

tions faites à propos du traitement médical, qu'on est autorisé à pratiquer une simple trépanation décompressive en face de certains symptômes, tels qu'accidents comateux et surtout douleurs excessives.

L'avenir dira si on peut, dans une certaine mesure, fonder quelques espérances sur la ponction lombaire, mais tout en reconnaissant son innocuité relative, les dernières communications allemandes lui paraissent peu favorables.

#### IV

##### Traitement des abcès.

###### A. — SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC.

Les abcès du cervelet ne sont pas très rares. Sur 176 abcès du cerveau, Hessler note 59 abcès du cervelet; Pal admet que les premiers sont quatre fois plus fréquents que les seconds.

Ces abcès peuvent dépendre d'une infection, relever d'un traumatisme, mais ils succèdent le plus souvent aux ostéites du temporal, aux caries du rocher et de l'apophyse mastoïde. Nous nous occuperons surtout de ces derniers. On généraliserait d'ailleurs, au besoin, les données procurées par leur étude.

Les abcès de l'encéphale otitiques siègent 95 fois sur 100 dans le lobe temporal ou le cervelet, d'après Chipault, qui donne les chiffres suivants : abcès à siège divers, 44; abcès du lobe temporal, 151; abcès cérébelleux, 46. Une statistique de Korner établit que sur 100 cas, il y eut 62 abcès temporo-sphénoïdaux et 32 abcès cérébelleux; dans 6 cas il existait à la fois un abcès cérébral et un abcès cérébelleux. Enfin, un relevé des faits suivis à Saint Thomas's-Hospital, donne, sur 26 observations, 17 localisations dans le cervelet, 7 localisations dans le lobe temporo-sphénoïdal; les deux régions ont été atteintes deux fois simultanément.

La fréquence de cette complication suffit donc pour faire

admettre la nécessité de donner les soins les plus attentifs aux moindres otites suppurées. Une antisepsie aussi parfaite que possible ne sera jamais négligée en face d'une otite aiguë ou chronique.

Si l'abcès a malheureusement pris naissance, il n'est plus permis, comme en face d'une tumeur, d'hésiter et de battre en retraite. Une seule chance reste au malade, celle que va lui donner l'ouverture du foyer. A Macewen (1889) revient le mérite d'avoir le premier institué véritablement le traitement opératoire de cette grave complication.

Malheureusement le diagnostic d'un abcès cérébelleux reste le plus souvent fort malaisé. Les symptômes encéphaliques, la fièvre, l'existence d'une otite ou d'une ostéite antérieure, mettent sans doute sur sa voie, mais ces signes font quelquefois défaut; peut-être serait-il plus juste de dire qu'ils passent inaperçus. Ajoutons que les abcès du cerveau et du cervelet sont souvent confondus avec certaines complications de l'otite et de l'ostéite du temporal, nous voulons parler de l'abcès extra-dural, de la méningite et de la thrombose des sinus.

Il est aussi difficile d'affirmer le siège d'un abcès cérébelleux soupçonné; n'a-t-on pas vu des faits où la collection se trouvait du côté opposé à l'oreille atteinte? Hâtons-nous, d'ailleurs, de reconnaître que l'abcès siège, en général, dans le lobe latéral du cervelet, du même côté que la lésion otique, le plus souvent dans la zone antérieure.

L'intervention, grave par elle-même, reste trop fréquemment incomplète, s'il existe de ces abcès multiples que nous avons signalés.

Enfin, n'oublions pas qu'il faut tenir compte de la gravité des altérations concomitantes qui peuvent exister; Hessler, sur 59 cas d'abcès, a relevé 6 fois la méningite et 10 fois la thrombo-phlébite.

Ceci dit, nous rappellerons la symptomatologie classique des abcès cérébelleux.

V. Bergmann, dans un travail bien connu, considère successivement :



1° Les *symptômes dépendant de la formation du pus* : faiblesse, malaises et nausées, frissons et fièvre.

2° Les *symptômes dus à l'augmentation de la pression intracranienne* : céphalée, quelquefois augmentée par la percussion, ralentissement du pouls, vomissements, phénomène de Cheyne-Stokes, stase de la papille optique, accidents comateux.

