

de bourdonnements et de sifflements de l'oreille droite; pas de vertiges, ni d'étourdissements.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est un gonflement du côté droit du cou. Au-dessous du pavillon de l'oreille, dans le sillon rétro-maxillaire, et jusque sur la région parotidienne s'étend un œdème qui masque les dépressions et les saillies de ces régions et embrasse en bas et en avant le pavillon de l'oreille.

A ce niveau, la peau est chaude, sans modification de sa coloration. La pression y est douloureuse, surtout derrière la branche montante du maxillaire inférieur. On ne sent aucun cordon noueux, aucun ganglion engorgé; la région mastoïdienne n'est ni tuméfiée ni douloureuse.

Une contracture du masséter droit rend impossible l'ouverture de la bouche et l'exploration de la gorge. Écoulement auriculaire jaune épais, peu abondant; conduit auditif tuméfié, rétréci et douloureux, ne permettant pas de voir le tympan avec netteté. On n'en aperçoit qu'une partie épaisse et rouge.

Nous prescrivons des irrigations fréquentes avec une solution chaude de sublimé au 1/1000; et l'enveloppement de la région avec des compresses chaudes antiseptiques.

13 avril, le malade est moins abattu, la céphalalgie a diminué; l'écoulement est très faible.

L'œdème parotidien est moindre: la tuméfaction et la douleur sont surtout localisées dans le sillon rétro-maxillaire.

Le malade a eu, la veille, deux petits frissons peu intenses et de quelques minutes de durée seulement.

14 avril, mêmes douleurs le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, même contracture du masséter; et de plus, raideur des muscles de la nuque avec douleur marquée au niveau de l'apophyse épineuse de la 3<sup>e</sup> vertèbre cervicale. Le malade avait eu dans le courant de la journée une légère sensation de refroidissement.

Le 15 avril, la raideur de la nuque disparaît et les mouvements de mastication sont possibles: mais deux accidents nouveaux se manifestent: une arthrite métacarpo-phalangienne du petit doigt gauche et une arthrite du genou droit.

16 avril, frisson peu intense et de quelques minutes de durée seulement.

17 avril, frisson intense à 8 heures du matin, d'une durée de 20 minutes, accompagné d'une forte dyspnée; le malade est très abattu, mais sans phénomènes cérébraux, sans obnubilation intellectuelle, sans trouble sensoriel.

En ce qui concerne l'oreille, l'écoulement est modéré, les douleurs

sont localisées au-dessous de la mastoïde et sont très vives dans le sillon rétro-maxillaire.

Il suffit d'une légère pression pour éveiller une forte douleur; que le doigt agisse sur l'extrémité supérieure du muscle sterno-mastoïdien, sur ses bords antérieur ou postérieur. La douleur descend même dans le creux sus-claviculaire. On ne voit pas de traînées rouges saillantes sous les téguments et on ne sent pas à la palpation de cordon induré. Les mouvements de rotation de la tête à gauche sont impossibles.

Rien d'anormal à l'auscultation de la poitrine; au cœur, les bruits sont bien frappés; le pouls est bon: 115 P.

Le genou augmente un peu de volume; et nous pratiquons une ponction exploratrice, décidé à faire l'arthrotomie si le liquide intra-synovial était purulent; mais nous ne retirons qu'une sérosité dont l'ensemencement ne donne lieu à aucune culture.

18 avril, le malade est plus calme; l'arthrite métacarpo-phalangienne entre en résolution. On constate de la douleur au niveau de la malléole interne droite et le malade se plaint également de souffrir au niveau du coude gauche.

19 avril, deux frissons dans la journée et dans la nuit.

20 avril, à neuf heures du matin, frisson violent de quinze minutes environ.

Le 24 avril, après un nouveau frisson prolongé, survient une douleur de la hanche gauche qui immobilise l'articulation et s'étend sur la face postérieure de la cuisse, le long du sciatique.

L'état de notre malade est mauvais, il est anéanti; son facies est terreux et couvert de sueurs; la langue est sèche. Bronchite et diarrhée.

