

une décision prompte, car l'arachnitis vient très vite terminer cette forme de thrombose.

L... Pierre, domestique, soldat au 24^e de ligne, âgé de 24 ans. Entré à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 23 juillet 1894. Décédé le 2 août.
Ant. héréd. : Nuls.

Ant. pers. : A l'âge de 7 ans, sans cause connue, otite moyenne droite dont les symptômes : douleurs, diminution de l'acuité auditive, bourdonnements et écoulement purulent, se sont prolongés pendant toute une année. Au bout de l'année, tous les symptômes ont disparu ; et il n'est resté de l'otite qu'une diminution très marquée de l'audition à droite. Jamais, jusqu'à la maladie actuelle, le malade n'a eu à souffrir de l'oreille. Bien que sujet aux coryzas, il n'a jamais senti reparaitre ni les douleurs ni l'écoulement.

Histoire de la maladie. — Aux environs du 20 juin, à la suite d'un coryza, L... Pierre ressentit dans l'oreille droite une légère douleur comparable à celle d'une piqûre. Cette douleur intermittente ne gênait pas beaucoup le malade. Deux jours plus tard, un écoulement séropurulent jaune clair peu abondant se déclare par le conduit auditif. A ce moment pas de perte de l'appétit, pas de symptômes généraux. Le malade ne juge même pas utile de se présenter au médecin du corps, et continue de faire son service. Les symptômes persistent avec les mêmes caractères jusqu'au 21 juillet. A cette époque, l'écoulement s'arrête, et en même temps apparaît un gonflement diffus au-dessous et un peu en avant de l'oreille. Les douleurs auriculaires deviennent très vives. Elles irradient dans la fosse temporale et le long de la branche montante du maxillaire inférieur. En même temps, le malade ressent dans toute la tête une céphalée lourde comparable à celle que déterminerait un casque pesant. Cette douleur prédomine du côté droit.

Ces divers symptômes s'accroissent très rapidement ; les maux de tête deviennent intolérables, semblables parfois à des coups de couteau ; des bourdonnements apparaissent dans O. D. ; l'écoulement, qui s'était tari pendant 2 jours, reparait ; l'état général s'altère ; faiblesse au point de ne pouvoir se tenir debout ; sensation de brisement dans les jambes et les reins, fièvre, insomnie, perte de l'appétit ; plusieurs petits frissons ; c'est dans ces conditions que L... nous est envoyé.

Examen à l'hôpital. — (Mardi matin 24 juillet). Malgré une forte fièvre, 39°3, le malade répond très bien à toutes les questions ; l'intelligence et la mémoire sont intactes. L... se plaint d'une douleur lancinante peu intense au fond de l'oreille, mais surtout de maux de tête ;

ceux-ci continus, violents, au point d'empêcher le sommeil, prédominant du côté droit de la tête et sont surtout marqués au niveau de la fosse temporale ; le malade les compare à des coups de couteau. Pas de douleurs spontanées au niveau de l'apophyse mastoïde. L'écoulement est peu abondant, séro-purulent. L'acuité auditive est très abaissée, la montre est entendue à 0^m02 du pavillon. L'examen des divers secteurs périauriculaires ne révèle qu'un peu de tuméfaction au-dessous de l'oreille dans la partie supérieure de la région carotidienne. Le sillon rétro-maxillaire est effacé par un empatement dans lequel on sent quelques ganglions hypertrophiés. La région mastoïdienne est normale, sauf un peu d'hyperesthésie à la pression.

Le conduit auditif n'est pas rétréci ; la membrane du tympan est recouverte de concrétions purulentes et présente à sa partie postéro-inférieure une large perforation à travers laquelle on voit des dépôts de pus jaunâtre.

Le malade n'est pas trop abattu, facies bon, inappétence ; insomnie causée par la céphalée ; pas de troubles nerveux ; mémoire, intelligence, faculté de parler, de lire, d'écrire conservées ; plusieurs petits frissons la veille de l'entrée.

En somme, situation grave : l'intensité de la céphalalgie, l'hyperthermie, les petits frissons, le gonflement rétro-maxillaire nous font craindre une thrombose du sinus latéral. Les symptômes généraux étaient trop accentués, et il y avait trop peu de signes pathologiques du côté de la mastoïde, pour qu'on crût à une lésion mastoïdienne.

