

toujours très abondante. L'écoulement de l'oreille droite est presque tari, l'appétit revient, le malade se lève et dort mieux. Les signes de bronchite s'amendent notablement. Nous établissons la demande de congé de convalescence. Cependant, les forces sont longues à revenir ; l'amaigrissement et la pâleur sont très marqués, surtout lorsque le malade est debout.

A la fin du mois de février, nous apprenons que C... a eu quelques vomissements. Nous les attribuons aux potions kermésisées prescrites pour la bronchite. Mais le 2 mars, la scène change ; et le malade se plaint d'une céphalalgie violente, généralisée à toute la tête.

Les jours suivants, ce symptôme s'exagère : « J'ai bien mal », nous répétait C..., et, la main appuyée sur le front, il indiquait, par un mouvement de gauche à droite, la localisation de la céphalalgie.

Nous ne détaillerons pas journée par journée, parce que tous les jours se ressemblent, cette nouvelle phase de l'état de notre malade. Mais nous analyserons chacun des symptômes que nous notions avec soin pour essayer d'aboutir à un diagnostic auquel le traitement restait subordonné.

La céphalalgie était le fait capital. Elle était continue, avec des exacerbations nocturnes. Peu de sommeil ; et pendant la nuit, des plaintes et des cris. C... déclarait se sentir devenir fou.

Il reposait la tête des heures entières sur le marbre de sa table de nuit ou s'inondait le front de liquides froids.

La douleur avait une forme d'hémicrânie ; elle s'étendait depuis le

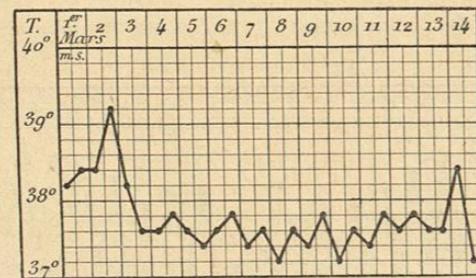


Fig. 94.

front jusqu'à l'occiput, en passant par le côté droit de la tête. Le côté gauche n'était pas douloureux.

Le maximum de la souffrance était cependant en avant.

Les vomissements, d'abord rares, devinrent plus fréquents ; et, vers

le 13 mars, le malade ne conservait pas même un cachet d'antipyrine.

Un mouvement de la tête, un changement de position les provoquaient. Pas de vertige ; pas de troubles pupillaires ; une légère congestion des veines de la rétine. Pas de paralysie.

Le pouls était l'objet de toute notre attention ; il était normal, plein, fort, régulier : 65, 70, 72 pulsations.

La respiration était normale ; les bronches s'étaient séchées ; l'expectoration avait cessé. Selles et miction régulières.

La température avait baissé, et le thermomètre oscillait matin et soir autour de 37°5.

Ce qui frappait surtout dans l'examen objectif, c'était la déchéance profonde de l'organisme ; l'émaciation s'accroissait et la physionomie prenait l'expression constante de la douleur.

On sentait la marche rapide de la neurasthénie, sans pourtant qu'aucun signe ne révélât une lésion locale.

Une seule pensée semblait survivre, celle du départ en congé de convalescence.

Évidemment, nous avions à faire à une complication cérébrale. Mais de quelle nature ?

Ce n'était certainement pas une méningite suppurée, parce que la température était trop peu élevée et qu'on n'avait jamais noté d'excitation cérébrale.

En raison des antécédents héréditaires et personnels du malade et de la bronchite récente, que quelques-uns de nos collègues n'étaient pas éloignés de rapporter à la tuberculose, l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse semblait très vraisemblable.

Nous ne la mettions en balance qu'avec celle d'un abcès extra-durémérien gauche, nous rappelant quelques observations antérieures de malades chez lesquels des fongosités développées entre la table interne du crâne et la dure-mère avaient déterminé, à la suite de mastoïdites suppurées, des douleurs de tête prolongées et très violentes, et dont l'ablation avait amené une guérison rapide et complète. On nous objectera que l'hémicrânie était à droite et que nous placions, d'après notre hypothèse, le siège de la lésion à gauche.

Mais nous devons reconnaître que nous ne tenions aucun compte de l'écoulement antérieur de l'oreille droite, qui avait disparu vers le 10 mars ; et nous savions que les phénomènes douloureux sont loin de répondre toujours au siège du foyer pathologique endocrânien.

Nous devons avouer aussi que nous n'étions guère porté à admettre un abcès encéphalique : d'abord, la suppuration auriculaire était récente et les collections purulentes du cerveau compliquent plus fréquemment les otites moyennes chroniques que les otites aiguës ; ensuite, le pouls

n'était pas ralenti; enfin, l'examen le plus attentif ne pouvait déceler un phénomène de compression localisée.