Le genou droit ne peut plus être exploré, tant il est douloureux: il est entouré d'un œdème blanc, masquant les culs-de-sac et remontant jusqu'à la cuisse.

L'articulation de la hanche est absolument immobilisée. Il y a un empatement très marqué au niveau du pli inguino-crural, lequel est sillonné par des veines dilatées; l'abduction du membre est impossible; la percussion du grand trochanter et la pression dans l'angle des vaisseaux fémoraux et de l'arcade de Fallope ne peuvent être tolérées.

En arrière, on constate 3 ou 4 points douloureux sur le trajet crural du nerf sciatique.

Nous revenons à la ponction exploratrice du genou; et voici, cette fois, le résultat de l'examen du liquide: sérosité très louche, nombreux leucocytes à noyaux irréguliers et contenant dans leur intérieur de petits espaces clairs qui répondent à des micro-organismes digérés; on voit en outre quelques cocci accouplés.

Le bouillon de culture montre de nombreux streptocoques.

Nous croyons indispensable d'ouvrir ce foyer d'éléments pyogènes ; et le 26 avril, sans chloroforme, nous pratiquons l'arthrotomie du genou. Il s'écoule un petit verre de liquide très trouble, rempli de streptocoques, ainsi que l'a montré une troisième analyse.

Nous nous bornons à immobiliser la hanche.

Le 28 avril, il est facile d'observer une grande amélioration ; l'état général s'est relevé ; le facies est plus calme, la langue plus humide ; la diarrhée a disparu, le genou n'est plus douloureux, la hanche reste aussi sensible ; la suppuration de l'oreille est tarie.

Tout semble aller pour le mieux, quand nous assistons à une reprise des accidents.

Dès les premiers jours du mois de mai, rechute grave ; la fièvre est élevée, l'appétit nul, le sommeil agité par du délire qui nécessite une surveillance constante ; parfois une somnolence dont il était difficile de tirer le malade ; rétention d'urine fréquente et intermittente. Douleurs très violentes dans la région lombo-fessière gauche.

Les mouvements de l'articulation sont limités surtout en dehors ; mais la propulsion de la tête fémorale n'éveille aucune souffrance. Nous remarquons un peu de flexion permanente de la cuisse sur le bassin, ce qui joint aux points douloureux lombaires et sur le trajet du sciatique nous fait penser à un foyer inflammatoire en voie d'évolution dans le psoas.

Mais la marche de cette psoritis est très lente et laisse longtemps indécise l'opportunité de notre intervention.

Ce n'est que le 6 juin qu'une palpation de la fosse iliaque gauche nous permet de percevoir un empâtement qui nous semble soulever le muscle iliaque. Nous intervenons sans plus tarder, et après l'incision de la paroi latérale de l'abdomen, suivant le tracé de la ligature de l'iliaque externe, nous pénétrons dans la fosse iliaque qui ne nous présente aucune lésion péri ou intra-péritonéale. Mais à travers les fibres du muscle iliaque, il nous est facile de sentir une légère fluctuation. L'incision du muscle donne en effet issue à environ deux cuillers de pus phlegmoneux. Le doigt introduit dans le trajet de la plaie remonte dans la gaine du psoas, en avant des apophyses des vertèbres lombaires, à une distance dont nous ne pouvons atteindre la limite avec l'extrémité digitale. Abondantes irrigations de solution de sublimé très chaude. Drainage de la poche et fermeture de l'incision cutanée.

Le lendemain de l'opération la fièvre tombe, les douleurs disparaissent ; et en 15 jours, la réparation de ce dernier foyer septique est complète.

J'ajouterai que plusieurs fois le sang de B... fut examiné au point de vue bactériologique et les cultures y démontrèrent la présence du staphylococcus pyogène albus.

Quant B... sortit de l'hôpital le 22 juillet 1893, il avait repris son embonpoint. Il pouvait faire du pas gymnastique. Ni la hanche gauche, ni le genou droit n'étaient douloureux. Les muscles de la cuisse droite n'avaient qu'un centimètre d'atrophie.