Cependant, l'ouverture de la mastoïde nous sembla indiquée, et elle fut pratiquée dès le lendemain. L'apophyse était petite et scléreuse. On ne constata qu'un peu d'épaississement du périoste et un peu de rougeur du tissu osseux. Nous eûmes beaucoup de peine à découvrir l'antre qui était petit et qui ne contenait rien d'appréciable ; nous avons été frappés, les aides et moi, de la grande quantité de sang perdue par le sujet au cours de l'opération ; l'hémostase fut des plus difficiles et l'hémorragie se faisait aussi bien par le tissu osseux que les parties molles.

Trois heures après l'opération, le malade est pris d'un grand frisson qui le secoue de la tête aux pieds (T. 40°6) et est suivi d'un stade de chaleur auquel fait suite un troisième stade de sudation très abondante. La crise passée, L... déclare que les maux de tête ont diminué, et qu'il se sent mieux qu'avant l'opération.

Marche de la maladie. — Les 26 et 27 juillet, euphorie ; la température baisse, la céphalalgie s'atténue, mais l'amélioration n'est pas assez complète pour qu'on puisse espérer avoir atteint le foyer pathologique.

La douleur n'a pas complètement disparu ; le malade continue d'accuser une céphalalgie légère dans toute la partie droite de la tête avec prédominance au niveau de la région mastoïdienne et du vertex. L'appétit ne revient pas, la physionomie est abattue et l'aspect un peu somnolent ; cependant il n'y a pas eu de nouveaux frissons. Dans la nuit du 27 au 28 juillet, les douleurs sont plus vives dans la moitié droite de la tête.

Réfection du pansement le 28 juillet ; la gaze est aussi sèche qu'au moment où elle a été placée ; pas une goutte de sérosité ne l'a imprégnée ; pas d'œdème des lèvres de la plaie. Il faut une pression mastoïdienne énergique pour réveiller un peu de douleur. L'empâtement qui existait dans le secteur sous-auriculaire a disparu. Le conduit auditif externe est sec.

Le 29 juillet, vers midi, se déclare la crise que nous redoutions (T. 39°0) ; L... est pris d'une violente céphalée droite, plus intense en arrière, au voisinage de la ligne médiane, entre le vertex et la protubérance occipitale externe, et d'autre part en avant au niveau de l'arcade sourcilière droite ; cette douleur se composait de lancées semblables à autant de coups de couteau et s'ajoutait à une douleur sourde constante. Elle s'accompagnait de sensations de picotements et de larmoiement de l'œil droit ; elle était si intense que le malade, absorbé par elle, n'a pu causer à ses camarades venus pour prendre de ses nouvelles. Cependant, elle s'est un peu atténuée dans la soirée ; et pendant la nuit elle a été relativement supportable, tout en empêchant le sommeil.

Le 30 juillet, nous trouvons, au moment de notre visite, L... très abattu ; et, nouveau symptôme qui confirme notre diagnostic, la peau a une teinte subictérique, T. 39°2.

Nous nous décidons cette fois à ouvrir le sinus latéral. Notre malade endormi, nous mettons facilement à nu, à travers la brèche mastoïdienne déjà faite, la paroi externe du canal veineux : elle est pulpeuse et grisâtre. Nous pénétrons sans difficulté dans la lumière du canal, d'où nous extrayons avec une pince un fragment de caillot jaunâtre. Pas d'hémorragie, une mèche de gaze iodoformée est introduite dans le sinus.

L'intervention n'eut aucun effet sur la marche des accidents. Le soir, T. 39°3, P. 98.

La nuit est très mauvaise, agitation constante, mouvements incessants, le malade ne fait que se remuer dans son lit ; ses douleurs de tête sont très vives, surtout au niveau du vertex.

Le lendemain, c'est-à-dire le 31 juillet, l'état du malade s'est beaucoup aggravé. L... est abattu, indifférent à tout, ne répond aux questions que pressé par la voix. Agitation sans délire, pas de frissons, la

teinte des téguments est jaune clair ; la conjonctive et la muqueuse linguale sont subictériques ; la respiration se fait par grandes inspirations suivies de longues expirations. Mais les mouvements respiratoires sont semblables les uns aux autres en durée et en intensité ; il n'y a pas de tendance au type Cheyne-Stokes. Auscultation négative ; pouls régulier, facilement dépressible (70 P.) Anorexie complète, langue sèche, constipation ; le foie hypertrophié, douloureux avec un point maximum de sensibilité au niveau de la vésicule biliaire, déborde les fausses côtes de 0^m03 et a une hauteur de 0,11 à 0,12 centimètres sur la région mamelonnaire. La rate n'est perçue ni à la palpation ni à la percussion. Les urines sont de couleur acajou clair. L'acide azotique y dénonce la présence de pigments biliaires ; la chaleur et l'acide acétique, celle d'une quantité notable d'albumine, T 39°1.