3° Les *symptômes liés aux lésions cérébelleuses* : céphalalgie occipitale, vomissements particulièrement intenses, vertiges, marche hésitante.

Winter et Deanesley<sup>1</sup> insistent, parmi ces derniers symptômes, sur les troubles de l'équilibre, le nystagmus, la rétraction de la tête avec raideur de la nuque, les paralysies des nerfs craniens, la paralysie d'un membre du côté de l'abcès.

Acland et Ballance<sup>2</sup> ont soigneusement décrit un syndrome cérébelleux, réalisé d'ailleurs par les expériences de Luciani, Ferrier et Risien Russel, enlevant un lobe cérébelleux.

Ce syndrome est surtout caractérisé par :

A. — La paralysie du membre supérieur du côté de la lésion, avec faiblesse musculaire dans les membres inférieurs. Cette paralysie résulterait d'une interruption des fibres de renforcement qui vont d'un hémisphère cérébelleux à un hémisphère cérébral du côté opposé.

B. — Par l'exagération du réflexe rotulien du côté de la lésion.

C. — Par la déviation des yeux du côté opposé à la lésion.

Ces auteurs tiennent d'ailleurs compte du nystagmus, de la démarche titubante avec tendance à tomber du côté opposé à la région atteinte, du pelotonnement, dans la station couchée, sur le côté opposé à cette dernière, de l'absence des troubles sensitifs.

Signalons à nouveau l'importance d'une otite antérieure.

On s'est enfin efforcé de mettre en parallèle les symptômes qui dépendent d'un abcès du lobe temporo-sphénoïdal

1. WINTER et DEANESLEY. — *The Lancet*, 1894.

2. ACLAND et BALLANCE. — *St. Thomas's Hosp. Rep.*, t. XXIII; travail analysé dans un article de M. RIST (*Presse méd.*, janv. 1897).

et ceux qui dépendent d'une suppuration cérébelleuse.

Pour Toynbee, les affections du conduit auditif et de l'apophyse mastoïde provoquent l'abcès du cervelet, celles de la caisse, l'abcès du lobe temporo-sphénoïdal. Politzer a soutenu, par contre, que les suppurations du cervelet succèdent plutôt à la carie de la face postérieure du rocher, et les abcès cérébraux à la carie de l'apophyse mastoïde.

Barker attachait de l'importance à la présence d'une gouttelle de pus au niveau de l'émergence de la veine mastoïdienne, mais ce symptôme ne semble guère mériter de créance.

« Lorsqu'on a ouvert, dit Chipault, une collection extradurale ou rétro-pétreuse, on a des chances, avec une collection sus-pétreuse, de trouver un abcès temporo-sphénoïdal, avec une collection rétro-pétreuse, un abcès du cervelet. »

Pour Rist, il faut tenir compte des symptômes que nous énumérons tout à l'heure, au cours des abcès cérébelleux; dans l'abcès du lobe temporo-sphénoïdal, la paralysie, si elle existe, existe du côté opposé à la lésion. A ce dernier appartient quelquefois l'aphasie. A l'examen au spéculum, un pus qui s'écoule en très grande abondance par le méat indique quelquefois une collection sous-dure-mérienne ou intra-encéphalique; des érosions osseuses au niveau du tegmen tympani provoquent les abcès de l'étage moyen.

Enfin, au cours d'une trépanation mastoïdienne, des lésions du tegmen tympani ou du plafond de l'antre font plutôt supposer une extension à l'étage moyen du crâne. L'érosion propagée au rocher de manière à impliquer les cavités de l'oreille interne, se complique plus probablement d'abcès cérébelleux (Rist).

Nous ne dirons rien du diagnostic différentiel avec la méningite, les collections extra-duriennes, les sinusites. Celui-ci nous entraînerait trop loin. Nous ferons encore remarquer que ces complications ne coïncident que trop souvent.



## B. — RÉSULTATS DE L'INTERVENTION.

Au moment de peser toutes les difficultés du diagnostic et celles d'une opération, on ne doit pas oublier que l'intervention seule donne au malade des chances de guérison. Quelles sont ces dernières ?

