

la fistule mastoïdienne qui conduisait dans un vaste décollement avec dénudation étendue vers la fosse temporale, et je terminai par l'évidement de l'apophyse. Mais il était trop tard, et l'enfant succomba le lendemain, dans le même état d'infection générale qu'avant l'opération.

Pourquoi, tandis que l'otite n'est aiguë que dans 29,3 pour 100 des cas de pyohémie auriculaire en général, la proportion est-elle renversée pour les faits accompagnés de foyers métastatiques guéris sans intervention sur le sinus et la veine jugulaire? J'ignore complètement l'explication de cette anomalie, et je ne la trouve pas davantage dans le mémoire de Hessler. Pas plus que je ne sais pourquoi l'otite moyenne initiale est aiguë 32,2 fois sur cent dans les infections générales à foyers métastatiques avec ou sans thrombose du sinus, tandis que la proportion tombe à 23,8 pour 100 pour les cas sans infection métastatique.

Quoi qu'il en soit, les faits personnels sur lesquels j'attire votre attention concernent la catégorie spéciale des pyohémies proprement dites, avec abcès métastatiques et sans signes conduisant à ouvrir le sinus latéral et la jugulaire. Sans doute, dans l'état actuel de la science, c'est à la voie veineuse que nous devons attribuer l'absorption et la dissémination des germes septiques. Mais cela s'est produit sans retentissement local apparent, sans aucun des signes et symptômes qui nous font diagnostiquer la phlébite du sinus.

En pathologie pure, cette distinction n'a peut-être pas un bien grand intérêt. Mais vous comprenez qu'en pratique il n'en soit pas de même. On a bien dit, je le sais, que, même lorsque le sinus n'est pas thrombosé, il est bon de l'ouvrir pour le tamponner et de lier la jugulaire au cou afin de barrer la route aux embolies septiques; je ne crois cependant pas que cette pratique soit justifiée, et pour mon compte personnel je la réserve aux cas où la phlébite du sinus est cliniquement caractérisée.

N'aurais-je pas dû, cependant, sans aller aussi loin, ouvrir largement et tout de suite les cavités de l'oreille moyenne? L'événement m'a prouvé que cette opération était sûrement indiquée dès le premier jour par les lésions anatomiques; car, de toute

certitude, des altérations osseuses aussi profondes, aussi étendues, étaient déjà fort accentuées lorsque l'enfant fut admise à l'hôpital. Mais à part l'écoulement d'oreille, il n'y avait aucun symptôme; la région rétro-auriculaire était normale d'aspect, indolente à la pression, et j'étais en droit d'espérer que les moyens simples viendraient à bout d'une otite aiguë, vieille seulement de deux mois. J'ai beau ne pas craindre l'évidement de l'apophyse et de la caisse, deux mois de date ne me suffirent pas pour attaquer de la sorte une otorrhée. Car, je le répète, aucun signe, aucun symptôme ne me permettait de conclure à des lésions mastoïdiennes profondes. Cela se conçoit, car c'est vers la face interne de la pointe, vers le triangle maxillo-pharyngien que le processus tendait à gagner; si bien qu'au dernier jour, alors que l'abcès cervical profond était évident, la région rétro-auriculaire demeurait normale. Et cependant, sous une lame corticale saine, mais peu épaisse, je trouvai l'apophyse désorganisée. Ce n'est pas la première fois que je constate ce grand désaccord entre la gravité des lésions osseuses et l'intensité des signes physiques; je n'insiste pas, car cela ne rentre que tout à fait accessoirement dans le sujet que je traite aujourd'hui.

### III

Ce qui précède s'applique à une otite aiguë, où l'on ne doit pas, en général, recourir d'emblée au traitement chirurgical radical s'il n'y a pas mastoïdite concomitante. En principe, au contraire, des complications septiques généralisées sont, au même titre que les complications intra-craniennes, une indication au traitement opératoire d'une otite moyenne suppurée chronique, même lorsque la région rétro-auriculaire paraît saine à l'examen clinique. Mais l'histoire suivante va vous prouver que cette règle comporte des exceptions.