L'aggravation s'accroît le 1^{er} août : le pouls diminue de fréquence, bien que la température reste élevée (60 P. mou et dépressible). Le malade est plongé dans une demi-torpeur, d'où on a de la peine à le tirer. La céphalée très vive, lancinante, généralisée maintenant à toute la tête, mais plus marquée au niveau des bosses frontales, s'accompagne de sensations douloureuses dans les yeux ; anéantissement général.

Pas de douleur au niveau de l'apophyse mastoïde ou dans l'oreille ; insomnie, anorexie absolue, selles décolorées et argileuses ; plusieurs vomissements de liquide jaune verdâtre. Pressé par nos questions sur l'existence de points douloureux, le malade déclare souffrir des lombes et des mollets, surtout du gauche. A l'angle inférieur du losange poplité gauche, existe en effet un empâtement douloureux du tissu cellulaire, avec rougeur de la peau, qui marque le siège d'un abcès métastatique. Rien d'appréciable aux lombes. Quelques gouttes de sang extraites d'un doigt et ayant servi à ensemercer deux tubes de bouillon n'ont pas donné de culture fertile.

A 4 heures du soir, l'état du malade devient plus inquiétant : il ressent dans toute la tête des douleurs atroces qu'il compare à des coups de marteau ; ces douleurs sont intolérables et le mettent dans une agitation extrême ; il se remue dans son lit, change à chaque instant de position, s'accroche aux barreaux du lit, pousse des gémissements, demande à être soulagé. La morphine est sans effet. L'examen ophtalmoscopique avait permis de constater une congestion de la papille et une turgescence des veines.

L'agitation a été la même pendant toute la nuit ; dans la matinée du 2 août, les douleurs de tête, nous dit le malade, augmentent encore ; une raideur tétanique de la nuque maintient la tête en extension forcée.

L... a conservé sa connaissance et la mémoire ; l'ictère a augmenté

d'intensité, pigment rouge brun dans l'urine, augmentation de l'albumine. Contrairement aux observations des jours précédents, la température a diminué et la fréquence du pouls s'est élevée (T. 37°5, P. 100).

A partir de huit heures et demie, les accidents se précipitent : l'intelligence se perd, une dyspnée violente se déclare, les mictions sont involontaires ; puis survient le coma et le malade meurt à onze heures et demie du matin.

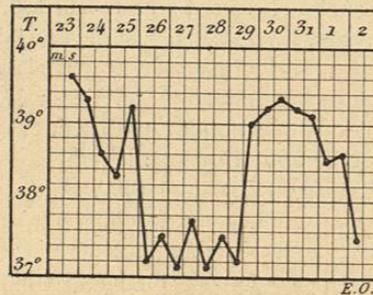


Fig. 94.

Autopsie. — Cerveau. — Dilatation notable des veines de la surface du cerveau ; à peine la dure-mère recouvrant l'hémisphère droit est-elle ouverte que du pus s'écoule abondamment ; la cavité droite de l'arachnoïde est le siège d'un épanchement suppuré, liquide, jaunâtre, bien lié. La nappe purulente s'étend de la faux du cerveau jusqu'au bulbe, et de l'extrémité antérieure du lobe frontal jusqu'à la tente du cervelet. A gauche, on voit un commencement d'infiltration séro-purulente de la dure-mère ; il est plus marqué entre les circonvolutions et à la partie supérieure de l'hémisphère dans une étendue de 3 centimètres. A la coupe du cerveau : injection de toute la substance encéphalique, et infiltration purulente du tiers postérieur de la deuxième circonvolution temporo-occipitale droite ; à ce niveau teinte jaunâtre du cerveau sur une surface de deux centimètres carrés environ, et sur une profondeur de un centimètre. Cette infiltration purulente, que la rapidité de l'évolution de la maladie n'avait pas eu le temps de transformer en cavité abcédée, correspondait exactement à une carie du toit de l'antre, mais en était séparée par une dure-mère en apparence normale sans épaissement et sans changement de coloration.

