

Avec la sonde cannelée recourbée, nous décollons en bas la dure-mère et pénétrons facilement sur la partie supérieure du rocher, mais nos recherches restent sans résultat.

Avec un trocart mousse que nous enfonçons transversalement de 3 centimètres dans la substance cérébrale, nous explorons le lobe temporal, et nous ne trouvons aucune gouttelette purulente.

Nous refermons la plaie après suture de la dure-mère et placement d'un petit drain.

La nuit suivante, notre malade fut très agité; les infirmiers qui le surveillaient remarquèrent que les mouvements du membre supérieur droit étaient moins forts que ceux du membre gauche et ceux des deux jambes.

Le 29 juin, à huit heures du matin, l'agitation continue; le malade ouvre les yeux, mais son regard fixe semble ne rien percevoir; pouls petit, filant 130; R. 40; T. 40. Jusqu'à 3 heures du soir, même agitation; à 4 h. 35, coma, stertor, et mort.

Voici le résultat de l'autopsie.

Congestion veineuse et artérielle de toute la surface supérieure du cerveau; les veines ont le volume d'une radiale; de la sérosité purulente entoure les vaisseaux qui montent à droite et à gauche dans le sillon de Rolando,

A la base, même sérosité dans la scissure longitudinale, autour du chiasma du nerf optique, de la protubérance annulaire et du bulbe; dissémination de quelques plaques d'exsudats fibrineux verdâtres.

Le cervelet est entouré d'une nappe purulente verdâtre, mais le liquide purulent est surtout accumulé à droite du trou occipital, près de la pointe du rocher, autour des nerfs auditif et facial. Les coupes du cerveau, suivant la méthode de Pitres, nous ont montré une injection de la masse encéphalique; pas d'épanchement intra-ventriculaire et pas d'abcès cérébral.

Les sinus pétreux supérieur droit et coronaire sont le siège de caillots allongés, mous, grisâtres, que nous avons remis à un histologiste et dont l'examen histologique a montré des globules blancs sans microbes.

De même a été examinée la sérosité purulente de la base du crâne. Elle ne contenait pas de germes septiques.

A l'examen des os du crâne, après avoir enlevé la dure-mère, nous avons trouvé sur la partie du rocher correspondant au toit de la caisse une plaque d'ostéite caractérisée par une teinte sombre, ardoisée, presque noire, large comme une pièce de 0 fr. 20, et qui se serait, croyons-nous, perforée si le temps l'avait permis.

Les prodromes de l'oto-méningite sont quelquefois plus nombreux et de plus longue durée que les précédents. Certains malades vomissent, ont de la constipation, sont très abattus; d'autres ont des vertiges ou des troubles psychiques.

N'y aurait-il pas à tenir compte de ces symptômes vagues, de ces douleurs qui sont les précurseurs de la méningite? Un chirurgien qui aurait assez de force de conviction pour imposer au malade une large ouverture des cavités de l'oreille moyenne et le débridement des méninges, dès l'apparition de ces signes dont on comprend trop tard l'importance, empêcherait peut-être le développement ou la généralisation de la méningite et sauverait l'existence du malade. Que de péritonites généralisées ont déjà été évitées par une prompte laparotomie! Que de méningites seraient peut-être conjurées par une hâtive incision des méninges avec attico-antrotomie. Il y a déjà des faits qui semblent prouver l'enraiment d'une méningite diffuse par l'ouverture immédiate du foyer infectieux. Broca a rapporté les principaux dans son traité de chirurgie cérébrale. On objectera que les soi-disant méningites guéries sont des pseudo-méningites ou des cas de « méningisme ». On peut tout dire en matière d'interprétation; mais pratiquement, les faits restent acquis: le débridement des méninges a été suivi plusieurs fois de guérison.

Exemples :

Chez un enfant de 11 ans qui avait subi l'extraction du marteau et l'enlèvement de la paroi externe de l'attique, des symptômes méningés se manifestent quelques jours après l'opération. Nouvelle intervention: ouverture large de l'apophyse mastoïde et de la caisse, résection de la partie supérieure de l'antre, soulèvement de la dure-mère au-dessus du tegmen. La dure-mère très tendue bombe dans l'orifice de trépanation; on l'incise; on incise le cerveau sans trouver d'abcès. Pendant le traitement consécutif, apparition d'un prolapsus cérébral, aphasie passagère. Guérison au bout de 11 mois. Joël (Gotha) qui a présenté cette observation à la Soc. Allem. d'Otologie (12-14 mai 1894), est d'avis qu'il s'agissait d'une lepto-méningite non suppurée.