Les lésions de l'oreille étaient réparées et la montre était perçue à 0,02 du pavillon.

Nous ne pouvons donner qu'un court résumé du second malade que nous avons observé, attendu que son affection avait débuté 7 mois avant notre arrivée dans le service et que nous nous sommes seulement occupé des lésions consécutives à l'infection purulente.

Bl... 22 ans, soldat au 16<sup>e</sup> bataillon d'artillerie de forteresse, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 8 juin 1891. Il aurait eu dans son enfance des écoulements d'oreille, néanmoins il entendait bien avant l'incorporation. — Aucune autre maladie.

Il a commencé d'être indisposé dans les premiers jours de janvier où il dut suspendre son service pour une angine qui aurait bien pu être scarlatineuse en raison d'une épidémie de scarlatine coexistant dans la caserne.

Le 10 février, les deux oreilles, que l'inflammation remontant au jeune âge devaient prédisposer à l'infection, deviennent douloureuses et se mettent à couler.

L'état général du malade se relevait peu à peu ; et l'écoulement diminuait progressivement, lorsqu'au mois de juin une mastoïdite se produisit à gauche. Nous passerons sur les détails de cette complication.

Le 19 juillet, Bl..., qui est en pleine convalescence, éprouve de violentes douleurs dans l'oreille droite, avec irradiations dans le front, la tempe et l'occiput, courbature générale, céphalalgie, frissons, hyperthermie. Pendant 4 jours, la température oscille entre 39° et 39°5 le matin ; et 40° et 40°5 le soir, sans que le diagnostic puisse se préciser.

Le 22 juillet, dit l'observation, le malade attire l'attention sur un nouveau siège de douleurs, la partie supérieure du cou. Au-dessous de la mastoïde et sous le sterno-mastoïdien, la plus légère pression est douloureuse, et la palpation permet de se rendre compte de la présence d'un cordon dur qui donne l'impression d'une veine enflammée. Le diagnostic devient alors évident. Bl... est atteint d'une phlébite, et 48 heures après, ce diagnostic est confirmé par des accidents septico-pyohémiques à distance.

Le 24 juillet, arthrite du genou droit.

Le 25 juillet, diarrhée et pleurésie droite.

Dans les jours suivants et jusqu'au 10 août, Bl... continue à présenter de légers accès fébriles. L'épanchement pleurétique se résorbe. Les douleurs périauriculaires diminuent, ainsi que le gonflement sous-auriculaire. Seules, la diarrhée et l'arthrite purulente du genou préoccupent le chirurgien. L'état général est mauvais : teinte terreuse, amaigrissement, faiblesse excessive.

Le 10 août, on pratique l'arthrotomie ; et l'incision donne issue à une grande quantité de pus.

Je ne crois pas utile de continuer les détails de l'observation qui ne se rapportent plus qu'à l'évolution de l'arthrite purulente.

J'ai reçu le malade dans mon service, le 1<sup>er</sup> janvier 1892.

A ce moment, il commençait à se lever, l'appétit était revenu, les forces renaissaient lentement, mais la jambe était fixée en ankylose de 150° environ sur la cuisse.

Je n'ai eu qu'à m'occuper de cette conséquence éloignée d'une otite purulente moyenne.

Il ne m'a pas fallu moins de 5 mois, pour redresser le membre et permettre au blessé une marche relativement facile. Il est sorti avec une ankylose rectiligne et une atrophie très notable des muscles de la cuisse. Il était resté 18 mois en traitement.

Nous ne reviendrons pas sur les signes locaux énoncés à propos de la forme atténuée, et nous ne présenterons pas en détail la description des symptômes généraux de cette forme de thromboses cervicales. Ce serait refaire toute la symptomatologie de l'infection purulente, ce fléau chirurgical naguère tant redouté et que ne connaissent pas les jeunes générations. L'intérêt de la cause s'efface ici devant la gravité de l'effet ; on a pu remarquer que la pyohémie continuait d'évoluer chez nos deux malades, longtemps après la guérison de l'otite et de la phlébite.