Les sinus étaient sains, à l'exception de la portion sigmoïde du sinus latéral dont les parois très dures, épaisses et blanches, contenaient des noyaux d'induration au niveau du golfe de la jugulaire. Sur la face

externe du sinus, on retrouve l'ouverture d'un centimètre environ, faite pendant la vie. La surface interne du sinus est rouge, irrégulière, rugueuse. Un caillot fragmenté auquel manque la partie enlevée au moment de l'opération emplit la lumière du vaisseau sur une étendue de deux centimètres environ. Il est jaunâtre, fibrino-purulent et un peu mou sans être diffluent, puisque nous pouvons l'extraire avec des pinces.

Les parois de la jugulaire sont épaissies. Pas de thromboses.

Poumons. — A droite, adhérences anciennes et récentes des plèvres pariétale et viscérale et interlobaire.

Les adhérences fibreuses anciennes existent surtout sur le diaphragme ; le tissu pulmonaire se déchire en les voulant rompre.

En certains points de la plèvre viscérale, et surtout entre les lobes, on trouve un exsudat transparent de couleur jaune citron. Cette coloration se retrouve avec le même exsudat transparent entre les deux lobes du poumon gauche. Les poumons eux-mêmes ne présentent pas de lésions ni anciennes, ni récentes. On trouve seulement beaucoup de spume dans les bronches.

Péricarde, cœur, gros vaisseaux. — Rien de bien spécial. Le cœur pèse 395 gr. ; au niveau de la face postérieure du ventricule droit une tache laiteuse de la largeur d'une pièce de vingt centimes.

Foie. — Il pèse 1750 gr. C'est un foie gras et dont la coupe présente l'aspect typique du foie muscade. Pas de trace d'abcès ; adhérences anciennes de la capsule avec le diaphragme. La vésicule biliaire est pleine ; on n'y sent aucun calcul.

Après ouverture du duodénum, on ne peut par pression faire sourdre la bile au niveau de l'orifice du canal cholédoque, lequel est du reste libre de tout calcul. La veine porte est saine.

Rate. — Poids 220 gr. se déchire en la voulant extraire ; diffluence.

Rein droit. — Poids 210 gr., La capsule se détache facilement. Les étoiles de Verheyen sont très apparentes. La substance corticale est augmentée d'épaisseur.

Rein gauche. — Poids 180 gr., rien de particulier.

Au niveau du mollet gauche existe un peu en dehors de la ligne médiane une tuméfaction qui incisée montre au-dessous de l'aponévrose jambière un œdème gélatineux, transparent, de couleur jaune citron, entourant le nerf saphène externe. Dans le jumeau externe, infiltration purulente et collection de sérosité louche. Le pus est gris rougeâtre, séreux, sans odeur spéciale. La saphène externe est saine.

On a cherché à faire le diagnostic différentiel de la thrombose suppurée des différents sinus. Ce que nous venons de dire se rapporte surtout à la phlébite de la portion sigmoïde du sinus trans-

verse, plus ou moins étendue à la portion horizontale du sinus.

On ne connaît pas de signes propres à la thrombose des sinus pétreux supérieur et inférieur. On admet seulement que l'inflammation de ces sinus s'accompagne rarement d'accidents pyohémiques à distance, et se traduit de préférence par la forme méningée des thromboses crâniennes. Encore l'inflammation du sinus pétreux inférieur, qui communique avec la veine jugulaire interne, produit-elle dans le tiers des cas des métastases pulmonaires.

Il n'y a que la thrombose du sinus caverneux qui ait des caractères cliniques pathognomoniques, parce que l'obstruction du sinus qui reçoit la veine ophtalmique détermine un œdème palpébral et rétro-oculaire. Mais combien rare la thrombose du sinus caverneux ! Et encore est-elle presque toujours secondaire. En voici deux exemples :

I. — Chez un homme de 35 ans, porteur depuis de longues années d'une otorrhée droite et qui présentait tous les signes d'une propagation à l'encéphale, le signe clinique qui frappait immédiatement était une énorme protrusion des deux globes oculaires. On eût dit deux yeux repoussés en dehors par des sarcômes de l'orbite : les paupières étaient engorgées, et la droite en état de ptosis. Pas de strabisme. Névrite optique bien marquée. A la racine du nez, une petite veine thrombosée se décelait par la présence d'un cordon dur et d'une petite traînée rouge. Un peu plus tard, il y eut de la suppuration des veines frontales, et un peu de pus s'échappa par le canthus interne. Le malade et son entourage avaient, dès le début, refusé toute opération (Marmadueke Sheild, Arch. of. ot., vol. XXI, n° 3).

