

## VINGTIÈME LEÇON

### PYOHÉMIE D'ORIGINE OTIQUE

- I. — Importance de la septicémie généralisée dans le pronostic de la phlébite du sinus consécutive à une otite. Deux types cliniques de cette septicémie : mortelle, avec embolies pulmonaires ; relativement bénigne, avec embolies dans le système aortique. Théories pathogéniques. Perméabilité ou thrombose du sinus.
- II. — Observation d'une pyohémie sans thrombose consécutive à une otite aiguë ; diagnostic avec l'ostéomyélite aiguë ; nécessité possible d'éviter plus tard l'apophyse.
- III. — Observation d'une pyohémie sans thrombose consécutive à une otite chronique. Il peut, par exception, n'être pas indispensable d'éviter l'apophyse et la caisse.

Parmi les complications des otites moyennes suppurées, quelques-unes, et des plus graves, sont exclusivement locales : ainsi les méningites, les abcès encéphaliques ; à celles-là convient très nettement le nom de complications intra-craniennes. Quant à la phlébite des sinus, si elle mérite à bien des égards de prendre place à côté des deux lésions que je viens de citer, il faut ajouter tout de suite qu'on ne saurait en faire exclusivement une complication intra-cranienne.

Elle appartient à ce groupe, d'abord, parce que souvent elle est associée à la méningite et surtout à l'abcès encéphalique, à l'abcès cérébelleux en particulier ; et il est fréquent de constater, soit au cours d'une opération, soit pendant une autopsie, que le sinus thrombosé baigne dans un abcès extra-dural et touche à un abcès

du cervelet. Elle mérite encore de lui être rattachée parce que, fréquemment, sa symptomatologie propre relève avant tout de l'irritation méningée et de la stase veineuse dans les centres nerveux.

Mais, même dans ces conditions, il est de règle qu'aux troubles cérébraux se joignent des symptômes d'infection septique générale ; il n'est pas exceptionnel que ces accidents dominent la scène et le degré extrême de cet état est celui où, sans aucune réaction cérébrale, on observe un sujet atteint d'une septico-pyohémie ayant eu l'oreille pour porte d'entrée.

#### I

Quand on a opéré quelques malades pour phlébite du sinus, on sait que le pronostic final dépend essentiellement soit d'une septicémie aiguë sans foyers localisés, soit de lésions métastatiques, pulmonaires en particulier.

En cela, la phlébite des sinus consécutive à l'otorrhée ressemble à toutes les phlébites infectieuses, et on ne saurait en être surpris. Nous n'en sommes plus à discuter sans fin sur les différences entre la septicémie et la pyohémie, avec la septico-pyohémie pour faire plaisir aux éclectiques, ni à écrire des volumes sur le rôle de la phlébite dans la genèse de la pyohémie. Nous savons, aujourd'hui, que le système veineux joue le rôle principal dans l'absorption des germes septiques, qu'il y ait ou non des lésions de phlébite manifeste, avec ou sans thrombose ; nous savons aussi que, selon la virulence, selon le terrain, selon le mode d'inoculation, le même microbe provoque une septicémie avec ou sans foyers emboliques suppurés.

Ce qui précède s'applique aux septicémies qui trouvent dans l'oreille leur porte d'entrée. Elles sont soumises encore à cette règle générale, que les abcès multiples, et surtout ceux qui relèvent d'embolies dans le système aortique, se produisent dans les cas les moins graves, où l'infection moins rapidement mortelle laisse aux embolies septiques le temps de suppurer. N'est-ce pas de cette constatation qu'est née la doctrine ancienne sur le rôle

favorable des abcès « critiques » et la pratique moderne des « abcès de fixation » provoqués?

Pour l'oreille en particulier, il y a déjà assez longtemps que Chauvel<sup>1</sup> a montré la bénignité relative et la tendance fréquente à la guérison des septicémies et septico-pyohémies consécutives à l'otite moyenne suppurée; et sans méconnaître l'importance des volumineux mémoires consacrés depuis à ce sujet par Hessler, Körner, Brieger, Leutert, etc., je ne puis m'empêcher d'être étonné que dans une thèse récente, M. L. Roy<sup>2</sup>, élève de Luc, attribue à ces auteurs l'honneur d'avoir posé le problème à partir de 1894.

