

## CHAPITRE IX

### TRAITEMENT

DE

### L'ENCÉPHALITE AIGÜE ET DES ABCÈS DU CERVEAU<sup>1</sup>

PAR

E. ESTOR,

Professeur à la Faculté de Montpellier.

#### I

##### Considérations générales.

L'encéphalite aiguë et les abcès du cerveau sont toujours causés par une infection microbienne, mais la pénétration des germes pyogènes ne se produit pas dans tous les cas d'après le même mécanisme. Parmi les nombreuses causes qui peuvent les déterminer, les suppurations de l'oreille moyenne et les traumatismes crâniens sont assurément les plus importantes. Il est juste d'ajouter qu'un très grand nombre de maladies infectieuses, l'ostéomyélite, la pyoémie, la fièvre puerpérale, l'érysipèle, l'actinomycose, etc., sont susceptibles de provoquer l'encéphalite suppurée.

Nous diviserons ce chapitre en deux parties :

- 1° Encéphalite aiguë ;
- 2° Abcès du cerveau.

1. Nous ne nous occuperons pas des abcès consécutifs à la tuberculose et à l'ostéomyélite des os du crâne. On traitera dans ces cas la tuberculose et l'ostéomyélite de la même façon que lorsqu'elles siègent sur d'autres os. Quant à l'abcès, il sera ouvert et drainé comme les collections traumatiques ou otitiques.

#### II

##### Encéphalite aiguë.

(*Méningo-encéphalite diffuse. — Méningite avec abcès superficiel de l'écorce cérébrale.*)

##### A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Le plus souvent causée par une fracture, elle est caractérisée, au point de vue anatomique, par les lésions suivantes :

Indépendamment des suppurations que l'on trouve au niveau du point d'entrée, il existe des désordres profonds ; les méninges sont hyperémiées, épaissies et tapissées d'une couche de pus jaunâtre ou verdâtre. Tantôt le pus est collecté entre la dure-mère et le crâne, tantôt à la surface du cerveau parfois criblé de petits foyers purulents entourés d'une zone indurée.

Duplay admet quatre périodes dans l'évolution de la méningo-encéphalite : 1° période d'incubation ou latente ; 2° prodromique ; 3° d'invasion ; 4° période d'état. Avec Bousquet et Ricard, il nous paraît préférable d'en distinguer deux dont la physionomie est très différente :

- 1° Une période d'excitation ;
- 2° Une période de dépression ou de coma qui se termine généralement par la mort.

L'encéphalite peut être tardive, c'est l'exception ; le plus souvent elle apparaît du troisième au sixième jour, rarement après la troisième semaine. On pourrait appeler avec G. Marchant cette première période, période d'incubation.

A. — Au début le blessé est souvent surexcité, il arrache son pansément, sa figure est grimaçante, il passe par des alternatives de colère et de chagrin, assez rarement son délire est furieux. Le pouls est fréquent, la langue sèche et la température élevée. L'aspect de la plaie est mauvais. La suppuration est abondante et sanieuse.

Viennent ensuite les contractures cloniques ou toniques et



dans ce cas atteignant de préférence la nuque ; puis surviennent des paralysies n'occupant pas les mêmes groupes musculaires que les contractures.

B. — Au bout d'un temps variant de vingt-quatre heures à quelques jours, l'excitation disparaît pour faire place à la dépression et au coma.

Ce tableau ne représente pas tous les cas. Parfois, pendant toute la durée, les symptômes dépressifs alternent avec les symptômes d'irritation. Le début peut être caractérisé par de l'abattement, de l'hébétéude, de la somnolence.

La mort est presque fatale. Le blessé s'éteint dans le collapsus, « tous les sphincters perdent leur tonicité, la peau se couvre d'une sueur visqueuse et gluante, la langue se dessèche, la respiration est irrégulière et stertoreuse ; c'est le coma qui va durer jusqu'à la mort » (Duplay).

#### B. — TRAITEMENT.

1° *Médical*. — Nous ne nions pas absolument son influence, mais il est bien douteux que la thérapeutique médicale ait jamais sauvé un malade atteint d'encéphalite aiguë. La révulsion est dans ce cas employée sous toutes ses formes : *vessie de glace* et compresses froides sur la tête, *sangsuës* aux apophyses mastoïdes, *saignées*, *purgatifs*, *calomel* à hautes doses, piqûres d'*ether*, *potions cordiales*, telle est cette thérapeutique. Nous sommes en présence d'une nappe de pus qui ne peut s'évacuer spontanément, d'un abcès fermé ; que peut faire dans ce cas une pareille méthode ?