II. — Une enfant de 11 ans atteinte d'otorrhée gauche chronique présentait, avec de graves accidents endocrâniens, un léger œdème de tout le côté gauche de la face, et surtout un œdème considérable de la paupière gauche. A l'autopsie, les sinus sont trouvés remplis de pus, surtout le sinus latéral, le sinus pétreux supérieur, et le sinus caverneux (Obs. de Lefur. Bul. Soc. An. 1895).

Méningite suppurée aiguë. — La méningite suppurée d'origine otique, ou l'otoméningite, est probablement beaucoup plus fréquente que les traités d'otologie ne le font supposer. Il doit y avoir bien des méningites dont l'origine auriculaire passe inaperçue, faute d'un examen des oreilles. L'exploration méthodique de

l'oreille est de rigueur dans les cas où la cause de l'inflammation des méninges n'est pas nettement évidente ; car l'appareil de l'audition est la voie la mieux disposée pour le transport des germes septiques. Il ne faut même pas se borner à chercher la présence du pus dans le conduit auditif : l'emploi du spéculum est nécessaire, et l'exploration du tympan indispensable : il peut y avoir rétention de pus dans la caisse sans perforation du tympan.

L'otoméningite n'a pas de symptômes spéciaux. L'infection suppurée des méninges se caractérise toujours par les mêmes symptômes, quelle que soit sa cause. Aussi nous dispenserons-nous de faire l'analyse des manifestations cliniques de cette complication ; et ne ferons-nous que rappeler les principaux traits distinctifs de l'état des malades atteints de méningite suppurée. Toujours agité dans son lit, se tournant et retournant, la face pâle et les traits contractés, les yeux à demi clos par crainte de la lumière, le sujet se plaint d'une céphalalgie atroce étendue à toute la tête, avec une zone plus douloureuse dans la région temporo-frontale. Il pousse parfois des cris aigus, arrachés par la violence des souffrances. Impossible de trouver un moment de repos : la douleur est encore plus vive la nuit que le jour. L'intelligence est égarée ; paroles incohérentes, quelquefois agitation et délire nécessitant l'emploi de moyens coercitifs.

La peau est sèche et brûlante : la température monte à 40 et 41°. Le pouls est rare, mais plein et régulier, contrastant avec l'élévation de la température. La nuque est raide comme du bois. Les pupilles sont inégales ; un des yeux peut présenter du strabisme ; quelquefois des vomissements.

Cette première période d'excitation dure quelques jours ; puis les centres nerveux se paralysent : l'agitation fait place à la somnolence ; il n'y a plus que quelques mouvements des mains ou des doigts ; un segment de membre, ou un côté du corps peut être paralysé. L'intelligence est éteinte ; le malade ne sort plus de son sommeil qu'à l'appel de son nom ; les sphincters se relâchent ; l'émission des urines ou des matières fécales est involontaire. Le pouls et les mouvements respiratoires sont fréquents, inégaux et irréguliers. Le type respiratoire de Cheyne-Stokes apparaît.

Enfin viennent le coma, quelquefois la cyanose de la face et des

extrémités, puis la mort. Dans les derniers instants, la température peut monter à 41°, et le pouls battre à 120, 150 ou 160, ou même être incomptable.

La durée totale de l'affection est en moyenne d'une dizaine de jours. Elle a parfois une marche foudroyante comme dans le cas d'un malade de Broca qui se sentit le matin un peu mal à l'aise, la tête lourde et la langue pâteuse, et tomba brusquement le soir, entre 4 et 5 heures, dans le coma où il resta trois jours. Mais elle peut se prolonger deux, trois et même six semaines, si l'on fait remonter son début aux premiers maux de tête violents.

Tels sont les grands traits de la méningite généralisée : une exaltation de toutes les facultés psychiques, motrices et sensibles, à laquelle font promptement suite la dépression, l'anéantissement, la paralysie générale du sujet ; et cela, sans grands frissons, avec une élévation de température permanente.