Black a cité le cas d'un homme de 22 ans présentant des troubles méningés consécutifs à une otite moyenne ancienne. La trépanation de l'antre échoue; quelques jours après, on incise les méninges et le cer-

veau, on ne trouve rien. La guérison s'ensuivit pourtant, bien qu'il y ait eu de la névrite optique (Lancet, 1887, t. I, f. 474).

On n'a pas trouvé de pus dans ces cas, mais c'est la garantie du succès. Il faut inciser avant la formation des exsudats purulents.

Nous nous sommes précisément efforcé d'établir, dans le chapitre de l'anatomie-pathologique, que les infections otitiques des méninges partaient de la base du rocher; quoi de plus rationnel alors que d'essayer de drainer au dehors les germes septiques pour empêcher leur culture dans la sérosité endocrânienne.

Un seul mot sur la ponction lombaire de la moelle que quelques chirurgiens ont voulu faire servir au diagnostic de l'otoméningite dans les cas douteux.

Nous n'en voyons nullement l'utilité; hésite-t-on entre les diagnostics d'abcès cérébral et d'otoméningite, mieux vaut ouvrir le crâne et ponctionner le cerveau que faire une piqûre à la région dorsale. Le malade a tout à gagner de l'intervention crânienne et n'y peut rien perdre.

Méningite chronique. — En traversant un jour l'amphithéâtre du Val-de-Grâce, nous nous sommes arrêté devant un cadavre dont on venait de faire l'autopsie. Le crâne était ouvert et présentait des traits de fractures multiples; mais ce qui nous frappa surtout, ce fut une large perte de substance au niveau de la partie sus-antrale de la face supérieure du rocher. L'os était nécrosé et l'oreille moyenne que nous avons immédiatement examinée n'avait plus d'osselets.

Nous sommes allé demander à celui de nos collègues chargé de l'autopsie quelques renseignements sur les causes du décès; et nous avons appris qu'il s'agissait d'un aliéné qui s'était jeté par une des fenêtres du deuxième étage de l'hôpital. Malheureusement l'observation clinique était un peu écourtée, et le malade avait été considéré comme un mélancolique avec des violences passagères de caractère.

Quoique cela, nous conservâmes l'impression que l'infection

chronique de l'oreille moyenne ne devait pas être étrangère au trouble mental du sujet. Les pachyméningites chroniques ont en général des causes si difficiles à saisir qu'on peut bien admettre, dans leur nombre, une ostéite otitique de la paroi supérieure du rocher.

Les recherches que nous avons faites ultérieurement ont confirmé cette opinion.

On trouve dans la thèse de Prompt (Paris, 1870, page 68) une très longue et très complète observation de Pagenstecher qui se rapporte à un négociant de 40 ans atteint d'otorrhée purulente droite depuis l'enfance. Pendant les vingt dernières années, il a eu souvent de la céphalalgie. A 38 ans, le malade a eu des vertiges qui ont duré quatre semaines et qui ont cédé à des émissions sanguines. Ces vertiges cessaient quand le malade gardait le repos; ils augmentaient lorsqu'il faisait de l'exercice. Le malade avait l'habitude, même pendant les intervalles où la santé paraissait parfaite, de se tirer fortement les cheveux et de se frotter énergiquement la tête avec les mains. Souvent, dans une société joyeuse, on le voyait tomber dans la plus profonde rêverie, montrer beaucoup de distractions dans ses réponses, puis, de nouveau, prendre bientôt une part active à la conversation. L'état général semblait d'ailleurs excellent: l'intelligence et la mémoire ne laissaient rien à désirer. A 40 ans, le malade succombe à des accidents méningitiques qui durent un mois; on trouve à l'autopsie les lésions de la lepto-méningite suppurée; mais à côté de cela, la dure-mère présente des lésions chroniques qui ont une très grande importance dans l'explication des troubles cérébraux commencés deux ans avant la mort; la pachyméninge était partout adhérente aux os du crâne; dans certains endroits, cette adhérence était telle qu'on ne pouvait la détruire. L'épaisseur de la dure-mère était augmentée; et sur sa surface dépolie, on voyait plusieurs petites élevures plates, bien circonscrites, formées par du tissu connectif en voie de prolifération; à leur niveau la dure-mère était adhérente à la pie-mère.