Le 23 décembre 1898, on m'apportait à l'hôpital Trousseau un garçon de treize ans qui, à peu près depuis sa naissance, était atteint d'un écoulement de l'oreille gauche. L'otorrhée, d'abondance très variable, avait été traitée vers l'âge d'un an par des

lavages, et ensuite par le mépris, ce qui revient à peu près au même. C'était depuis trois jours seulement qu'avaient débuté les accidents actuels. Accidents des plus graves, si bien que le malade était infecté au point de n'avoir presque plus connaissance, avec une température vespérale de 40°6. Cet état septicémique des plus caractérisés devait être rapporté à l'oreille, car, tandis qu'il débutait, celle-ci avait été le siège de douleurs térébrantes; et si, lors de l'admission, l'écoulement était à peu près nul, j'appris que la veille il avait été encore fort abondant.

La région rétro-auriculaire était normale d'aspect et de consistance, mais la douleur à la pression y était vive; et, surtout, au-dessous d'elle, le tiers supérieur de la région cervicale latérale et de la nuque était le siège d'un gonflement notable. Sous un œdème diffus, sans changement de couleur à la peau, on sentait que les ganglions parotidiens supérieurs étaient engorgés; la douleur à la pression le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien était à ce niveau très nette. Douleur à la pression sur le cou et sur l'apophyse, engorgement ganglionnaire et œdème de la région carotidienne supérieure, accidents septiques intenses. Je me crus en droit de diagnostiquer une phlébite du sinus latéral et de la jugulaire, et j'opérai en conséquence.

J'incisai donc sur le tiers supérieur du bord antérieur du sterno-mastoïdien, et, pour aborder la jugulaire que j'avais l'intention de lier, j'extirpai aux ciseaux courbes un gros paquet de ganglions souples et non suppurés, mais rouges, enflammés; j'arrivai de la sorte sur une jugulaire normale, mince, molle, souple et bleue, n'adhérant aucunement aux ganglions. Aussi ne la liai-je pas et passai-je à l'apophyse, que je trépanai au lieu d'élection sans y rien trouver: elle était éburnée, ne contenait ni pus ni fongosités. Je débridai vers la nuque pour être sûr de n'y pas laisser un foyer purulent profond, et là encore je ne rencontrai rien.

Je ne veux pas prétendre, en montrant cette intégrité extérieure de la veine jugulaire, que la résorption septique n'ait pas eu lieu par la voie veineuse. Mais il me parut que la ligature de la veine et le drainage du sinus n'avaient pas leur raison d'être; je pensai aussi qu'il était inutile d'ouvrir la caisse par une opération que

l'éburnation de l'os devait rendre assez laborieuse. Et je me bornai à tamponner et à drainer largement les incisions.

Le pronostic était des plus sombres, et je ne fus aucunement surpris, le lendemain matin, de trouver le jeune malade en fort mauvais point. La température n'était sans doute qu'à 38°4, mais l'enfant était agité, délirant au point qu'il avait fallu mettre des planches à son lit pour l'y maintenir.

Le 26, à la visite du matin, nous constatâmes un fait nouveau: le bras droit était manifestement impotent. Et les mouvements instinctifs de défense provoqués par les pressions localisées — car il ne fallait pas songer à interroger le malade, tant il avait perdu connaissance — démontraient que de ce côté le coude et l'épaule étaient douloureux. Il n'y avait, d'ailleurs, en ces régions, ni douleur ni gonflement. La température était à 38°4, mais le soir elle monta à 40°2. Les choses allèrent vite du côté du coude, car, le 27 au matin, il présentait en arrière et en dedans un foyer rouge et empâté. Une incision fut donc pratiquée, et au fond de l'abcès l'os ne fut pas trouvé dénudé. Il n'y avait également aucune communication articulaire; d'ailleurs, avant l'opération, les mouvements communiqués à la jointure étaient libres. L'épaule, au contraire, était le siège d'un peu d'arthrite, car l'omoplate suivait les mouvements du bras; mais si à ce niveau la douleur à la pression était toujours vive, aucun signe local n'indiquait l'intervention opératoire.

Après cette opération, la température tomba lentement, tandis que peu à peu l'état général s'amendait. Il y eut, par la suite, des poussées thermiques irrégulières, vespérales, et la température du matin ne fut normale qu'à partir du 15 janvier; mais les plaies bourgeonnaient franchement et suppuraient peu, le délire avait cessé, l'appétit et le sommeil revenaient. Et dès les premiers jours de janvier, il devint évident que le malade allait guérir.