Le 17 mars, nous nous décidons à faire une nouvelle intervention dans la région mastoïdienne gauche et à explorer la face interne de la dure-mère, l'abcès extra-dure-mérien nous paraissant de plus en plus probable.

Nous ne faisons courir aucun danger au malade, s'il avait une méningite tuberculeuse, et nous le sauvions s'il avait du pus ou des fongosités sous la table interne du crâne.

Nous mettons largement à découvert l'apophyse mastoïdienne par une longue incision verticale rétro-auriculaire, passant dans la cicatrice de la première incision et par une incision postérieure horizontale perpendiculaire à la précédente (incision en  $\equiv$ ). Au centre du processus mastoïdien, nous trouvons un amas de fongosités qui remplit l'excavation créée par notre évidement et un petit séquestre de la grosseur d'une demi-lentille. La table interne de l'apophyse mastoïde est friable, et un petit pertuis laisse pénétrer un stylet dans la cavité crânienne. Nous agrandissons cette fistulette, et, à l'aide de quelques coups de gouge, nous découvrons la dure-mère. Elle est tapissée par quelques fongosités et nous paraît très injectée. La plaie des parties molles n'est refermée qu'à ses extrémités; la cavité osseuse est bourrée avec de la gaze iodoformée.

Suivons maintenant l'évolution des accidents jour par jour :

Le soir de l'opération, à 5 heures : T. 36°; P. 68, régulier et fort.

Amélioration des douleurs. Le malade se plaint seulement d'avoir trop chaud sous son pansement.

On lui dégage l'oreille droite. Un vomissement pouvant être attribué au chloroforme. Un peu d'excitation. C... veut arracher son pansement et menace de battre les camarades qui l'entourent.

Le 18 mars, T. 36°2; P. 72, très régulier.

Le malade a dormi la nuit à plusieurs reprises.

La céphalalgie est très diminuée, mais persiste encore un peu à droite; pas de douleurs au niveau de la plaie.

Fatigue extrême et grande faiblesse. Le facies est un peu meilleur. Un vomissement verdâtre; hoquet très pénible. Nausées.

19 mars. T. 36°5; P. 68.

Amélioration notable: la physionomie du malade est meilleure, plus colorée, et n'exprime plus la douleur.

La céphalalgie continue de s'atténuer: elle a permis au malade de dormir la moitié de la nuit.

L'appétit revient; C... réclame de la nourriture. La langue est bonne; pas de troubles digestifs; plus de hoquet.

L'excitation se prolonge: le malade parle de sa maladie « passée », remercie ses médecins, veut partir en convalescence. Mais, ainsi que l'a noté le médecin stagiaire M. Rudler, dans son observation: « On ne sait quelle part faire au délire ou à la joie de ne plus souffrir et de se croire en voie de guérison. »

20 mars, T. 36°8; P. 88.

Le malade souffre assez peu; il a dormi et a pris avec plaisir du lait et des œufs. Selles diarrhéiques.

A ce moment, nous croyons au succès thérapeutique, et la guérison nous semble probable.

21 mars, T. 36°5; P. 72.

Le malade ne se plaint plus; mais il se dit fatigué. Il est abattu et ne cause pas volontiers; il paraît indifférent à ce qui se passe autour de lui. Rien autre chose à signaler.

22 mars, dès que nous arrivons près du lit du malade, nous avons l'impression qu'une crise nouvelle se prépare. C... est somnolent. Il tient les yeux fermés par crainte de la lumière. Il ne parle plus spontanément, mais il répond clairement aux questions qu'on lui pose; il ressent à nouveau une douleur sourde, profonde et continue dans la région occipitale.

La nuit a été mauvaise et agitée; le malade n'a pas cessé de se plaindre; plus d'appétit; la faiblesse générale augmente. Le pouls reste bon: 68 pulsations.

La température s'élève un peu et prend le type inverse: 38° le matin; 37°3 le soir.

23 mars, augmentation des douleurs occipitales, accentuation de l'état de somnolence, raideur de la nuque, photophobie; aucun trouble somatique du système nerveux. P. 72; T. 38° le matin; 37°5 le soir.

24 mars, le malade est dans la prostration: indifférence absolue, raideur tétanique de la nuque, paupières closes; la tête est inclinée sur le côté droit. Quand on ouvre les paupières, on constate que les deux globes oculaires regardent à droite. C'est la déviation conjuguée à droite de la tête et des yeux; pas de strabisme, pas d'inégalité des pupilles.

Nous ne voulons pas laisser succomber ce malade sans tenter un dernier effort. Mais nous sommes obligé de remettre notre intervention au lendemain.

25 mars, au moment de l'opération, C... est dans la résolution musculaire complète: les membres sont flasques, déviation conjuguée de la tête et des yeux, nystagmus horizontal, 16 oscillations à la minute, les unes rapides et courtes sur une étendue de quelques millimètres, les autres lentes et longues. La déglutition ne se fait plus; une salive spumeuse recouvre les lèvres.