Mais les rapports des premiers symptômes entre eux sont très variables : la phlébite peut s'annoncer par un premier grand frisson qui surprend le malade et laisse le diagnostic incertain jusqu'à l'apparition prochaine de la tuméfaction et de la douleur locales. Les frissons peuvent survenir après la tuméfaction de la région cervicale et une élévation de température de quelques jours. D'autres fois, le frisson ne se produit qu'après un accident infectieux éloigné, comme une arthrite.

Les frissons eux-mêmes sont loin d'avoir toujours la même in-

tensité : évidemment ils n'échappent à personne quand ils s'accompagnent d'une sensation de froid intense qui dure pendant 10 à 15 minutes et qui est suivie de chaleur et de sueurs. Mais ils sont parfois à peine marqués ; c'est plutôt une sensation de froid qu'un frisson proprement dit ; et le malade ne penserait pas à s'en plaindre si le médecin ne provoquait l'aveu.

L'état général est plus ou moins déprimé, se relevant entre les accès de fièvre ou restant typhique. La courbe de la température est celle de toutes les pyohémies, c'est-à-dire à grandes oscillations avec des différences de 2 à 3 degrés entre le soir et le matin.

Les accidents secondaires sont de toute nature : tissu cellulaire, muscles, synoviales, séreuses, membres, viscères, peuvent être le siège de suppurations localisées ou étendues. Il semble résulter de l'examen des observations que l'articulation sterno-claviculaire est un siège de prédilection de l'infection ; mais en dehors de ce fait, rien ne peut être prévu. Il suffit qu'un point de l'organisme soit le siège d'un léger traumatisme, tel même qu'une injection de morphine, pour que les microbes s'y donnent rendez-vous et y forment une colonie. Joignons à ces accidents des congestions pulmonaires et spléniques, de la diarrhée et de l'albuminurie.

La durée de l'évolution de la maladie n'est pas fixée : elle dépend de la gravité et de la multiplicité des accidents secondaires.

Nous avons vu que la zone d'infiltration périveineuse pouvait suppurer et donner lieu à un phlegmon cervical profond. Dans ces conditions, la résolution de l'œdème cervical ne se fait pas, l'empâtement subsiste dans le sillon rétro-maxillaire ; le gonflement va même en augmentant peu à peu ; et la fluctuation devient manifeste. Les téguments peuvent conserver leur coloration normale, si nous en jugeons par le seul fait que nous avons observé.

Hamon du Fougeray (dixième congrès de chirurgie) cite à ce sujet une observation du D<sup>r</sup> Brindel, aide de clinique du D<sup>r</sup> Moure.

Femme d'une trentaine d'années, admise à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le D<sup>r</sup> Man lillon, pour otite moyenne aiguë droite avec violente céphalalgie du même côté et abcès le long du tiers supérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

L'abcès paraissait être dans la gaine du muscle, et la fluctuation était profonde. Les douleurs d'oreille remontaient à deux mois.

M. le D<sup>r</sup> Mancillon envoya la malade à la clinique de M. Moure, et celui-ci proposa d'ouvrir immédiatement l'abcès et de trépaner l'apophyse, bien qu'elle ne parût pas atteinte. La membrane du tympan était rouge, mais non perforée.

Une incision profonde fut faite le lendemain, sans parvenir cependant jusqu'au foyer purulent. Vingt-quatre heures après, l'abcès s'ouvrait de lui-même dans le pansement, par l'incision déjà pratiquée. Mais la malade, dont l'état général s'aggravait, mourut trois jours plus tard.

*Autopsie.* — Le sinus latéral droit est rempli par un caillot fibrineux.

En arrachant la dure-mère à ce niveau, on voit une perforation de la base du crâne située en arrière du rocher, au-dessus du toit du tympan et donnant issue à du pus. Les parties correspondantes du cerveau sont à peine rouges.

Les cellules mastoïdiennes sont petites, mais remplies de pus caséux, ainsi que l'oreille moyenne où les osselets sont intacts.