2° *Chirurgical*. — Il faut d'abord désinfecter très soigneusement le foyer initial, puis ouvrir largement le crâne. La trépanation nous paraît indiquée, et cette trépanation doit être précoce si l'on veut empêcher la méningite circonscrite de devenir diffuse. S'il existe des signes de localisation, le point où la couronne de trépan devra être appliquée sera nettement indiqué ; s'il n'en existe pas, il faudra agrandir l'orifice qui a permis l'infection, enlever au ciseau les parties

osseuses malades, curetter et désinfecter les clapiers purulents et placer une ou plusieurs couronnes de trépan autour du foyer.

Il nous semble que l'ouverture large du crâne et la toilette des enveloppes cérébrales est la seule conduite rationnelle. N'est-elle pas la seule susceptible de combattre la compression et l'infection, et ne savons-nous pas aussi qu'avec un traitement médical la mort est presque fatale ? Assurément le pronostic reste toujours très sombre, car le traitement opératoire n'a donné que quelques succès.

### III

#### Abcès du cerveau.

La thérapeutique des abcès du cerveau consécutifs à l'otite moyenne ou aux traumatismes craniens est intéressante et efficace. Nous sommes au contraire désarmés contre les suppurations cérébrales consécutives aux maladies infectieuses ayant profondément atteint l'organisme dans son ensemble ; l'abcès du cerveau n'est alors qu'une complication et ne joue qu'un rôle secondaire. Aussi diviserons-nous l'étude des abcès du cerveau en deux paragraphes :

A. — Abcès consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne.

B. — Abcès consécutifs aux traumatismes craniens.

Cette division classique nous paraît devoir être conservée.

#### A. — ABCÈS CONSÉCUTIFS AUX SUPPURATIONS DE L'OREILLE MOYENNE.

##### 1° Considérations générales.

A. — Qu'elle soit de nature grippale, scarlatineuse ou rubéolique, l'otite moyenne engendre la plupart des abcès cérébraux qui n'ont pas une origine traumatique. Plus de la moitié des abcès craniens seraient, d'après Lucien Picqué, d'origine oti-



tique. Rarement c'est une otite aiguë qui leur donne naissance, c'est presque toujours une inflammation chronique de l'oreille qui est le point de départ des accidents cérébraux. Ce sont ces écoulements torpides négligés datant parfois de vingt ans et même plus. On peut même s'étonner que la propagation de l'infection à la masse encéphalique ne soit pas plus fréquente encore et surtout plus rapide, si l'on songe combien est mince la paroi supérieure ou crânienne de la caisse, paroi parfois transparente, souvent perforée au point que la dure-mère et la muqueuse de la caisse sont au contact, toujours criblée d'orifices donnant passage à des vaisseaux méningés.

Les suppurations encéphaliques consécutives aux otites sont plus fréquentes à droite qu'à gauche. D'après Körner<sup>1</sup>, la paroi osseuse qui sépare la collection des méninges serait plus mince à droite. Elles occupent généralement dans l'encéphale le même côté que la lésion auriculaire. Voici du reste leur siège le plus fréquent, d'après R. Le Fort et Lehmann<sup>2</sup>:

Cerveau.....	325
Cervelet.....	113
Cerveau et cervelet.....	11
Protubérance.....	5
Pédoncule cérébral.....	1
Quatrième ventricule.....	1

Lorsque le pus est dans le cerveau, c'est le *lobe temporal* qu'il occupe généralement. « Absolument exceptionnels dans la mésocéphale, les lobes frontaux et occipitaux, les abcès siègent 93 fois sur 100 dans le lobe temporal ou dans le cervelet. Contre 44 abcès de siège divers, nous avons pu réunir 151 cas d'abcès temporo-sphénoïdaux et 46 cas d'abcès cérébelleux. Donc on peut dire pratiquement: dans trois quarts des cas d'abcès encéphaliques d'origine otitique, il s'agira d'abcès temporo-sphénoïdaux; dans un quart, d'abcès cérébelleux<sup>3</sup>. » Ajoutons que l'abcès est souvent unique et qu'une

1. KÖRNER. — *Arch. f. Ohrenh.*, 1889-90, t. XXVIII, p. 126.

2. LE FORT et LEHMANN. — *Gaz. des hôp.*, Paris, 1892, n° 37, p. 337.

3. CHIPAULT. — *Chirurgie opératoire du système nerveux*. Paris, 1894.

membrane épaisse le sépare de la substance nerveuse ambiante. Le pus est tantôt jaunâtre et crémeux, tantôt sanieux, verdâtre, fétide, mélangé de débris cérébraux. Les microorganismes le plus souvent reconnus à l'examen microscopique sont le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque de Friedländer, le bacille pyocyanique.