Ce qu'ils ont fait, c'a été de nous montrer qu'on peut, jusqu'à un certain point, établir deux types : dans l'un, presque constamment mortel, il y a une thrombo-phlébite et les embolies ont coutume de s'arrêter dans le poumon; dans l'autre, où les abcès se localisent dans le système aortique et où la bénignité est beaucoup plus grande, le sinus et la jugulaire restent perméables, il n'y a ordinairement pas de thrombose.

Cette règle n'est certes pas sans exception; mais, en général, elle se trouve vérifiée à l'autopsie ou au cours des opérations pratiquées sur l'apophyse et le sinus, et les auteurs allemands que je viens de citer ont eu le mérite de chercher la cause de ces différences.

La première explication est celle d'O. Körner : la phlébite est intra-osseuse, elle porte sur les veinules qui traversent le rocher. Le foyer infectieux étant plus petit, la bénignité des accidents est plus grande; de là aussi le volume moindre des embolies, qui peuvent dès lors traverser les capillaires pulmonaires et arriver jusque dans le système aortique. Théorie pure, car il n'y a pas d'autopsie, objecte Leutert; en réalité, on reconnaît la phlébite oblitérante du sinus latéral, mais au cours des opérations on méconnaît la phlébite pariétale, non oblitérante, qui atteint le golfe de la jugulaire en contact avec le plancher de la caisse; et

1. CHAUVEL. — « Septicémies et septico-pyohémies consécutives à l'otite moyenne suppurée ». *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 29 juin 1892, p. 474.

2. ROY. — « Infection d'origine auriculaire sans thrombo-phlébite sinusale ». *Thèse de doct.*, Paris, 1899-1900, n° 260.

Leutert cite, en effet, une autopsie où cette lésion existait. Voilà bien un foyer infectieux de petit volume et un caillot constamment balayé par le sang, en sorte que les parcelles entraînées sont assez ténues pour franchir le réseau pulmonaire.

Une autopsie positive, c'est peu : mais n'oublions pas que les cas dont nous nous occupons guérissent souvent, même sans que l'on ait eu à agir chirurgicalement sur le sinus ou la jugulaire, et concluons que ces discussions pathogéniques ne sont pas, jusqu'à nouvel ordre, d'un intérêt majeur pour le praticien. Car, dans l'état actuel de nos connaissances, notre règle doit être d'ouvrir le sinus et la jugulaire si les signes et symptômes nous démontrent leur occlusion; de les respecter, au contraire, si nous les croyons perméables, ce qui est l'habitude dans les cas de pyohémie avec abcès métastatiques extra-pulmonaires.

Luc<sup>1</sup> et son élève L. Roy<sup>2</sup> poussent plus loin l'opposition entre ces deux types, et ils nous disent que *presque toujours* le type bénin, sans thrombose, mais avec métastases extra-pulmonaires, est la conséquence d'une otite aiguë, sans lésions osseuses, sans complications du côté de l'apophyse. Cela est à peu près exact, mais non point tout à fait. Les relevés de Hessler<sup>3</sup> montrent, en effet, que même alors l'otite est chronique dans environ un tiers des cas. Et d'autre part, ce qui est d'un intérêt pratique réel, dans les 4 cas que j'ai traités, il y avait 3 fois des lésions mastoïdiennes qui exigèrent la trépanation. La question délicate est précisément de déterminer quand cette trépanation est utile, quand elle doit être complétée par l'ouverture du sinus; et si assez souvent nous constatons derrière l'oreille des signes démontrant la participation de l'apophyse, il n'en est pas toujours ainsi. C'est alors que vous pourrez être embarrassés, et c'est pour cela que je crois devoir attirer votre attention sur l'histoire d'une fillette de cinq ans et demi, actuellement guérie d'une pyohémie d'origine otique et

1. LUC. — « Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et les cavités accessoires des fosses nasales ». Leçon XXIII, p. 411, Paris, 1900.

2. ROY. — *Loc. cit.*

3. HESSLER. — « Die otogene Pyämie ». Iéna, 1896. Voir les tableaux, p. 120 et suiv., et surtout le tableau IV, p. 221, et le tableau IX, p. 223.

encore en traitement dans la salle Valleix à la suite d'une trépanation complète de l'apophyse et de la caisse.

Cette opération osseuse n'a été pratiquée que six semaines après l'ouverture, au début de janvier, de deux graves abcès de nature pyohémique; et cette histoire clinique peut vous servir de type pour étudier la pyohémie consécutive à l'otite aiguë.

