

chapitre sur le traitement des lepto-méningites suppurées. Nous ne donnerons ni indications ni technique opératoire. Mais nous rappellerons que des guérisons ont été obtenues après incision de la dure-mère et découverte d'une lepto-méningite circonscrite, et que de pareils faits ont leur enseignement. Tenter toujours l'incision des méninges, ce peut être le salut, si l'infection est au début. Ne rien faire, c'est la mort certaine.

Nous mentionnerons un fait cité par Paulsen.

L'auteur vient de déplorer l'impuissance thérapeutique contre les méningites. Une seule fois, dit-il, on tenta une opération chirurgicale; on fit, en présence des symptômes cérébraux alarmants, une trépanation exploratrice de 3 centimètres de diamètre qui conduisit sur une infiltration purulente des méninges sans que le cerveau fût à proprement parler malade. L'état du patient s'améliora notablement, et il se sentit tout à fait bien pendant quelques semaines. Deux mois après la première opération, on voulut explorer le siège de la lésion au moyen d'une sonde, mais cette petite intervention fut malheureusement suivie d'une méningite diffuse mortelle (d'ap. Sem. Méd. 1896, p. 460).

DEUXIÈME HYPOTHÈSE CLINIQUE. — Le diagnostic d'une complication endocrânienne est certain, mais le siège de la lésion est douteux.

Est-ce un abcès cérébral? Est-ce un abcès cérébelleux? Est-ce un abcès épiméningé? Est-ce une phlébite sinusienne? ou deux ou trois de ces lésions sont-elles associées.

Il n'y a qu'à lire une observation de Broca (Traité de Chir. cérébrale, page 299) pour comprendre l'importance du problème posé. Un homme de 40 ans entre à l'hôpital Bichat avec des symptômes qui font croire à une fièvre typhoïde; mais bientôt l'attention du médecin traitant est attirée par un écoulement d'oreille et une très vive douleur dans le cou. On évacue le malade dans le service de Terrier.

Nous passons sur les détails de l'observation, pour ne donner que le résultat de l'examen. « On était bien en présence d'une complication d'une otite chronique suppurée, mais laquelle?

« Ce n'était pas à coup sûr une mastoïdite. Peut-être un abcès du cerveau, ainsi que le pensait Terrier. Peut-être une phlébite du sinus? » C'est à cette opinion que se rangèrent Hartmann et Broca.

Broca opère, lie la veine jugulaire, en résèque un tronçon et en fait sortir une sanie jaunâtre, puriforme. Il incise le sinus d'où ne sort que du sang noir; et il borne là son intervention. A l'autopsie, on voit la dure-mère qui tapisse le rocher soulevé par un abcès gros comme une noisette. Du pus sanieux s'en écoule par une perforation irrégulièrement arrondie, large comme une pièce de cinquante centimes. Le lobe sphénoïdal du cerveau présente lui aussi une petite cavité renfermant du pus en communication avec l'abcès extra-dural. Tout autour, le tissu cérébral est grisâtre et ramolli.

Il nous semble qu'avec de pareilles conjectures, le diagnostic aurait pu être complété par une exploration de la partie de la fosse cérébrale moyenne en rapport avec le plafond de l'antre.

Autres exemples: Drumond explore le cerveau d'un malade atteint d'hémiplégie avec accès épileptiformes, et laisse évoluer un abcès cérébelleux dont meurt le sujet (Lancet, 28 juillet 1894).

Patteson trépane l'apophyse mastoïde d'une jeune fille de 19 ans et ponctionne le cerveau à 1 pouce 1/2 au-dessus et en arrière du méat. La ponction reste blanche; et à l'autopsie, abcès extra-dural et phlébite du sinus (Dublin, Journ. of. Med. Sc., 1^{er} juillet 1890).

Bryden et Richmond cherchent pendant la vie un abcès temporal et découvrent à l'autopsie un abcès cérébelleux (Brit. Med. Jour., 1890, p. 709).

