoquer le retour d'accidents, cette fois mortels. Ainsi, Politzer a vu une fille de douze ans, qui fut prise de troubles cérébraux à forme typhoïde, avec délire, puis coma ; grâce à des irrigations de l'oreille, elle guérit en trois semaines, mais après deux ans de santé parfaite elle mourut, en quarante-huit heures, d'une méningite suraiguë.

Une menace de ce genre est une indication à en finir le plus vite possible avec la suppuration auriculaire et on ne doit pas laisser de pus stagner dans la caisse ni dans l'apophyse. S'il existe des signes d'inflammation à la région mastoïdienne, il va sans dire que la trépanation s'impose ; mais lorsque les cellules paraissent intactes ou à peu près, lorsqu'il n'y a pas d'œdème rétro-auriculaire, même alors il est prudent de les ouvrir. On sait, en effet, que presque toujours leur muqueuse participe à l'inflammation de la caisse, et pour ces cas, où la vie est en jeu à brève échéance, il ne serait pas prudent de s'attarder aux moyens simples, la douche d'air par exemple, dont l'efficacité est cependant grande chez bien des sujets. Un malade que j'ai opéré en est la preuve. Comme il n'y avait aucun abcès rétro-auriculaire, comme l'œdème était à peu près nul, on aurait pu songer à déterger la caisse par un lavage, puis par la douche d'air : or, l'opération a conduit sur une petite collec-

tion de pus hémorragique et mal lié, entourant le sinus latéral, et il est bien certain que par les voies naturelles l'évacuation de cette collection eût été impossible. Ce malade était presque dans le coma, avec une fièvre dépassant 40°, avec les pupilles dilatées, et j'ai failli ne pas l'opérer, parce que je le croyais moribond. Or il a guéri, et depuis cette époque j'opère toujours, et de temps à autre un succès vient me prouver que j'ai raison.

De ce qui précède, il résulte qu'il y a des sujets chez lesquels les symptômes sont ceux d'une méningite subaiguë ou même aiguë, et chez lesquels l'intervention chirurgicale limitée aux cavités de l'oreille procure la guérison. C'est là un argument puissant pour inciter le chirurgien à ne pas craindre d'intervenir, même lorsqu'il n'a presque pas de chance de se tromper en diagnostiquant une méningite suppurée. Ce qui doit également l'encourager à opérer, c'est que le processus infectieux est d'abord localisé auprès du point osseux malade et qu'une méningite suppurée circonscrite peut guérir après drainage : récemment, Janssen et Stewart ont publié des cas de ce genre, où il fallut inciser la dure-mère pour évacuer une collection purulente, et les malades guérirent.

Je n'ai pas voulu, jusqu'à présent, étudier en détail les indications précises et la technique de l'intervention dans les otites compliquées de méningite ; j'ai simplement cherché à faire voir qu'à côté de la forme suraiguë, contre laquelle nous sommes impuissants, il est des formes atténuées, dans leur virulence ou dans leur étendue, qui sont jusqu'à un certain point justiciables de notre action ; j'ai dit, chemin faisant, que parfois l'évolution clinique ressemble de fort près à celle d'un abcès. Ces deux propositions doivent être retenues pour le moment où, dans une vue d'ensemble, nous chercherons à établir à quelles règles générales le chirurgien doit se conformer en présence d'une otite compliquée d'accidents encéphaliques. La conclusion que je désire tirer actuellement est la suivante : d'une manière

générale, l'intervention opératoire est justifiée, car, si elle n'améliore pas la méningite aiguë diffuse, au moins elle ne l'aggrave en rien, et si, au contraire, il s'agit de méningite subaiguë, elle peut procurer la guérison.

Par quelle opération a-t-on guéri ces malades ? C'est très variable, et nous ne pouvons pas fixer une règle de conduite très précise. La simple paracentèse — et même parfois l'ouverture spontanée — de la membrane du tympan a quelquefois suffi pour faire cesser des accidents cérébraux inquiétants compliquant une otite. D'autres auteurs ont évidé l'apophyse et la caisse atteintes d'ostéite ancienne. D'autres enfin ont ouvert la dure-mère et même incisé ou ponctionné le cerveau, à la recherche d'un abcès possible.

Lorsque les troubles cérébraux ont une intensité réelle, dépassant la mesure de la réaction nerveuse dont les otites sont coutumières, il est imprudent de s'en tenir à la simple paracentèse, mais les deux autres conduites, évidement osseux simple ou exploration du cerveau, ne sont pas exclusives l'une de l'autre : chacune d'elles a ses indications.