## II

Chez cette enfant, l'otite était assez récente lorsque débutèrent les accidents infectieux. Rien d'anormal n'est à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires — car, si elle a un frère atteint du mal de Pott, cela n'a aucun lien avec les lésions qu'elle présente. Elle a eu à cinq ans la rougeole, puis la varicelle, mais sans complications, et lorsqu'elle nous fut apportée, le 2 janvier 1900, son oreille ne coulait que depuis un mois, sans cause bien déterminée.

A cette époque, il y avait eu des accidents fébriles graves : un médecin appelé avait constaté une température de 40 degrés, avec vives douleurs à l'oreille droite. Très peu après, vers le bord externe de l'éminence thénar, le pouce gauche avait enflé tout en devenant douloureux; quelques jours plus tard, était venu le tour de la jambe droite; dans toute sa hauteur, du genou au cou-de-pied, le gonflement fut intense et la douleur telle, dit la mère, que le simple contact des couvertures ne pouvait être supporté.

Nous apprenions, en somme, que l'oreille coulait depuis un mois environ, et que, presque aussitôt, avaient débuté des accidents du côté des membres, au pouce gauche d'abord, à la jambe droite ensuite.

Je vis, le 2 janvier, cette enfant pâle, très amaigrie; elle m'était présentée en raison des lésions inflammatoires de la jambe droite, laquelle était fortement œdématisée, avec des téguments d'une rougeur diffuse et gardant l'empreinte du doigt. Le gonflement, qui paraissait un peu moindre sur la face interne du tibia, était

notable au cou-de-pied, et là, au niveau des deux malléoles, la rougeur était vive, avec teinte violacée; un gonflement profond soulevait les masses musculaires du mollet et de la région antéro-externe de la jambe; mais je ne pus y sentir de fluctuation. Il est vrai que la moindre pression était horriblement douloureuse, en sorte que je ne cherchai point avec insistance la sensation de flot.

C'était, du reste, superflu pour déterminer l'utilité d'une intervention, sinon immédiate, au moins rapide, d'autant plus qu'au premier abord je conclus à une ostéomyélite aiguë du tibia. N'était-ce point la première hypothèse qui venait immédiatement à l'esprit pour expliquer cette inflammation de toute la jambe, avec gonflement du genou et peut-être épanchement léger dans cette jointure? En outre, la douleur à la pression était nette sur la malléole interne, sur le haut du tibia; aux téguments, on voyait un réseau veineux indiquant une circulation collatérale développée. J'étais seulement un peu surpris que la pression ne fût pas douloureuse sur la face interne de l'os, alors qu'elle était très mal supportée au niveau des masses musculaires antérieures et postérieures.

Je fus d'autant plus confirmé dans mon opinion que je trouvai sur le bord radial de l'éminence thénar, contre l'extrémité inférieure du premier métacarpien, un petit abcès gros comme un pois, peu douloureux, fluctuant, rosé au sommet. Et mon diagnostic fut : ostéomyélite subaiguë, bénigne, du premier métacarpien, ayant eu pour porte d'entrée une otite moyenne aiguë suppurée de cause inconnue; ostéomyélite secondaire du tibia. Ce foyer secondaire, comme cela est fréquent lorsque l'os atteint le premier est de petit volume, était bien plus grave que le foyer primitif.

L'état général dénotait une affection sérieuse : quoique la température ne fût qu'à 38°5, la langue était très saburrable, la soit vive, les lèvres décolorées. Nous étions à la fin de la consultation et je remis l'enfant entre les mains de mon interne Barbarin, avec consigne d'opérer dans la journée pour peu que l'état parût s'aggraver.

Or, à l'examen plus approfondi, les quelques doutes que j'avais eus sur l'origine osseuse de l'inflammation parurent justifiés à

mon interne. Il ne trouva pas de fluctuation dans les parties molles, et, d'autre part, il ne voulut pas trépaner un tibia dont toute la face interne était indolente à la pression. Le soir, la température ne monta qu'à 39°4, l'infection ne sembla pas exiger une opération d'urgence, et, la jambe enveloppée dans des compresses humides au sublimé, l'enfant me fut de nouveau présentée le 3 janvier au matin.