Dans la statistique des cas que nous avons pu réunir, nous ne recueillerons pas ceux qui ont été malheureux<sup>1</sup>. Winter et Deanesley, dans les observations publiées en Angleterre, ont noté 6 guérisons sur 12 interventions. Les insuccès relèvent tantôt d'une opération incomplète, tantôt de la présence d'une complication, quelquefois du défaut de résistance du malade. Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler, si on était tenté d'établir une comparaison, qu'Allen Starr a compté, sur 55 abcès cérébraux opérés, 21 morts et 34 guérisons.

Voici les faits où les sujets opérés ont guéri. Ces faits sont encore assez mal connus chez nous pour qu'on nous pardonne de dépasser peut-être les limites de notre sujet en les énumérant.

Schwartz<sup>2</sup> aurait eu deux succès chez des sujets atteints d'abcès cérébraux ; même résultat de Ceci<sup>3</sup> chez un malade. Nous n'avons pu vérifier ces observations citées par Gallez.

Macewen<sup>4</sup> (de Glasgow) a eu trois cas heureux, et cependant il s'agissait d'opérations difficiles et compliquées de sinusites.

Dean<sup>5</sup> a opéré avec succès une fillette de quatorze ans.

Winter et Deanesley<sup>6</sup>, Robert Murray<sup>7</sup>, Acland et Ballance<sup>8</sup>, Walker<sup>9</sup> ont aussi sauvé leurs malades.

1. Cas de Thomson, Wiligan, etc.

2. Schwartz. — Die chir. Kranck. des Ohres. (*Deutsche Chir.*, 1885), cité par Gallez (La trépanation du crâne, 1893).

3. Ceci. — *Clin. chir. della Univ. di Genova*, 1886, cité aussi par Gallez.

4. Macewen. — Pyogenic infective diseases of the brain and spinal cord., 1893. Chipault cite ces trois observations ; d'après Winter et Deanesley, Macewen aurait obtenu quatre succès.

5. Dean. — A case of cerebellar abscess, successfully treated by operation (*The Lancet*, 1892).

6. Winter et Deanesley. — *The Lancet*, 1894.

7. W. Murray. — *Brit. med. Journ.*, 1895.

8. Acland et Ballance. — *Loc. cit.*

9. Walker. — *Brit. med. Journ.*, 1897.

## C. — MANUEL OPÉRATOIRE.

C'est toujours en tenant compte de la rareté des documents publiés sur les abcès du cervelet dans les traités classiques, que nous pénétrons sur le terrain chirurgical et que nous insisterons sur le manuel opératoire suivi dans les interventions ; nous énumérerons en conséquence les procédés mis en usage ou simplement recommandés sans la sanction de la pratique.

1<sup>o</sup> Lieu d'élection de l'intervention.

Schwartz<sup>2</sup> aurait opéré une fois entre les veines émissaires mastoïdiennes et la protubérance occipitale ; dans un second cas, à 4 centimètres en arrière de l'insertion du pavillon. Des détails plus précis nous font défaut.

A. — *Procédé de Macewen*. — Macewen ouvre l'antra mastoïdien, puis examine soigneusement les parties adjacentes, en agrandissant au besoin l'ouverture qu'il a pratiquée. Il suit alors l'extension de l'affection auriculaire, soit en avant et en haut vers le lobe temporo-sphénoïdal, soit en arrière vers le sinus sigmoïdal ou la fosse cérébelleuse. On pourrait par cette voie drainer un abcès du lobe temporo-sphénoïdal ou du cervelet, mais Macewen fait ordinairement, après avoir constaté la direction prise par le foyer, une seconde ouverture pratiquée directement sur la partie affectée. S'agit-il du cervelet, le point choisi est juste en arrière et au-dessous de la courbure du sinus latéral.

Winter estime ce procédé très bon dans les cas compliqués où on peut avoir à traiter à la fois des abcès de l'oreille et de l'apophyse, un abcès extra-dural, la thrombose du sinus latéral, un abcès du cerveau ou du cervelet.