Il ne faut pas se laisser induire en erreur par quelques signes d'excitation ou de paralysies partielles, tels que convulsions limitées, ptosis, strabisme ou monoplégies. Ce ne sont que des phénomènes locaux consécutifs à l'altération de quelques cellules corticales par des exsudats disséminés. De même une paralysie faciale peut faire partie du syndrome de la méningite et perdre la signification symptomatique que nous lui avons reconnue dans les abcès temporaux ou cérébelleux. Si elle n'est pas alors le résultat d'un exsudat basilaire, elle est produite par cette périnévrine suppurée intra-pétreuse, à laquelle nous avons attribué, dans la pathogénie, le développement de la méningite.

Les leptoméningites partielles n'ont pas encore assez attiré l'attention pour qu'on puisse en donner une description générale. Il nous a semblé qu'elles avaient été moins prévues que découvertes par hasard.

Chez un des malades de Mac-Ewen, l'abcès des méninges se présenta sous les apparences d'une tumeur cérébrale : maux de tête très violents, avec des périodes calmes de quelques jours pendant lesquelles le malade reprenait son travail ; quelques attaques de nerfs. Avant l'opération, activité cérébrale atténuée, mais intelligence conservée ; ni paralysie, ni rigidité dans les

membres inférieurs, bien que les mouvements musculaires fussent très limités ; congestion légère des papilles.

Les autres petits malades de Mac-Ewen avaient des signes de méningite généralisée et d'abcès cérébral. Ils étaient surtout déprimés et gémissants. Leurs observations sont purement objectives ; car le bas âge des malades ne permettait l'exploration ni des facultés intellectuelles ni de la sensibilité.

La lepto-méningite des fosses cérébelleuses s'est manifestée chez un de nos malades par de la somnolence, *des mouvements incessants des doigts*, une parésie des membres inférieurs, l'émission involontaire des urines, et dans les derniers instants de la vie par une excessive température, 42°.

Stewart a publié un fait de leptoméningite cérébelleuse, d'autant plus intéressant que la trépanation a été suivie de succès. Un garçon de 12 ans fut admis à l'hôpital le 15 avril 1893. La mère déclara qu'il avait eu un écoulement de l'oreille droite qui avait duré un mois. Puis, après cette période, tout écoulement avait cessé et en même temps l'enfant avait perdu connaissance. Au bout de ce temps, il s'était remis un peu ; et la mère venait réclamer des soins pour le malade. Celui-ci est hébété, reste indifférent à tout. Pas d'écoulement, aucune sensibilité de l'apophyse mastoïde. La tête est légèrement rétractée. T. 37°,2 ; P. 120. Constipation. Rien à l'examen ophtalmoscopique. Le 19 avril, l'état, qui s'était graduellement aggravé, était devenu le suivant : tête extrêmement rétractée, l'occiput touchant presque le dos ; elle est fixée dans cette position ; et l'enfant pousse des cris, lorsqu'on tente de la faire mouvoir. Apathie complète, refus de tout aliment. Pupilles dilatées, mais égales. Réflexes rotuliens normaux. T. 37°,2. — Comme l'état empirait, on se décida à explorer la région cérébelleuse. L'enfant endormi au chloroforme, les tissus furent incisés en lambeau demi-circulaire antérieur et une couronne de trépan de 2 centimètres fut appliquée sur un point situé à 5 centimètres en arrière du centre du méat de l'os et à 2 centimètres et demi au-dessous de la ligne de la base de Reid. Le disque d'os enlevé, on ne trouva aucune procidence des membranes. On incisa néanmoins la dure-mère. L'ouverture donna

issue à deux cuillerées de pus environ. La cavité fut soigneusement lavée à l'acide borique, on mit un tube de drainage et on ferma la plaie. Le soir, la température fut de 37°8. Le cou était moins rigide. Deux jours après l'amélioration commençait et un mois après l'opération, l'enfant sortait guéri de l'hôpital.

Le Dr Stewart fait remarquer la difficulté du diagnostic, par l'absence de plusieurs symptômes de la méningite suppurée. La rétraction de la tête indiquait clairement de l'irritation dans la région du cervelet, le pouls rapide était en faveur d'une méningite; mais la constipation et la somnolence sont des symptômes communs aux abcès cérébraux, à ceux du cervelet et à la méningite. La température n'était que légèrement au-dessus de la normale. La respiration n'était pas augmentée. Enfin, on n'avait pu noter ni paralysie, ni mouvements convulsifs (In Ann. Mal. oreill., 1895).