Comme l'indication opératoire était évidente, je commençai par faire donner du chloroforme. Et alors, la douleur à la pression ayant disparu et toute défense ayant cessé, je constatai qu'il y avait deux grosses collections fluctuantes, l'une dans la loge antéro-externe, l'autre dans le mollet, toutes deux profondes, sous-aponévrotiques. Cela confirma mon hypothèse d'une lésion tibiale : ne fallait-il pas quelque chose, entre ces deux poches, relevant d'une lésion commune ? Aussi fus-je assez surpris, après avoir ouvert, sur presque toute la hauteur de la jambe, la collection antérieure, de ne trouver nulle part une dénudation osseuse ; l'abcès était profond, sous-musculaire, appliqué contre la face externe de l'os, mais sans aucun décollement périostique. J'incisai donc l'abcès postérieur contre le bord postérieur du tibia : il était bien sous-aponévrotique, mais là encore l'os n'était pas dénudé. L'ostéomyélite devenait dès lors peu probable ; pour être sûr de mon fait, je mis à nu, au-dessus de la malléole interne, le bulbe inférieur du tibia, et je le trouvai parfaitement sain.

De même, le petit abcès que j'ouvris à l'éminence thénar, et qui contenait du pus concret, était limité aux parties molles.

Os ou parties molles, cela ne changeait d'ailleurs rien à l'essence des accidents : il s'agissait, dans un cas comme dans l'autre, d'une infection purulente consécutive à une suppuration de l'oreille, et au point de vue purement théorique, la localisation exacte des embolies pyogènes n'avait qu'un intérêt secondaire. L'importance pratique était grande, au contraire, et pour être sûr de ne pas laisser du pus stagner dans l'os, comme je restais dans le doute, je fis une incision exploratrice sur le tibia : celui-ci me parut sain.

Le lendemain matin, l'amélioration était bien peu sensible :

localement, tout allait bien, mais l'état général ne valait guère mieux que la veille. En outre, une douleur assez vive existait à la hanche gauche, sans qu'aucun signe local me permit, toutefois, de conclure à l'existence d'un abcès. La température était remontée à 39°4. Le soir, elle était à 39°6.

Le 5 janvier, au matin, elle était redescendue à 38°5, mais l'état général était toujours le même, et il y avait à la hanche gauche, en avant et en dedans du grand trochanter, une tuméfaction évidente. Au-dessus, les muscles étaient tendus ; d'autre part, la pression était très douloureuse, en sorte que je ne pus constater la fluctuation. Cela me parut, d'ailleurs, inutile pour affirmer l'existence d'une collection purulente qui devait être évacuée : sous le chloroforme, je sentis la fluctuation et je fis une longue incision en avant du grand trochanter. La poche s'étendait assez loin en avant du col fémoral ; je n'y trouvai, comme dans celle du mollet, aucun point osseux dénudé, et je ne constatai aucune communication avec l'articulation. Au reste, je n'avais pas eu, cliniquement, les signes de l'arthrite de la hanche.

Le soir de l'opération, le thermomètre marquait 39° dans le rectum. Mais ce furent les dernières heures de fièvre élevée, car le 6 au matin, il n'y avait que 37°. Ce n'était pas, il est vrai, une défervescence absolue et définitive, en ce sens que la température resta presque toujours entre 37°4 et 37°8, atteignant de temps à autre 38°. Le 27 janvier au soir, il y eut même une brusque poussée à 39°6, avec chute à 37°3 le lendemain matin. Mais cela ne me paraissait pas hors de proportion avec l'infection de vastes plaies anfractueuses, en très bonne voie sans doute, mais suppurant abondamment. Il n'y avait, d'ailleurs, aucun signe particulier du côté de l'oreille droite. L'otorrhée était assez peu abondante, non fétide ; les souffrances étaient nulles ; à la palpation, l'apophyse se montrait normale. De plus, l'enfant engraisait à vue d'œil ; elle avait vite repris ses couleurs, sa gaieté, son appétit. Enfin, l'examen des urines ne révélait rien d'anormal ; le foie et le poumon n'avaient subi aucune atteinte.

Mon pronostic était donc favorable et les incisions des membres inférieurs se cicatrisaient rapidement, lorsque, le 12 février, com-

mencèrent des accidents du côté de l'oreille. Accidents d'abord légers : une simple augmentation de l'otorrhée, mais avec engorgement très net des ganglions sterno-mastoïdiens supérieurs. L'état général était bon, la température à 37°4, en sorte que rien ne me sembla indiquer une opération sur la mastoïde. Mais le gonflement sous-auriculaire augmenta, avec empâtement profond et douleur à la pression. Enfin, le 23 au matin, la température monta à 38°6, le soir à 39°8; et le 24, à la visite du matin, je la trouvai de 39°.