Jourdanet<sup>1</sup> s'exprime ainsi dans les conclusions de sa thèse : « Lorsqu'on est en présence d'une otite chronique suppurée ou

1. Jourdanet. — Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites. *Th. de Lyon*, 1891.



accompagnée de phénomènes encéphaliques diffus sans localisation, le pronostic est des plus graves, et la ligne de conduite la plus sage nous paraît consister à trépaner d'abord au niveau du lobe temporo-sphénoïdal, puis au cas d'insuccès, et si les phénomènes cérébraux persistent, on ne doit pas hésiter à trépaner au niveau du cervelet. On suivrait, dans ce dernier cas, le point indiqué par Poirier, une ligne allant du sommet de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe; le lieu d'élection est le milieu de cette ligne. On aborde ainsi la face supérieure du cervelet ou parfois la portion externe de la circonférence. »

B. — *Procédé de Dean.* — Chez sa malade, Dean avait d'abord trépané l'apophyse mastoïde, puis gratté sa coque jusqu'au niveau de la dure-mère recouvrant le sinus latéral, et jusque dans la cavité tympanique. Une ponction d'essai avait même été faite dans le sinus. Les symptômes cérébraux persistant, il supposa l'existence d'un abcès cérébral, et appliqua une couronne de trépan à un pouce en arrière et à un demi-pouce au-dessus du centre du conduit auditif externe; le sinus latéral était à la partie inférieure. Après incision de la dure-mère, le lobe temporo-sphénoïdal fut ponctionné six fois inutilement avec un fin trocart à hydrocèle. D'autres ponctions du ventricule latéral et du sinus établirent qu'il n'y avait ni méningite, ni sinusite. C'est alors que ce chirurgien entailla l'os en arrière et plus bas, ce qui permit d'avoir le sinus tout entier sous les yeux. La dure-mère fut à nouveau incisée derrière celui-ci, et la ponction du cervelet amena enfin du pus.

En résumé, le procédé de Dean est le suivant : une seule incision cutanée, puis une application de trépan permettant d'explorer à la fois le lobe temporo-sphénoïdal, le cervelet et le sinus latéral. L'ouverture à la tréphine se pratique à un pouce en arrière et à un demi-pouce au-dessus du méat auditif externe. On explore, après incision de la dure-mère, le lobe temporo-sphénoïdal; si le pus n'est pas rencontré, on peut élargir d'un tiers de pouce en arrière et en bas l'orifice osseux,

de façon à se trouver en face du sinus transverse et de la dure-mère cérébelleuse. On explore le cervelet en incisant la dure-mère au-dessous du sinus.

Winter considère, avons-nous dit, le procédé de Macewen comme très bon dans les cas compliqués; s'il s'agit d'un simple abcès du cervelet, il serait bien préférable, d'après lui, de suivre la pratique de Percy Dean. C'est ainsi que cet opérateur se conduisit chez son client. Mais, tenant compte des dimensions différentes du crâne, il appliqua sa couronne de trépan à un pouce et demi en arrière et à un demi-pouce au-dessus du centre du conduit. Lui aussi avait ponctionné inutilement (après avoir agrandi l'ouverture en haut et en avant) cinq ou six fois le lobe temporo-sphénoïdal.

Pour l'opéré de Murray, l'observation dit simplement que l'on débuta par une intervention sur l'apophyse mastoïde, puis qu'on opéra en second lieu, après ouverture de l'apophyse, un abcès extra-dural, et finalement que, supposant un abcès cérébelleux, on se dirigea de ce côté, en attaquant l'os au delà du siège de la première incision.

C. — Voici, d'après Rist<sup>1</sup>, le mode opératoire d'Acland et Ballance, que ces auteurs préconisent d'ailleurs depuis plusieurs années.