A partir du 15 janvier, ai-je dit, la température matinale fut normale, à 37°2; le soir, elle monta encore pendant tout le séjour du malade à l'hôpital — jusqu'au 5 février — à 37°5. Mais cette hyperthermie insignifiante n'entrava pas la convalescence; pas plus que ne l'entravèrent deux abcès remarquables par la froideur

de leur évolution. Ce fut le type de ces « abcès soudains », comme on les appelait autrefois, lorsqu'on les observait, plus souvent que de nos jours, au cours des infections purulentes chirurgicales. Il n'y eut ni douleur, ni hyperthermie, ni rougeur avec empâtement, mais collection, du jour au lendemain, d'un abcès torpide; l'un de ces abcès siégeait sous la clavicule gauche, l'autre à la région sacrée droite. Leur pus contenait le staphylocoque doré. Au fond d'aucun des deux l'os ne fut trouvé dénudé et la cicatrisation se fit d'ailleurs rapidement, sans fistule. Le 24 avril, tout était guéri, l'état général étant parfait et l'oreille ne coulant plus.

J'ai encore observé ces abcès soudains chez un adulte<sup>1</sup> qui, à la suite d'une intervention par les voies naturelles pratiquée pour une otorrhée chronique par un auriste des plus distingués, eut une mastoïdite grave, bientôt compliquée d'abcès cervical. Je fus appelé auprès de lui à l'occasion d'un très gros abcès, collecté très rapidement sous l'omoplate droite, sans changement de couleur de la peau, sans empâtement; il persistait d'ailleurs une fièvre grave, à courbe manifestement pyohémique. Sous mes yeux, quelques jours plus tard, se forma un gros abcès de la région deltoïdienne gauche. L'incision simple et large amena la guérison de ces poches purulentes au fond desquelles l'os n'était pas malade. Et bientôt la fièvre cessa, l'état général redevint bon; si bien qu'après toutes ces péripéties la guérison fut complète.

En même temps avait diminué, jusqu'à disparition complète, une vive douleur à la pression qui m'avait fait surveiller pendant plusieurs semaines la tête du péroné. Elle disparut sans formation d'abcès, de même que céda, chez l'enfant dont je viens de vous parler, la douleur de l'épaule avec signes évidents d'arthrite non suppurée. Il y a eu, bien certainement, des embolies septiques multiples dont quelques-unes n'ont pas abouti à la suppuration, mais ont été assez graves pour traduire leur présence par des phénomènes inflammatoires sérieux.

Ma deuxième observation prouve que ces embolies pyohémiques suppurées peuvent survenir avec un foyer auriculaire ancien

1. Luc fait allusion à ce malade (*Loc. cit.*, p. 419). J'insiste sur ce point que l'otite causale était *chronique*.

mais fort petit, sans que la mastoïde y prenne part; elle démontre qu'on peut les guérir en n'ouvrant qu'eux largement. Car je n'ai pas touché chirurgicalement à la caisse, assez vite guérie par les moyens simples, et surtout par les instillations de glycérine phéniquée, tandis que je m'occupais des collections métastatiques. C'était donc une otite moyenne chronique localement bénigne, sans délabrement osseux exigeant l'opération de Stacke; j'ai revu l'enfant à diverses reprises, toujours en bon état.

Pour les deux malades que j'ai soignés à l'hôpital, l'examen bactériologique a révélé une fois le streptocoque, une fois le staphylocoque doré, et il ne semble pas y avoir eu intervention de ces microbes anaérobies dont on a mis récemment le rôle en évidence dans les complications graves, surtout gangreneuses et putrides, des otites moyennes chroniques. C'est sans doute à ces infections généralisées dues aux microbes vulgaires de la suppuration que convient le pronostic relativement bénin attribué par Chauvel aux pyohémies d'origine otique. Au contraire, la mort est à peu près constante dans les cas, comme j'en ai également observé, où les poumons sont le siège d'embolies gangreneuses. C'est encore, si l'on veut, de l'infection purulente, mais d'une modalité clinique tout autre que celle dont je viens de relater quelques exemples.