

Le 30 juin, incision d'un abcès sous-aponévrotique à la partie moyenne et antérieure du bras, apparu en un point où une injection de morphine avait été pratiquée quinze jours auparavant.

Le lendemain, incision d'une collection purulente développée comme les précédentes sans phénomènes réactionnels dans la partie inférieure du triangle sus-claviculaire gauche. Cette collection communique avec le premier foyer purulent que nous avons ouvert dans la partie supérieure du cou et un drain est glissé sous toute la hauteur du muscle sternomastoïdien.

Le 4 juillet, chute de la température, le malade urine sans le secours de la sonde ; sa faiblesse est très grande, il répond aux questions avec une extrême difficulté.

6 juillet, l'eschare du sacrum n'a pas moins d'une largeur de main, mais ses bords sont saillants et renversés en dedans, son fond est granuleux : la période de réparation semble commencée.

Le 9 juillet, retour de la rétention d'urine, œdème de la face, des mains et des extrémités des membres inférieurs ; albumine 0.50 par litre. Du 14 au 24 juillet, hématurie ; infiltration du tissu cellulaire sous-cutané presque généralisée, inappétence, nourriture lactée, apyrexie.

Notre pronostic est en ce moment des plus sombres. Nous craignons que notre malade ne puisse faire les frais de la réparation, car l'infection purulente nous semble arrêtée dans son extension.

A dater du 25 juillet, F... se met à uriner spontanément. L'hématurie disparaît, les mictions sont même très fréquentes ; l'eschare se répare, les plaies se cicatrisent, le sommeil revient ; l'appétit renaît, et peu à peu la vie reparait dans l'organisme.

La convalescence a été longue ; mais à la fin de septembre le malade a pu se rendre à la campagne, ayant repris un peu d'embonpoint et ayant cessé d'avoir de l'albumine dans ses urines.

L'oreille gauche ne coulait plus. La perforation était cicatrisée, la montre était perçue au contact.

Le diagnostic des thromboses cervicales présente un certain nombre de difficultés dont la solution exige une observation attentive du malade.

Le gonflement de la région cervicale symptomatique d'une phlébite de la jugulaire peut être confondu avec la tuméfaction produite par un abcès ossifluent, une adénite ou un phlegmon. Mais, outre que l'œdème de la phlébite, d'abord étendu, se concentre peu à peu autour du vaisseau et que la douleur est plus développée dans le sillon rétro-maxillaire qu'en un autre point,

l'ensemble des symptômes généraux, faiblesse générale, frissons, oscillations thermiques, abcès métastatiques ne laisse bientôt aucun doute.

Plus difficile est l'interprétation causale du syndrome pyohémique. Comment reconnaître qu'il résulte d'une infection limitée à la portion sous-crânienne des troncs veineux et non d'une thrombose sinuso-jugulaire ou seulement sinusale.

Nous ne croyons pas faire un paradoxe en affirmant la possibilité de la distinction.

a) Les phlébités de la jugulaire s'observent de préférence dans les otites moyennes à marche subaiguë, et les sinusites surviennent dans les vieilles otorrhées.

b) L'inflammation de la mastoïde est très fréquente dans les sinusites, manque ou est très discrète dans les thromboses cervicales.

c) Les thromboses cervicales s'accompagnent de signes locaux toujours très évidents, tandis que le gonflement sous-crânien des sinusites se réduit à un léger œdème ou est nul.

d) Les sinusites créant un foyer infectieux intra-crânien n'évoluent pas sans donner lieu à de la céphalalgie persistante, à des vomissements ou à l'un de ces multiples troubles nerveux indiquant l'infection des centres cérébraux. Les phlébités extra-crâniennes peuvent bien produire quelques douleurs de tête, surtout au moment des plus forts accès de fièvre ; mais ceux-ci n'ont pas la violence de la céphalalgie consécutive à une inflammation endocrânienne même partielle.

e) Les accidents pyohémiques sont plus prompts et plus graves dans les phlébités de la jugulaire que dans les phlébités du sinus latéral.

Si le chirurgien est appelé à rencontrer un certain nombre de cas où le partage des deux lésions est difficile, probablement parce qu'il n'est pas mieux établi anatomiquement que cliniquement ; il y a d'autres faits où l'interprétation ne laisse aucun doute et qui témoignent en faveur de la division que nous établissons.