« Partant de cette idée qu'un abcès cérébelleux d'origine otique se trouve situé, en général, à la partie antérieure du lobe latéral et tout près de la lésion osseuse, c'est-à-dire de la face interne de l'apophyse mastoïde ou de la face postérieure du rocher, ils conseillent de placer la couronne de trépan de telle sorte que son bord antérieur soit tangent au bord postérieur de l'apophyse mastoïde, et que son bord supérieur demeure au-dessous de la ligne basale de Reid; la ligne de Reid est une droite partant du bord inférieur de l'orbite et passant par le centre du méat auditif. On évite ainsi le sinus latéral, dont la portion verticale demeure en avant, et la portion horizontale au-dessus du point attaqué. Une fois la dure-mère

1. RIST. — *Presse méd.*, 6 janv. 1897.



incisée, on dirige le trécart en avant, en haut et en dedans, à travers le cervelet, vers la face postérieure du rocher; on ne pourra manquer d'atteindre ainsi un abcès antéro-externe. Pour aller à la recherche d'un abcès antéro-interne, l'instrument devra être poussé directement en dedans, à une assez grande profondeur, deux pouces au moins.

« Les mêmes auteurs ne pratiquent la trépanation mastoïdienne par l'opération de Stacke qu'après avoir évacué la collection cérébelleuse, au moins dans les cas où le diagnostic de celle-ci peut être fait avec quelque certitude, mais ils insistent sur la nécessité de faire, dans tous les cas, l'opération mastoïdienne, même si les troubles auriculaires paraissent insignifiants.

« En somme, c'est la voie occipitale que recommandent Acland et Ballance; elle donne plus de jour et paraît plus sûre; seulement, en raison du siège habituel des abcès dans la région antérieure du cervelet, ils ouvrent le crâne un peu en avant du point classique, situé sur le milieu de la ligne protuberantielle. »

Remarquons en passant que ce diagnostic de quasi-certitude réclamé par Acland et Ballance est difficile à proclamer, et nous ne pouvons oublier cet aphorisme de bien des chirurgiens: en cas d'otite moyenne suppurée avec troubles cérébraux, on doit d'abord trépaner l'apophyse.

D. — D'après le texte de l'observation de Secker Walker, cet opérateur semble avoir mis à profit la voie apophysaire. Dans une première opération, on intervint sur l'apophyse et sur l'antre; les parois de l'antre étaient cariées et si bien perforées qu'on mit à nu la dure-mère recouvrant les circonvolutions temporo-sphénoïdales et le lobe latéral du cervelet. Cette intervention étant restée insuffisante, on diagnostiqua un abcès du cervelet; la première ouverture faite dans la fosse postérieure du crâne fut agrandie, et on introduisit dans le cervelet lui-même, à un pouce de profondeur, un tube à drainage en argent. Le pus s'écoula, et on plaça deux drains. Les symptômes n'ayant pas encore cédé, on ouvrit encore le cervelet,

cette fois plus bas, on trouva encore du pus et on introduisit deux tubes en os décalcifié. Le malade guérit.

E. — En France, Chipault et Brun sont partisans d'une trépanation distincte, après l'intervention sur l'apophyse. Chipault déclare que lorsqu'on a, avant de traiter l'abcès encéphalique, ouvert une collection rétro ou sus-pétreuse, on est le plus souvent obligé de faire une nouvelle ouverture intra-cranienne.

Pour Brun<sup>1</sup>, en cas d'abcès cérébelleux, il faut trépaner en avant et en dedans du coude du sinus.

Broca<sup>2</sup> est, lui, partisan de la voie mastoïdienne, il utilise la brèche faite au niveau de l'apophyse pour gagner le cervelet en avant et en dedans du sinus. « Il faut, pour attaquer les diverses lésions intra-craniennes capables de compliquer les otites moyennes suppurées, adopter la voie mastoïdienne: après trépanation de l'apophyse et de la caisse, on fait sauter, selon les besoins, en haut la paroi de l'aditus pour atteindre le lobe temporal du cerveau, en arrière et profondément la paroi postérieure pour aller au cervelet; en arrière et superficiellement la paroi qui limite le sinus latéral; en un point quelconque, l'os que l'on trouve friable, pour évacuer les collections situées entre l'os et la dure-mère. »

Jaboulay a conseillé, aux lieu et place de la trépanation de la voûte crânienne, la résection de la paroi supérieure de la portion rocheuse du temporal (après nettoyage de l'antre et de la caisse). Elle doit être enlevée en entier, à l'exception de la partie tout à fait interne de sa pointe, où l'on ménage la carotide interne<sup>3</sup>. On a de la sorte un large espace vide permettant d'explorer toute l'étendue de l'encéphale.