Il est certain, par exemple, que tout de suite on explorera le cerveau lorsque, même sans signes précis de localisation, les accidents feront penser à un abcès du cerveau. Par exemple, l'aphasie dans le cas de Janssen, l'hémiplégie dans les miens étaient des indications à ouvrir sans tarder la dure-mère : et Janssen a trouvé, en effet, je le répète, un foyer cortical suppuré, par le drainage duquel il a enrayé la méningite. Quant à mes deux observations, elle prouvent que dans un cas l'hémiplégie, par ramollissement cortical de la zone rolandique, relevait d'une méningite suppurée diffuse et incurable ; que dans l'autre l'enfant a guéri sans que j'aie jamais connu la cause exacte. Mais dans le premier cas j'ai la certitude de n'avoir pas nui au malade et, dans le second, celle de lui avoir sauvé la vie : et, autant qu'on peut se rendre compte des choses dans une opération de ce genre, je crois bien qu'il y avait méningite séreuse avec accumu-

lation anormale de liquide céphalo-rachidien dans la corne occipitale du ventricule latéral. Il existe d'Imbert une observation tout à fait analogue. Ces faits, celui de Janssen, d'autres semblables relatés par divers auteurs prouvent donc que certains symptômes justifient l'exploration cérébrale immédiate.

Mais quand existent seulement des signes diffus, la vraie conduite me paraît être de commencer par un évidement pétro-mastoïdien, car les observations sont nombreuses où ce drainage a suffi, soit contre des accidents chroniques subaigus, soit même contre des accidents très aigus. En cette dernière occurrence, il m'est arrivé plusieurs fois de trouver de petits abcès extra-duraux contre le sinus latéral, et la réaction méningée tenait peut-être à un certain degré de phlébite de ce sinus. Mais quoi qu'il en soit de cette hypothèse, le fait est qu'une opération extra-durale est capable de mettre fin aux troubles encéphaliques ; et comme, par contre, au cas où les méninges seraient saines, il n'est pas indifférent de les ouvrir dans un foyer septique, la règle me paraît être de commencer par le seul évidement pétro-mastoïdien et de n'aller plus loin, si nécessaire, que dans un deuxième temps : je n'en dis pas plus long pour le moment, la question devant revenir à propos des abcès, car diagnostic et traitement sont connexes, pour les abcès, la phlébite, les méningites.

§ II. — PHLÉBITE DES SINUS

La participation des sinus de la dure-mère aux inflammations de l'oreille moyenne est loin d'être rare, et personne ne songera à s'en étonner, après avoir vu les rapports du sinus latéral avec l'apophyse, du sinus pétreux supérieur et de la jugulaire avec les parois supérieure et inférieure de la caisse [1]. Mais si la fréquence

1. La phlébite des sinus est plus fréquente dans le sexe

de ces phlébites est notable, il est excessif de dire, avec Poulsen, que c'est une lésion constante lorsqu'une otite moyenne cause la mort par complications intra-craniennes. A cette manière de voir on doit opposer immédiatement une objection : il s'agit là de cas abandonnés à eux-mêmes et ayant causé la mort. On ne peut donc rien en conclure sur les lésions initiales, et si cela démontre qu'à la période ultime la complexité des lésions est telle que le chirurgien doive désarmer, par contre, les succès assez nombreux obtenus dans ces dernières années par des opérations bien conduites, prouvent que souvent nous sommes en droit, cliniquement au moins, de considérer comme négligeable la phlébite associée aux abcès.

Cette question préjudicielle, importante pour le moment où nous parlerons du traitement des abcès, a perdu une partie de son intérêt depuis que nous savons nous attaquer directement aux sinus intra-craniens thrombosés, comme nous allons le dire en étudiant les cas les plus simples, ceux où la phlébite existe à l'état isolé, ou associée simplement à un abcès extra-dural.

La phlébite des sinus est relativement rare chez l'enfant et de cela on donne volontiers comme explication, que dans le jeune âge l'apophyse est peu développée, en sorte que les connexions de l'oreille moyenne avec le sinus latéral sont beaucoup moins étendues qu'elles ne seront plus tard.

masculin d'après les relevés de Lebert (14 contre 3), de Hessler (55 contre 5), de Janssen (27 contre 7). Mais cela n'est exact que chez l'adulte, et à cet âge les otites sont bien plus fréquentes chez l'homme. La plus grande fréquence à droite est nette dans les statistiques de Köhner (44 contre 30), de Poulsen (7 contre 3), de Janssen (126 contre 104) ; cependant Hessler trouve seulement 36 contre 33. Les conditions anatomiques qui expliquent cette prédominance — rencontrée pour toutes les complications intra-craniennes des otites — ont été minutieusement étudiées par Körner.