Mais le pouls est large et régulier : 64 pulsations, 18 respirations à la minute.

L'état est très sérieux, nous ne nous le dissimulions pas ; mais nous avons eu déjà l'occasion d'intervenir avec succès dans une situation aussi grave.

Les derniers symptômes nous semblent indiquer un abcès encéphalique et nous arrêtons le plan opératoire de la façon suivante : première ponction du lobe sphéno-temporal gauche : et si nous ne trouvons pas de pus, faire une deuxième ponction dans le lobe sphéno-temporal droit.

Nous étions assisté de MM. les médecins stagiaires Rubenthaler, Rudler et Montagné, qui avaient suivi l'évolution de la maladie de C...

Après avoir désinfecté avec une solution de chlorure de zinc au 1/10 la plaie opératoire de la région mastoïdienne et nettoyé le conduit auditif qui était rempli d'un pus vert foncé et nauséabond, nous mettons à nu la partie postéro-inférieure de l'écaïlle du temporal gauche à l'aide d'un petit lambeau à base supérieure, et nous créons dans la paroi crânienne avec la gouge et le marteau, puis avec la pince coupante, un orifice du diamètre d'une pièce d'un franc environ.

L'axe vertical de cet orifice est dans le prolongement de l'axe du conduit auditif externe, et son bord inférieur est tangent au relief de la crête temporale.

La dure-mère nous apparaît fortement hyperémiée et dépourvue de battements. Nous l'incisons en croix avec assez de difficulté, parce que les méninges sont adhérentes au cerveau. La substance cérébrale vient aussitôt bomber dans l'orifice de la trépanation, et nous enfonçons deux fois un couteau de Græffe dans le cerveau, obliquement en avant et en arrière, mais en suivant le plan horizontal de la base du crâne.

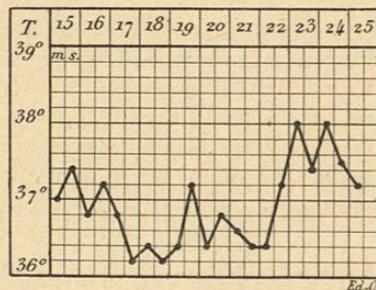


Fig. 95.

Aucun liquide ne s'écoule. Nous étions assuré de l'absence d'une collection purulente à gauche.

Nous suturons la dure-mère au catgut, nous comblons avec des fils

pelotonnés de catgut la perte de substance osseuse et nous réunissons partiellement la plaie.

Restait à réaliser le deuxième temps de notre plan opératoire : refaire une trépanation à droite et ponctionner le lobe sphéno-temporal droit.

Mais l'état du malade s'était aggravé sous l'influence du chloroforme, la respiration s'était arrêtée et le pouls avait des battements désordonnés. Nous dûmes faire de la respiration artificielle et des tractions rythmées de la langue.

La vie reparut, mais la respiration prit le type Cheyne-Stokes ; et pour ne pas nous exposer à voir mourir notre malade sur la table d'opération, nous terminâmes le pansement, et C... fut porté dans son lit. Il succomba quatre heures après.

*Autopsie.* — L'autopsie devait présenter un grand intérêt pour ceux qui avaient assisté à l'évolution de la maladie et qui avaient connu les hésitations du diagnostic. On ne peut nier que, sans les recherches cadavériques, des faits cliniques comme celui que nous venons de rappeler ne laissent aucun enseignement.

La calotte du crâne étant sciée, lorsqu'on veut la tirer à soi pour la détacher des méninges, on voit tomber du pus de la substance cérébrale, et ce pus venait du lobe sphéno-temporal droit.

Ainsi est aussitôt établi le diagnostic. L'abcès qui s'est ouvert sous l'influence des tractions siège dans la deuxième circonvolution temporale droite et en occupe transversalement presque toute son étendue, de sorte qu'il a 8 centimètres de longueur sur 3 ou 4 centimètres de hauteur. Ses parois sont blanches, déchiquetées et formées par de la substance cérébrale tombant en lambeaux. Au niveau de sa pointe antérieure existe une fistule qui conduit dans une autre cavité plus profonde et creusée dans la partie antérieure de la troisième circonvolution temporale droite. Cette dernière cavité a les dimensions d'une petite noix ; elle est enkystée par une membrane épaisse, d'une teinte noirâtre, et elle contient du pus de la même qualité que la précédente. Nul doute que ces deux poches ne soient d'âges différents : celle de la troisième circonvolution est la plus ancienne, et l'infiltration purulente de la deuxième circonvolution temporale est le résultat de la rupture de l'abcès primitif.