Concluons que les uns préconisent la voie mastoïdienne (Broca, Walker), les autres la voie extra-mastoïdienne. Les partisans de cette dernière explorent le cerveau et le cervelet, par une application de trépan, simple (Winter, Dean, Ballance)

1. BRUN. — *Soc. de chir.*, 3 nov. 1896.

2. BROCA. — *Soc. de chir.*, 28 oct. 1896; — *Presse méd.*, 31 oct. 1896.

3. RIVIÈRE. — *Arch. intern. de laryng.*



ou double (Mac-Ewen). Mac-Ewen admet d'ailleurs qu'on peut se contenter de passer par l'apophyse.

2° Détails opératoires.

Nous n'insisterons pas sur ces derniers. Nous rappellerons simplement, en face de l'apparence souvent saine à l'extérieur des hémisphères et du cervelet, qu'il est nécessaire de pratiquer dans diverses directions des ponctions avec des aiguilles ou mieux avec des trocars.

Kummel (de Breslau) a bien appelé l'attention sur la possibilité de ramollissements hémorragiques que pourraient entraîner des ponctions très rapprochées. Zaufal, d'autre part, fait remarquer qu'en passant au travers de tissus infectés, elles seraient à même d'entraîner des germes inflammatoires au niveau des méninges et de la substance cérébrale ; mais Jansen<sup>1</sup> ne croit pas qu'il y ait là un véritable danger. On ne saurait, quoi qu'il en soit, procéder autrement.

Il semble qu'on ne puisse se passer du drainage de l'abcès avec des os de poulet décalcifiés ou des tubes de caoutchouc sans trous latéraux.

D. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS.

Celles-ci sont malheureusement fréquentes, et nous avons eu l'occasion de les signaler, chemin faisant. Sur 59 abcès du cervelet, Hessler note, comme nous l'avons vu, 10 thrombophlébites et 6 méningites. Nous ne nous étendrons guère sur le parti qu'on doit prendre en pareille occurrence.

Il ne nous appartient pas en effet de nous appesantir sur le traitement des mastoïdites et des abcès extra-duraux. S'il est peu probable que la ponction ventriculaire ait quelque influence sur l'arrêt d'une méningite, il faut reconnaître que nous sommes heureusement mieux armés contre la thrombose des sinus, et nous savons traiter cette dernière depuis les

1. JANSEN. — *Comptes rendus de la IV<sup>e</sup> session de la Société allemande d'otologie*, tenue à Iéna en 1895 (*Arch. f. Ohren.*, sept. 1895).

beaux travaux de Schwartze, Lane, Macewen, Horsley, Balance, etc. Les uns se contentent de vider le sinus, de le désinfecter et de le drainer, les autres, plus nombreux, lient au préalable la jugulaire interne, soit à la partie moyenne, soit à la partie supérieure du cou. Nous ne devons pas discuter ces points particuliers, mais n'oublions pas que les malades guéris par Macewen étaient atteints de cette dernière complication.

Nous nous souviendrons encore qu'un même sujet peut offrir plusieurs abcès. Peut-être un chirurgien aura-t-il quelque jour la satisfaction d'ouvrir avec succès des foyers purulents siégeant à la fois dans le cervelet et dans les hémisphères.

Il est utile de faire remarquer une fois de plus, en terminant, que les symptômes cérébraux ne suffisent pas, au cours d'une otite, pour légitimer une intervention pratiquée d'emblée sur les centres nerveux. Une simple trépanation de la mastoïde suffit quelquefois pour faire cesser des symptômes fort alarmants, et nous avons vu, chemin faisant, que tout chirurgien prudent débutera par cette opération. Insister sur ce point particulier serait sortir du cadre qui nous a été tracé.

Autre chose serait si on diagnostiquait un abcès du cervelet indépendant d'une otite. On aurait alors à trépaner directement, en choisissant, pour placer la couronne, un des points que nous avons signalés.