Inutile d'insister sur l'importance de ces caractères au point de vue thérapeutique.

Le mécanisme de l'infection peut être précisé. Souvent elle se fait par continuité de tissu. La suppuration de la caisse détermine un point d'ostéite, la dure-mère est envahie et transmet l'infection à la substance cérébrale. Picqué et Février ont beaucoup insisté dans leur mémoire sur l'existence de collections extra-méningées péripétreuses qui serviraient d'intermédiaires entre les suppurations de l'oreille moyenne et les abcès encéphaliques.

Chipault s'occupe aussi des collections extra-durales. Il s'exprimait ainsi en 1888 à la Société anatomique:

« L'os mis à nu ayant paru sain, une couronne de trépan est appliquée à la partie antérieure de la base de l'apophyse pour aller trouver plus loin le pus. On traverse aussi les cellules mastoïdiennes qui paraissent également saines, et l'on arrive à une profondeur de plus de 1 centimètre sur la dure-mère. Lorsque la couronne de trépan est enlevée, il s'écoule en très grande quantité (un demi-verre) du pus crémeux qui était certainement placé sous l'os dans une poche située entre lui et la dure-mère, que l'on voit battre au fond du puits ainsi évacué. Trois mois après, le malade mourait, et l'on constatait juste dans l'angle rentrant pétromastoïdien, les traces de la petite poche extra-durale diagnostiquée et trépanée pendant la vie. »

L'infection peut se faire aussi par voie veineuse ou lymphatique. Ce mécanisme est le seul acceptable pour les abcès à grande distance.

B. — Les symptômes peuvent être classés en trois catégories

1° *Signes de la suppuration*. — La fièvre et les signes qui



l'accompagnent ont une valeur réelle. L'élévation de la température n'est pas constante. D'après Politzer<sup>1</sup>, les abcès cérébraux auraient assez souvent une marche apyrétique.

2° *Signes d'hypertension crânienne.* — La céphalalgie est d'abord légère, mais elle peut devenir intolérable. Son siège est variable et ne répond pas toujours à celui de l'abcès. C'est un symptôme de grande importance. Politzer a observé des malades ne présentant que ce seul symptôme : céphalalgie.

Les vertiges, les vomissements, le ralentissement du pouls s'observent souvent. Bergmann a vu le pouls tomber à 40 pulsations, Toynbee à 16 et Wedren à 10 pulsations par minute.

Les troubles psychiques varient comme intensité depuis l'affaiblissement intellectuel léger jusqu'au délire.

Les accidents comateux tiennent aussi une grande place dans la symptomatologie de ces suppurations. Mac-Ewen a sauvé un malade qu'il trépana dans le coma et Picqué a publié une observation semblable. Ces divers symptômes appartiennent aussi aux tumeurs cérébrales et leur valeur sera plus grande s'ils se trouvent associés aux phénomènes de la suppuration.

Certains abcès cérébraux consécutifs aux otites peuvent évoluer sans symptômes et provoquer une mort subite (Moure). Politzer admet que dans ces cas apoplectiformes il se produit une rupture brusque de l'abcès à la surface du cerveau avec méningite consécutive.

3° *Signes de localisation.* — Ils sont rares, car l'abcès siège le plus souvent dans le lobe temporal. L'épilepsie jacksonienne, les parésies et les paralysies motrices sont des exceptions. L'aphasie est le symptôme de localisation le plus souvent noté (surdité verbale, aphasie de conductibilité et amnésie verbale)<sup>2</sup>.

1. POLITZER. — *Réunion des naturalistes et médecins allemands à Vienne*, 23-30 sept. 1894.

2. Dans la rédaction de cet article, nous avons puisé bien souvent dans l'excellent livre de MM. A. BROCA et MAUBRAC. Paris, 1896.

### 2° Traitement.

Les suppurations encéphaliques consécutives aux otites moyennes doivent être évacuées et désinfectées, car abandonnées à elles-mêmes elles entraînent presque constamment une issue fatale. Il existe des cas d'évolution spontanée vers la guérison, mais ils sont très rares. L'intervention est obligatoire; quant au manuel opératoire, il est différent suivant les cas. Nous les grouperons avec Broca et Maubrac en plusieurs catégories :

A. — *Il existe un signe extérieurement appréciable.* — Chez un malade de Bergmann, un abcès superficiel occupait la région du lambda; l'os fut trépané et un abcès cérébral ouvert. Des cas aussi favorables sont exceptionnels.