Exemple l'observation suivante de Prescott Hervett.

Une jeune fille de 18 ans est atteinte d'une otorrhée, suite de rou-

geole. Quatre semaines après le début de l'otorrhée, elle éprouve des frissons intenses et une forte fièvre. L'état général devient typhoïde; l'écoulement se supprime. Les frissons continuent. Au moment où Prescott Hervett voit la malade, sa peau a pris une teinte terreuse; la fièvre est intense, *il n'y a pas de céphalalgie*, et l'intelligence est intacte. Il y a de la douleur sur le trajet de l'une des veines jugulaires et la tête est penchée sur le cou. On diagnostique une phlébite. Au bout de 8 jours, l'articulation interne claviculaire renferme du pus. Quelques jours après il y a du gonflement au niveau de l'un des genoux. Des symptômes de pneumonie se montrent également; mais ils ne tardent pas à disparaître. L'articulation du genou ne suppure pas; le gonflement diminue peu à peu et, sauf un peu de raideur, la guérison est bientôt complète.

17 jours après le début de la phlébite, on remarque de la tuméfaction coxo-fémorale; un abcès profond se forme, il est ouvert et l'articulation demeure intacte.

Traitée par les toniques et les opiacés, la malade finit par guérir (Prescott Hervett, *The Lancet*, 1861).

Qui n'est prêt à affirmer ici la mise hors de cause du sinus latéral?

On ne doit pas ignorer non plus que le syndrome pyohémique est parfois indépendant d'une phlébite suppurée et peut être occasionné ou par une ostéo-myélite mastoïdienne ou même par un processus que nous ne connaissons pas encore et qui n'est rattachable ni à une phlébite ni à une ostéomyélite.

La pyohémie otitique sans lésion péri-auriculaire apparente est une entité pathologique aujourd'hui bien connue.

Le traitement que nous avons employé dans les cas précédents a consisté à désinfecter l'oreille moyenne par des irrigations antiseptiques répétées et prolongées, à fortifier l'économie dans la lutte qu'elle avait à soutenir, et à ouvrir les foyers purulents au fur et à mesure de leur formation. L'alcool, le sulfate de quinine, l'antipyrine, à l'intérieur; et à l'extérieur une surveillance constante de l'état des diverses régions, ainsi que des pansements réguliers des plaies ou des abcès: voilà ce que nous avons prescrit et appliqué; c'est l'ancienne thérapeutique de l'infection purulente: elle paraît un peu vieillie; mais elle est une conséquence de notre conception pathogénique des accidents.

Il est d'usage aujourd'hui d'aller droit au foyer purulent, cause de la septicémie, de l'ouvrir et de l'irriguer, où qu'il soit, même dans une veine. Mais il ne nous semble pas facile d'aller inciser la veine jugulaire sous la base du crâne. Nous nous contentions de nous tenir prêt, — et nous l'avons fait — à débrider une collection purulente périphlébitique; et nous pensons qu'il n'y avait pas de ce côté-là autre chose à faire.

Fallait-il lier la jugulaire interne dans sa partie inférieure, pratique déjà proposée sous le règne de l'infection purulente, et que les chirurgiens modernes ont appliquée aux phlébitis otitiques, soit pour empêcher la propagation du caillot jusqu'au cœur, soit pour fermer aux microbes la route de la circulation générale? C'est une idée plus théorique que pratique: l'inflammation peut s'être déjà étendue à la partie inférieure du vaisseau et le fil à ligature être impuissant à l'enrayer. D'un autre côté, les microbes n'ont pas besoin du grand canal de la jugulaire pour se diffuser: ils n'ont qu'à choisir entre les branches collatérales supérieures des vaisseaux et les nombreux lymphatiques périverneux.