Le pus est épais, jaune et sans odeur ; sa quantité nous a semblé pouvoir être évaluée à 60 ou 70 grammes.

Nous ferons remarquer que le point où l'abcès s'est ouvert au moment de la traction de la calotte crânienne, et qui représente, par conséquent, le point le moins résistant de la paroi de l'abcès, était exactement symétrique au foyer de la ponction que nous avons faite à gauche.

Par conséquent, si nous avions eu la possibilité d'intervenir sur le côté droit du crâne, nous arrivions, grâce à notre procédé opératoire, juste sur la partie la moins profonde de la collection purulente. Disons tout de suite que le pus examiné au laboratoire de bactériologie a donné lieu à une culture de streptocoques.

L'abcès encéphalique avait déterminé peu de réaction périphérique. La substance cérébrale était jaune, infiltrée et ramollie dans une faible étendue autour de la poche.

La capsule interne était intacte. Aucune lésion du côté des centres moteurs, ni du lobule paracentral.

Pas de congestion cérébrale bien nette. Les ventricules moyen et latéraux ne renfermaient pas une quantité anormale de liquide ; mais dans toute l'étendue de l'hémisphère droit, la dure-mère adhérait aux circonvolutions.

Pas de thrombose des sinus.

L'examen des oreilles et du rocher a révélé les intéressantes lésions suivantes : à droite, le rocher, au niveau du tegmen tympani et antri, présente un pointillé rougeâtre indiquant un commencement d'ostéite raréfiante ; la caisse est sèche ; les osselets sont sains, mais l'antra mastoïdien est rempli par des fongosités grisâtres. C'est donc de l'infection de la muqueuse antrale que sont partis les germes qui ont envahi le lobe temporal ; et, ainsi que le démontrent de nombreuses observations antérieures, ce sont les canaux de Havers qui ont servi de voies de transport aux éléments septiques. A gauche, intégrité absolue des parois crâniennes et du rocher ; mais la caisse est pleine de fongosités sanieuses au milieu desquelles on retrouve les osselets avec leur apparence normale.

*Ouverture du thorax.* — Adhérences pleurales très étendues et très résistantes à gauche. A droite, poumon normalement affaissé ; pas d'adhérence aux sommets.

Pas d'exsudat pleural.

Pas de lésions spécifiques du parenchyme pulmonaire ; mais congestion des deux poumons, particulièrement des bases, beaucoup plus marquée à la base droite. Consistance molle du parenchyme pulmonaire, qui conserve l'impression du doigt ; le poumon surnage. En somme, splénisation de la base droite.

Le cœur rempli pèse 260 grammes. Pas d'exsudat péricardique. Large plaque laiteuse de forme losangique à la face antérieure du cœur.

*Ouverture de l'abdomen.* — Foie, 1.440 grammes ; quelques petits tubercules à la surface convexe.

Rate : 95 grammes, normale. Reins normaux.

Cette observation fournit une des preuves les plus frappantes de la difficulté de certains problèmes cliniques.

Les antécédents du malade et les lésions pulmonaires pouvaient faire admettre une tuberculose étendue aux poumons et aux méninges.

La suppuration de l'oreille moyenne justifiait l'hypothèse d'une complication endocrânienne d'origine otique.

L'écoulement biauriculaire laissait incertaine la prévision de la source de l'infection des centres nerveux. Était-ce l'oreille gauche ou l'oreille droite qui était en cause ?

L'absence de tout phénomène de compression locale rendait difficile le diagnostic de la nature de la complication cérébrale.

#### TRAITEMENT DES COMPLICATIONS ENDOCRANIENNES

Le traitement des complications endocrâniennes est devenu très précis depuis que les recherches anatomo-pathologiques ont établi la filiation des accidents.

1° Il faut opérer le plus tôt possible, dès que les symptômes de congestion endocrânienne se prolongent, sans attendre les signes de la résorption purulente s'il s'agit d'une thrombose sinusienne, ou les symptômes en foyer des abcès encéphaliques. La phlébite sème l'infection ; un abcès de petit volume est plus facile à guérir qu'une grosse collection purulente ; et les lendemains de semblables malades ne sont jamais assurés.

De même, il faut toujours opérer, sans jamais croire qu'il est trop tard, sans jamais supposer que le cas est au-dessus de nos ressources. Macewen a guéri un malade qu'on lui avait envoyé, inconscient, comateux, agonisant, avec un pouls filiforme et une respiration presque éteinte. Des chirurgiens ont regretté leur abstention, qui avaient cru à une méningite, et qui découvraient à l'autopsie un abcès cérébral ou une thrombose suppurée.

Quand le diagnostic est hésitant, il appartient au médecin de s'aider de l'exploration opératoire pour compléter ce diagnostic. Il faut chercher la lésion que l'observation clinique est impuis-