La méningite primitive est toujours précédée de quelques maux, d'un peu de céphalgie ou de douleurs périauriculaires; et cela dans les cas les plus aigus. Ainsi, le malade qui fait l'objet de l'observation suivante ressentit, huit jours avant la confirmation du diagnostic, de violentes douleurs dans la région temporo-pariétale correspondante à l'oreille malade. On verra que nous avions le pressentiment d'une grave complication sans pouvoir affirmer les caractères qu'elle prendrait.

Le nommé D..., âgé de 24 ans, avait eu, en 1889, une otite moyenne catarrhale droite, à la suite d'une angine. L'écoulement avait été très faible et de très courte durée, et l'affection avait à peine laissé trace dans la mémoire du malade.

Le 16 juin 1893, c'est-à-dire 4 ans après cette légère atteinte de l'oreille, D... ressentit subitement une douleur violente et lancinante dans la partie profonde de l'oreille droite. La douleur, en se prolongeant, irradiait en arrière vers l'apophyse mastoïde et en avant dans les régions parotidienne et frontale. Elle se maintint les jours suivants avec la même intensité, et au point de priver le malade de sommeil.

Le 23 juin, quand D... entra dans notre service, la douleur ne s'était pas calmée; mais il conservait toutes les apparences de l'excellente santé: robuste, bien musclé, mangeant, se levant et causant avec ses camarades.

Avec cette douleur irradiée, existait une sensation de tension dans toute la moitié gauche de la tête et des bourdonnements analogues tantôt à un souffle, tantôt à un bruit de cloches, sans vertiges ni étourdissements. La sensibilité de l'ouïe était très diminuée et la montre perçue au contact seulement.

Le pavillon de l'oreille était souple, le conduit externe ne contenait pas trace d'écoulement. Sur le tympan on voyait une large perforation, occupant la partie inférieure de la membrane, aux bords déchiquetés, grisâtres, sans rougeur. La muqueuse de la caisse se montrait avec une teinte vineuse.

Rien à l'apophyse mastoïde, rien dans les fosses nasales, un peu de rougeur du pharynx. Pas de température. La différence existant entre l'intensité de la douleur et la sécheresse de la caisse, nous fit craindre dès les premiers jours qu'il ne se passât quelque phénomène inflammatoire du côté de l'os.

Je surveillais le malade, essayant de le calmer avec de l'antipyrine et du bromure de potassium, lorsque, dans la soirée du 27 juin, c'est-à-dire dix jours après la première atteinte, D... me déclara que sa douleur s'exagérait de plus en plus, que sa tête semblait s'ouvrir. Il était à ce moment très agité, marchait pour « échapper au mal », disait-il, et soutenait sa tête entre ses mains. La fièvre venait de s'installer, il avait 40°. Toute la nuit il délira.

Le 28 au matin, je le trouvai dans la somnolence, la face pâle, les yeux fermés, le visage couvert de sueurs, les mâchoires fortement serrées; par intervalle, le malade avait une crise d'agitation pendant laquelle il essayait de se jeter hors de son lit. Les sphincters vésical et anal étaient paralysés. Les pupilles étaient petites, égales, insensibles à la lumière. Les papilles étaient injectées et les veines du fond de l'œil turgescentes; pouls plein, 90. T. 40°.

A trois heures du soir, les périodes de somnolence augmentent de longueur; dilatation irrégulière des pupilles, la droite plus grande que la gauche; R. 28; P. 90; T. 40°.

Quoique le diagnostic ne soit guère hésitant: leptoméningite suppurée et généralisée, nous ne voulons pas refuser au malade la dernière chance de salut qui lui reste.

A 3 heures et demie du soir, nous trépanons l'écaille du temporal au-dessus du conduit auditif.

La dure-mère a sa teinte bleuâtre; elle est très tendue, et le doigt qui la déprime est soulevé par de forts battements isochrones au pouls. Incision verticale de la dure-mère et hernie cérébrale immédiate; le cerveau est injecté et diminué de consistance au point que le seul toucher digital le réduit en une bouillie qui sort par le trou du trépan.