Fallait-il ouvrir le sinus latéral? Tout ce que nous venons d'écrire n'a d'autre but que d'essayer de faire accepter que les phlébitis infectieuses peuvent se porter en bas vers la jugulaire et ménager le sinus latéral. Notre diagnostic excluait justement le sinus du processus septique. Que serions-nous allés faire du côté du sinus? le toucher, le piquer ou même l'inciser, nous assurer qu'il contenait ou ne contenait pas un caillot et extraire le caillot formé s'il y en avait un. Mais c'était aller à l'encontre de nos hypothèses. L'examen clinique nous suffisait à affirmer que la cavité crânienne n'était pas infectée. Il nous semble qu'on n'a pas le droit de faire l'ouverture exploratrice du crâne et d'un sinus chez un malade qui n'a pas de symptômes encéphaliques et qui est en pleine infection purulente. Si ce n'est rien d'inciser le sinus et de boucher ensuite la plaie avec une mèche de gaze iodoformée ou un peloton de fils de catgut quand le milieu est aseptique ou tout au moins facile à désinfecter, il n'en est pas de même dans les cas qui nous occupent. Malgré la réserve apportée dans la publication des insuccès, on trouve dans la littérature quelques

faits qui témoignent de la nécessité d'une grande prudence dans de semblables interventions.

Fallait-il faire l'évidement de la mastoïde? Quelques auteurs ont déjà recommandé cette opération dans tous les cas de pyohémie et un certain nombre de faits montrent son heureuse influence. Mais nous dirons encore que l'intégrité de la mastoïde nous était garantie par l'absence des signes habituels de son inflammation.

L'œdème que nous avons une fois constaté au début de la phlébite sur la pointe de la mastoïde s'est peu à peu dissipé et s'est concentré sur le trajet de la veine. La surface de l'apophyse n'a été à aucun moment ni rouge, ni tuméfiée, ni douloureuse.

Il y a un cas de Chatellier (Ann. des mal. oreil. et larynx, 1890, n° 3) qui montre bien l'état de la mastoïde dans certaines pyohémies.

Un homme de 31 ans éprouve des frissons avec claquement de dents, 22 jours après le début d'une otite moyenne suppurée droite. Comme son faciès s'altère, on lui ouvre, quatre jours après, la mastoïde, bien qu'il n'ait ni gonflement, ni rougeur de la région, mais parce que les douleurs spontanées sont intenses. On ne trouve dans l'apophyse aucune cavité et pas une goutte de pus. Au milieu des trabécules osseuses existe seulement un tissu mou formé de granulations. L'intervention fait cesser les douleurs sans arrêter la pyohémie; les jours suivants, des abcès métastatiques se reproduisent, les frissons reviennent et la dernière collection est incisée le 25^e jour après la trépanation.

Le chirurgien a bien fait dans ce cas d'ouvrir la mastoïde, à cause de la violence des douleurs; mais il n'est pas démontré que la pyohémie dépendit de l'infection mastoïdienne.

Nous ajouterons un dernier argument aux raisons précédentes à l'appui du traitement que nous avons adopté. Qui peut dire que la jugulaire soit seule en cause et que les veines sous-crâniennes n'ont pas une part dans l'étiologie de l'infection? Les interventions sur la mastoïde et le segment sinuso-jugulaire sont alors superflues.

Si nous jugeons maintenant notre conduite par ses résultats, nous ne pouvons vraiment pas la condamner: quatre malades,

quatre guérisons. Il est peu de statistiques aussi satisfaisantes. Heureuse série! dira-t-on, c'est possible. Mais Chauvel aboutit aux mêmes conclusions dans un travail sur les septicémies et septico-pyohémies consécutives à l'otite moyenne suppurée (Gaz. Hebd., 1892). « En luttant avec constance par les toniques et les excitants diffusibles contre l'intoxication septique; en intervenant « en temps opportun contre les suppurations locales, on peut « sauver des existences très compromises. »

Pour nous résumer nous dirons donc :

Les thromboses cervicales peuvent guérir sans qu'on s'attaque au foyer veineux septique et sans évidement de la caisse et de la mastoïde; pourvu qu'on soutienne l'organisme, et qu'on ouvre rapidement les collections purulentes.

Mais nous ne voudrions pas que notre pensée fût mal interprétée. Le traitement précédent ne convient qu'aux cas où tous les symptômes font admettre l'absence d'une mastoïdite ou d'une suppuration du sinus latéral.

S'il y a mastoïdite, l'ouverture de la mastoïde est indispensable.

S'il y a céphalalgie intense, phénomènes nerveux, agitation, un peu de délire, de l'inégalité pupillaire ou une névrite optique, tous signes indiquant tout au moins une réaction méningée, il faut explorer le sinus et agir ainsi que nous le verrons dans le chapitre des complications endocrâniennes.