En disséquant le foyer de l'abcès du cou, on voit qu'il est situé en arrière du sterno-cléido-mastoïdien et constitué par la veine jugulaire interne dont la paroi antérieure a été nécrosée et dont il ne reste que la paroi postérieure. Ce foyer fait suite au sinus et les deux vaisseaux sont enflammés sans discontinuité.

L'inflammation de la jugulaire descend jusqu'au voisinage de la clavicle.

On remarque aussi un abcès sous-pleural le long de la scissure interlobaire du côté droit; rien de particulier dans les autres organes.

Nous même avons observé un malade dont la phlébite s'est compliquée d'un phlegmon cervical et chez lequel l'infection de l'organisme a été portée à la dernière limite.

F... Léon, 21 ans, cultivateur, sans antécédents pathologiques héréditaires, a eu plusieurs bronchites dans l'enfance; et à 13 ans, une otite moyenne catarrhale gauche qui dura trois semaines; elle guérit complètement, sans même laisser une diminution de l'audition.

Le 1<sup>er</sup> avril 1893, le malade convalescent d'une bronchite éprouve de vives douleurs dans l'oreille gauche, avec sifflements et bourdonnements; cet état dure huit jours et cesse quand apparaît l'écoulement qui est jaune, épais, fétide, peu abondant.

F... nous est adressé le 15 avril avec le diagnostic d'otite moyenne suppurée gauche; rien de particulier n'a été noté dans l'état général ou

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. A. N. L.

local du malade. Constitution bonne, plus de bronchite, perforation du tympan en bas et en avant, écoulement jaune et de quantité moyenne. Nous le soignons depuis une vingtaine de jours et les symptômes s'amendaient, lorsque le 9 mai, F... est pris d'un érysipèle de la face qui nous oblige à l'évacuer sur le service des contagieux. Il nous revient le 30 mai, guéri de l'érysipèle, mais avec une complication de l'otite; l'écoulement de l'oreille est abondant, épais, verdâtre et fétide. La région cervicale est très tuméfiée au-dessous de la mastoïde et en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur. La peau est chaude sans changement de coloration. Le maximum de la tuméfaction et de la douleur siège sur le trajet de la veine jugulaire interne. L'apophyse mastoïde ne présente rien de spécial: pas de douleurs à la pression, pas de gonflement, aucune douleur irradiée.

Le malade se plaint en outre d'une violente douleur au niveau du grand trochanter droit; l'état général est mauvais, le facies est pâle, terreux même. La rate hypertrophiée a 10 centimètres de hauteur; diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque droite; râles de bronchite disséminés; température élevée: nous n'hésitons pas à faire le diagnostic de phlébite de la veine jugulaire interne, et nous prescrivons de grands lavages répétés de l'oreille et une thérapeutique tonique et antipyrétique (vin, antipyrine, sulf. de quinine).

L'hyperthermie persiste, l'intoxication est profonde, le facies a la teinte jaune pâle des suppurés; nous surveillons attentivement le malade pour ouvrir les collections purulentes dès leur apparition.

Le 6 juin, nous trouvons de la fluctuation dans la région cervicale, au-dessous de la mastoïde et nous pratiquons une incision de cinq centimètres, parallèlement au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, et un peu en arrière de ce bord: nous donnons issue à une cuiller de pus environ.

Le 19 juin, une ponction est faite avec la seringue de Debove en arrière du grand trochanter droit où les douleurs ont persisté et nous retirons quelques gouttes de pus qui sont envoyées au laboratoire de bactériologie. Nombreux streptocoques.

Le lendemain, incision rétro-trochantérienne et sortie d'un verre de pus épais, bien lié, verdâtre.

Le 22 juin, le malade a des frissons, la température augmente, rétention brusque d'urine; nécessité de pratiquer le cathétérisme.

Le 28 juin, ouverture d'une collection purulente sous-cutanée au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, issue de trois à quatre cuillers de pus phlegmoneux. F... commence une eschare au sacrum; la miction ne reste possible que par le cathétérisme; l'écoulement de l'oreille est beaucoup moins abondant.

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. A. N. L.