En même temps, la tuméfaction cervicale supérieure était devenue volumineuse, et je crus bien y percevoir de la fluctuation profonde; je n'insistai pas, pour éviter à l'enfant des souffrances inutiles, car, en tout état de cause, la fièvre, certainement due à la suppuration auriculaire, était une indication opératoire urgente.

Il n'y avait aucun œdème, aucune rougeur sur l'apophyse, seulement un peu sensible à la pression, mais j'étais bien certain d'y trouver des lésions graves, probablement accompagnées de l'abcès cervical profond qui caractérise la mastoïdite de Bezold. Je commençai donc par la trépanation au lieu d'élection, et, sous une couche corticale mince, friable, j'entrai dans des cellules spacieuses, remplies d'un pus abondant. Toute la pointe était ainsi cariée; l'aditus de même était élargi, et j'arrivai facilement dans la caisse.

Cela fait, j'avais à m'occuper du cou; au-dessous de la pointe de l'apophyse, j'enfonçai la sonde cannelée à travers les fibres du sterno-mastoïdien, et je pénétrai ainsi dans un gros abcès maxillo-pharyngien que j'incisai sur toute sa hauteur. Après quoi, comme il persistait vers la nuque un empâtement profond, à fluctuation obscure, j'incisai franchement et je trouvai un nouvel abcès. Ces deux poches cervicales venaient de la face interne de la pointe de l'apophyse, que je fis sauter.

A partir de ce moment, tout alla bien. La température mit quatre jours pour tomber entre 37° et 37°6, et une semaine de plus pour arriver régulièrement à 37°. A la fin de mars, l'apyrexie était parfaite, l'état général excellent, les plaies des membres presque complètement cicatrisées. A l'oreille existait une vaste cavité

osseuse dont l'épidermisation devait être lente, comme de coutume; mais je pouvais affirmer dès lors la guérison<sup>1</sup>. La petite malade avait seulement perdu à la bataille le nerf facial, que j'avais coupé probablement en faisant sauter la pointe de l'apophyse et en ouvrant largement l'abcès maxillo-pharyngien; car, d'après ce que j'ai vu en opérant, je ne crois pas l'avoir lésé au seuil de l'aditus, en évitant l'apophyse, très friable.

La filiation exacte des accidents, telle que je viens de l'exposer devant vous, est bien établie par ce fait que l'otorrhée a nettement précédé les abcès des membres. Et aux trois opérations successives, M. Tollemer a examiné le pus, qui contenait dans les trois foyers des streptocoques.

De ce fait, il faut d'abord retenir que, si les complications septiques sont plus fréquemment le résultat d'otites moyennes suppurées chroniques, la rapidité des accidents est parfois grande, l'infection se manifestant dès la période aiguë. Il est, d'ailleurs, à remarquer que, parmi les complications graves des otites, la pyohémie, avec ou sans thrombose du sinus latéral, est celle pour laquelle cette exception est le moins rare; et si l'on consulte les tableaux insérés par Hessler dans sa récente et volumineuse monographie, on constate que les cas aigus sont plus fréquents que les autres (27 contre 12) parmi les malades guéris sans intervention sur le sinus d'une infection générale à foyers métastatiques.

J'ai observé un autre enfant chez lequel l'évolution de la maladie, qui, d'ailleurs, aboutit à la mort, fut tout le temps aiguë. Il s'agit d'un collégien, auprès duquel je fus appelé il y a environ quatre ans, et qui, trois semaines auparavant, avait été pris d'une angine aiguë, compliquée en quelques jours d'une otite moyenne suppurée à gauche. Très rapidement s'était déclarée une mastoïdite avec volumineux abcès traité par l'incision simple. L'état général resta tout le temps grave, avec fièvre vive; et je fus consulté lorsque se déclarèrent les signes d'une arthrite aiguë suppurée du genou gauche. Je fis une large arthrotomie; je débridai

1. Actuellement (15 juin 1900) l'enfant a quitté l'hôpital, où elle vient deux fois par semaine pour le pansement de l'évidement pétro-mastoïdien.