En somme nous rejetons, malgré les tendances actuelles, les longues incisions exploratrices crânio-mastoïdo-cervicales par lesquelles on établit le diagnostic et nous subordonnons l'étendue de l'opération au diagnostic cliniquement établi. D'autant que l'on peut se demander si les larges interventions sur la mastoïde et le sinus avancent beaucoup la guérison. Nous voyons, par exemple, Ludwig Wolf qui est appelé auprès d'une jeune femme de 21 ans, manifestement atteinte de phlébite de la jugulaire. Elle a des frissons, du gonflement de la rate, de la tuméfaction et de la douleur cervicales. Il ouvre la mastoïde dont il trouve la muqueuse congestionnée. Il ouvre aussi le sinus d'où il extrait avec la curette un caillot non fétide. C'est comme s'il n'avait rien fait: l'état général reste aussi mauvais, la température se maintient aux environs de 41° et les abcès métastatiques continuent à se former.

Dix jours après la double opération, les phénomènes cervicaux s'accroissent ; la douleur augmente sur le trajet de la jugulaire et la fluctuation devient manifeste entre le maxillaire inférieur et le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Une incision pratiquée sur le bord postérieur de ce muscle donne issue à un mélange de pus fétide et gazeux qui provient de la jugulaire. Aussitôt après l'évacuation du pus, les symptômes s'atténuent et la guérison est entrevue (Monatsch. für Ohrenheilkunde, 1897, n° 2, p. 49).

La lecture d'une observation des Arch. für Ohren. (t. 37, p. 296), laisse également l'impression que le chirurgien aurait pu s'éviter la peine de lier la veine jugulaire au niveau de son bulbe, ce qui n'est pas facile, en conservant dans le sinus un caillot qui semblait bien toléré. Il s'agit d'une enfant de quinze ans atteinte de mastoïdite chronique et de phlébite de la jugulaire. Le 2 janvier, on trépane la mastoïde, on enlève les fongosités et le pus et on ouvre le sinus thrombosé : le thrombus était rouge brun. Au milieu de janvier, la fièvre se prolongeant, et un cordon de quatre à cinq centimètres de longueur étant senti au niveau de la portion moyenne de la jugulaire, on fait une incision et on évacue un abcès. La jugulaire pleine de masses putrides est ouverte en bas, jusqu'au point où apparaît un thrombus organisé. Elle est liée en haut au niveau de son bulbe. La plaie du cou et de la mastoïde a bien guéri, l'oreille a continué de suppurer.

COMPLICATIONS DE LA RÉGION MASTOÏDIENNE

La région mastoïdienne est le lieu d'élection des complications de l'otite moyenne suppurée, et, on peut dire aussi le centre d'un grand nombre de complications périauriculaires.

L'examen de cette région s'impose *dans tous les cas d'inflammation de l'oreille moyenne*. Mais il faut savoir faire cet examen ; car les lésions profondes les plus graves ne s'accompagnent pas toujours des signes extérieurs les plus manifestes.

On explore la mastoïde à la vue, à la palpation, à la pression, à la percussion et à l'auscultation.

Les quatre signes cardinaux de l'inflammation se rencontrent dans les infections de la région mastoïdienne, mais à des degrés très divers.

Dans certains cas, la tuméfaction rétroauriculaire est considérable et les déformations de la région mastoïdienne sautent aux yeux. Le sillon rétroauriculaire est comblé, effacé et remplacé quelquefois par un bourrelet saillant. Le pavillon de l'oreille abaissé et écarté du crâne est projeté en bas et en dehors, et l'inégale position des deux pavillons auriculaires rend évidente l'asymétrie de la face (fig. 71) ; celle-ci peut même attirer l'attention du malade. Un militaire nous a déclaré s'être présenté à la visite du médecin parce que la déviation de son pavillon de l'oreille, reconnue dans une glace, l'avait frappé et inquiété. La déformation est toujours plus appréciable en arrière qu'en avant ; et nous conseillons de se placer à quelques pas derrière la tête du malade pour rechercher l'asymétrie des deux pavillons. Le plus léger abaissement ne peut alors échapper.