B. — *Il existe un signe de localisation.* — C'est aussi très rare : il faut se baser alors sur nos connaissances en topographie cranio-cérébrale. Nous n'avons pas ici à nous occuper de cette question<sup>1</sup>.

Si, grâce à l'aphasie ou la séméiologie cérébelleuse, on a reconnu une lésion du lobe temporal ou du cervelet, on peut employer plusieurs procédés. Une couronne de trépan placée sur le milieu d'une ligne unissant la pointe de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe permet d'arriver sur le cervelet. Quant au lobe temporal, plusieurs voies nous permettent de l'atteindre : on peut trépaner sur une verticale commençant à 19 millimètres et se terminant à 50 millimètres au-dessus du méat auditif (Hare, Ball, J. Lloyd, P. Poirier, Mac-Ewen, Chauvel). Bride et Miller<sup>2</sup> trépanent à 12 milli-

1. Voir GRATIOLET. — *Anat. compar. du syst. nerveux*, t. II. Paris, 1857.

P. BROCA. — *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1861, t. II, p. 340.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *De la trépanation guidée par les localisations cérébrales*. Paris, 1878.

DEBIERRE. — *Travaux récents en topographie cranio-cérébrale. Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris, 1890, p. 254.

R. LE FORT. — *La topographie cranio-cérébrale. Applications chirurgicales. Th. de Lille*, 1890.

P. POIRIER. *Topographie cranio-encéphalique et trépanation*. Paris, 1890. — On trouvera dans le livre de BROCA et MAUBRAC déjà cité une bibliographie très complète.

2. BRIDE et MILLER. — *Edinb. med. Journ.*, 1886-87, t. XXXII, p. 996 et 1095, 1893-94, t. XXXIX, p. 910.



mètres au-dessus et en avant du méat. Barker et Gowers<sup>1</sup>, Stoker<sup>2</sup>, Blank et Drummond, Randall Patteson, Bergmann trépanent au-dessus et en arrière.

La voie généralement adoptée aujourd'hui est la voie mastoïdienne (procédé de Wheeler). « Rien de plus aisé, dit Broca<sup>3</sup>, l'apophyse, l'antre et la caisse une fois trépanées, que de pénétrer dans le crâne en faisant sauter le plafond de l'antre et de la caisse, si l'on veut arriver à la fosse temporale; la paroi postérieure si l'on veut aboutir à la fosse cérébelleuse. Dans ce dernier cas, on passe franchement en dedans et au-dessus du sinus latéral qu'on ne risque pas de blesser. » Wheeler ouvre le crâne à la hauteur du conduit auditif en avant de la verticale qui divise la mastoïde en deux parties égales. On est ainsi très loin du sinus latéral. Ricard n'a-t-il pas établi que la partie antérieure de l'apophyse mastoïde constitue sa portion chirurgicale? Après avoir ouvert le quadrant antéro-supérieur de la mastoïde, il faut creuser en haut un trajet opératoire. La résection se fera à la gouge et non au trépan.

C. — *Il existe des accidents encéphaliques diffus.* — Explorer avant tout le lobe temporal, puisque c'est lui qui est le plus souvent atteint, et lorsqu'il est sain se porter vers le cervelet. La voie mastoïdienne est toujours la plus commode.

Certains cas sont très embarrassants et nous terminerons en rappelant les préceptes donnés à la Société de chirurgie par P. Berger<sup>4</sup> : « Lorsqu'une suppuration de l'oreille moyenne s'accompagne de douleurs profondes et de fièvre, il faut d'abord trépaner l'apophyse mastoïde au lieu d'élection et s'arrêter là si la poursuite des lésions osseuses ne conduit pas jusque dans le crâne. Si au bout de vingt-quatre heures l'évidement de la mastoïde n'a pas amené la cessation des douleurs

1. BARKER et GOWERS. — *Brit. med. Journ. London*, 1886, t. II, p. 1154.

2. STOKER. — *Dublin Journ. of med. sc.*, 1<sup>er</sup> déc. 1890, t. XC, p. 847.

3. BROCA. — *Loc. cit.*, p. 349.

4. P. BERGER. — *Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 825.

et de la fièvre, il faut ouvrir le crâne, en se guidant en l'absence de signes précis sur les probabilités, c'est-à-dire en se dirigeant en haut vers la fosse temporale. Il est bien entendu que l'ouverture du crâne s'impose d'emblée quand il y a des symptômes cérébraux manifestes, délire, coma ou phénomènes de localisation. »

Si les otites étaient mieux surveillées, si l'on observait mieux le précepte : *ubi pus ibi evacua*, les complications intracranienne seraient moins fréquentes.