Schiffers, de Liège, croit également que le catarrhe purulent de la caisse peut déterminer des troubles intellectuels sous la dépendance d'une méningite à forme chronique d'emblée. Il cite à l'appui

de son opinion une observation des plus intéressantes : il s'agissait d'une otorrhée dans le cours de laquelle on dut faire l'ouverture de l'apophyse mastoïde avec extraction de séquestres. Le malade, âgé de 66 ans, d'une intelligence ordinaire, était fondeur en cuivre. L'affection de l'oreille qui durait depuis longtemps avait été accompagnée de douleurs vives du côté malade (gauche) et, à un moment donné, d'une paralysie faciale qui s'était peu à peu dissipée. Les douleurs n'avaient guère cédé qu'après l'opération qui fut pratiquée au commencement du mois d'août 1882. C'est vers le 6 décembre de la même année que le malade présenta des troubles intellectuels avec phénomènes d'excitation et tendance au suicide. Quelques semaines avant, il était devenu triste, abattu, porté à la mélancolie ; après avoir vainement essayé de se détruire au moyen d'un rasoir, puis d'un pistolet, il s'était précipité un jour au bas des escaliers ; il eut une légère plaie de tête qui guérit en quinze jours. Le 8 janvier 1883, il parvint à échapper à la surveillance de sa famille, il alla se jeter sous les roues d'une charrette et succomba le 12 du mois à des lésions multiples des côtes et des poumons ; malheureusement l'autopsie n'a pu être faite, et on est réduit à des hypothèses sur la nature des lésions (Dr Schiffers, *des troubles psychiques en rapport avec les maladies de l'oreille*, Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège, 1884).

Le Dr Bjoljakow a présenté au Congrès des médecins russes à Moscou, 3-10 janvier 1890, un mémoire sur l'influence des affections de l'oreille sur le développement et la marche des maladies mentales. Nous n'avons pu nous procurer le texte du mémoire, mais nous donnons in extenso le compte-rendu fait par les Ann. des Mal. Oreil., 1891.

L'auteur a vu 24 cas d'aliénation mentale chez lesquels existait en même temps une inflammation suppurative de l'oreille moyenne et interne. Dans 17 de ces cas, l'existence de l'otite a pu être constatée à l'autopsie. Chez la plupart des malades observés, l'affection se montrait sous la forme d'hallucinations auditives ; dans la moitié des cas, ces hallucinations étaient unilatérales.

A noter aussi une observation lue par O'Carroli à l'Académie Royale d'Irlande (d'après Mal. Oreil., 1894, ou Bulletin méd.

n° 39, 17 mai 1893). Il s'agit d'un enfant de 10 ans à l'autopsie duquel l'auteur a constaté une pachyméningite qui avait eu son point de départ dans une otite. Le petit malade avait présenté des attaques épileptiformes limitées au côté gauche, et cela pendant neuf mois. Il mourut d'un érysipèle de la face. Pendant la vie, on n'avait rien tenté du côté des oreilles. A l'autopsie, on trouva la dure-mère de la région pariétale droite épaissie. Elle adhérait aux autres méninges et à la substance corticale ; elle était infiltrée d'une matière purulente d'origine ancienne. L'oreille moyenne était pleine de pus.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est que l'inflammation s'était localisée en un point des méninges sans se généraliser. Les crises épileptiformes devaient provenir des adhérences méningées à la surface du cerveau.

DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS ENDOCRANIENNES

Les descriptions qui précèdent sont des chapitres de pathologie ; mais la pathologie est un schéma dont la clinique s'écarte souvent.

1° Les traits principaux d'une complication endocrânienne peuvent s'effacer et se confondre avec ceux d'une autre complication endocrânienne.

La thrombose sinusienne est quelquefois difficile à distinguer de la leptoméningite suppurée.

La méningite suppurée peut donner lieu à des paralysies partielles qui font supposer l'existence d'un abcès cérébral. Le fait est arrivé à Broca : le petit malade, âgé de 11 ans et demi, atteint depuis trois mois de suppuration de la caisse droite sans lésion mastoïdienne, fut apporté à l'hôpital six jours après le début des accidents cérébraux : céphalalgie, constipation, vomissements, T. 40°, P. 80 irrégulier ; nuque raide et douloureuse, léger strabisme interne de l'œil gauche, hémiplégie survenue brusquement la sixième nuit ; paralysie faciale gauche, mydriase à droite. On trépane : pas d'abcès cérébral. Le malade meurt : méningite suppurée de la base, gagnant la région rolandique droite profondément ramollie.