#### B. — ABCÈS CONSÉCUTIFS AUX TRAUMATISMES CRANIENS.

##### 1<sup>o</sup> Considérations générales.

Le plus souvent c'est par l'intermédiaire d'un foyer de fracture, d'esquilles, de corps étrangers, projectiles, éclats de pierre, que l'infection se produit. Au bout d'un temps variable, le pus se forme et se collecte au-dessus de l'os entre la dure-mère et l'os ou en plein tissu cérébral. Seules les suppurations occupant la substance nerveuse nous intéressent. Elles sont superficielles ou profondes.

Les abcès superficiels apparaissent généralement de bonne heure, tandis que les abcès profonds éloignés du point primitivement infecté et en communication moins directe avec lui se développent parfois avec une extrême lenteur : deux ans après chez le malade de Closmadeuc<sup>1</sup>, cinq ans après une fracture dans le cas de Venturi<sup>2</sup>, onze ans après dans une observation de Damer-Harrisson<sup>3</sup> et quinze ans après dans un cas de Shapleigh<sup>4</sup>. L'abcès profond peut aussi évoluer relativement vite : quinze jours après l'accident chez un malade de Maisonneuve<sup>5</sup>, deux mois après chez le malade de Bergeron<sup>6</sup>. La symptomatologie des abcès superficiels ne diffère pas

1. CLOSMADÉUC. — *Soc. de chir.*, 1862, t. III, p. 373.

2. VENTURI. — Supplément de la *Rev. gén. ital. de clin. méd.*, 20 juillet 1891.

3. DAMER-HARRISSON. — *Brit. med. Journ.*, 1888, t. I, p. 848.

4. SHAPLEIGH. — *Am. Journ. of med. sc.*, mai 1890, t. XCIX, p. 456.

5. MAISONNEUVE. — *Soc. de chir.*, 1852-53, p. 368, t. III.

6. BERGERON. — *Soc. anat.*, 1872, p. 443.



beaucoup du tableau clinique de la méningite. Quant aux abcès profonds, leurs symptômes méritent une description spéciale; avec Souques<sup>1</sup> nous les grouperons sous trois chefs :

1° *Phénomènes généraux de la suppuration* ;

2° *Signes dus à l'excès de la pression intra-cranienne*. — Ce sont la céphalalgie, parfois exagérée par la pression en un point du crâne, la somnolence, le ralentissement du pouls, le coma. Ces symptômes appartiennent aussi aux tumeurs cérébrales ;

3° *Signes résultant de localisations encéphaliques*. — Au point de vue opératoire, leur importance est capitale. Ce sont les troubles moteurs (paralysies, convulsions, épilepsies partielles), certains troubles sensoriels, les altérations du langage, la raideur spéciale de la nuque dans les lésions du cervelet. La localisation, une fois nettement établie par les symptômes, permet, grâce à la topographie cranio-cérébrale, de trouver le foyer.

#### 2° Traitement.

Le manuel opératoire est assez simple. Le crâne ouvert, et il faut l'ouvrir largement, le chirurgien sera guidé si le pus a perforé la dure-mère. Il n'en est pas ainsi lorsque l'abcès est profond. Si elle est indemne, il faut l'inciser largement et examiner le cerveau mis à nu. La disparition des battements cérébraux est un bon signe (signe Roser-Braun). Ponctionnez alors dans des directions différentes la substance cérébrale avec une aiguille, un couteau à cataracte ou mieux un trocart. Le foyer trouvé, débridez au bistouri et introduisez un drain à l'aide de la pince de Lister.

Les suites immédiates sont généralement bonnes, les accidents cérébraux s'amendent ou cessent et la suppuration diminue vite. Il ne faut pas se hâter d'enlever le drain : « Trop souvent, dit Broca, après la suppression du drain, la plaie extérieure ne se ferme pas complètement, il reste une fistulette qui laisse sourdre un peu de pus en quantité minime ;

1. SOUQUES. — *Gaz. méd. de Paris*, 1888.

puis, au bout de quelques semaines, on voit les accidents cérébraux éclater de nouveau, d'abord légers et intermittents, puis graves, et l'on est contraint à une deuxième intervention pour remettre en place le drain trop tôt supprimé. »

N'oublions pas que la cicatrice résultant de la guérison de l'abcès peut, après une amélioration passagère, déterminer de nouveaux accidents.

Tel est le traitement chirurgical de ces abcès.

Est-il bien nécessaire d'insister sur le traitement médical? *Saignées, purgatifs, préparations opiacées, quinine, antipyrine* ont été employés sans succès depuis de longues années.