Que faire donc, puisque les erreurs sont si faciles? Tout explorer à la fois: le cerveau, le cervelet, la pachyméninge et le sinus; la chose est possible et sans grand débridement. Il suffit de s'ouvrir un jour sur la fosse cérébrale moyenne en perforant le toit de l'antre et un autre jour sur la fosse cérébelleuse en perforant la paroi postérieure de l'antre. Cette opération exploratrice n'est en somme que la synthèse des opérations que nous avons décrites précédemment.

L'ouverture de l'antre ayant placé le chirurgien au centre du foyer infectieux, il commence par chercher avec le stylet un point de squelette un peu ramolli et capable de lui fournir déjà une indication sur la direction de la traînée infectieuse.

Ne trouve-t-il rien : il se dirige vers la région où les signes cliniques lui ont fait soupçonner l'existence de la lésion. Il ouvre, par exemple, la loge sinusienne et voit s'il existe ou non un abcès subdural. En donnant un coup de gouge en dedans du sinus, il est facile d'ébrécher la paroi postérieure de l'antre et du rocher, juste assez pour introduire une aiguille dans la partie antéro-externe de l'hémisphère cérébelleux. Le lobe temporal s'explore plus facilement encore, puisqu'il n'y a qu'à faire tomber la table interne du crâne qui sert de paroi supérieure à l'antre, ce qui arrive très souvent sans qu'on le veuille dans les antrotomies ordinaires ; si la dure-mère apparaît avec sa coloration et son expansion normales, c'est déjà une présomption en faveur de l'intégrité du cerveau. Mais une aiguille exploratrice enfoncée dans la substance cérébrale peut confirmer ou modifier les prévisions.

La découverte d'une lésion ne doit pas faire limiter l'intervention à cette lésion, si on a le moindre doute sur l'association d'une autre lésion ; car les manœuvres n'exigent ni un ébranlement ni une durée que ne puissent supporter les malades les plus gravement atteints.

L'exploration méthodique des zones encéphaliques péripétreuses a déjà été utilisée avec succès par quelques chirurgiens.

Pritchard, dans un cas, venait de trépaner l'antre mastoïdien et n'y avait trouvé que quelques masses caséuses incapables d'expliquer les symptômes observés. Il se décide à explorer la cavité crânienne ; et pour cela, il élargit l'ouverture antrale en haut, en arrière et en bas. La dure-mère qui recouvre le lobe temporal fait une forte saillie dans la partie supérieure de l'orifice péripétreux ; elle est incisée et le cerveau ponctionné sans résultat. Quelques points de catgut ferment la plaie ; l'opérateur poursuit l'excision du crâne en arrière et met à découvert le sinus latéral qui contient un caillot suppuré et des gaz fétides. *Guérison.*

Le même auteur, dans un autre cas, ponctionne le sinus et le cervelet après avoir découvert un petit abcès extra-dure-

mérien auquel il ne pouvait attribuer la gravité de l'état du malade, et qui était pourtant uniquement en cause, puisque la guérison suivit l'intervention.

Chez un troisième malade, Pritchard ponctionna également le sinus, le trouva sain et se porta ensuite vers le lobe temporal où il rencontra un abcès de la grosseur d'une noix.

L'auteur de ces trois cas formule ainsi sa pratique : chaque fois qu'on intervient pour des complications endocrâniennes, il faut :

a) Ouvrir complètement l'antre mastoïdien et explorer les cellules mastoïdiennes ;

b) Si l'exploration que l'on vient de faire ne justifie pas les symptômes précédemment observés, la plaie crânienne doit être agrandie en haut et en arrière de façon à découvrir les fosses moyenne et postérieure. Les abcès sub-duraux sont recherchés, le sinus exploré au moyen d'une seringue hypodermique ; et si l'on a le moindre soupçon d'un abcès du cervelet ou du cerveau, des ponctions exploratrices sont faites au-dessus ou au-dessous du sinus (Arch. of. otol., 1894).

Il faut reconnaître que cette opération méthodique est préférable à celle qui consiste à multiplier les trous du crâne et à ponctionner l'hémisphère cérébelleux à travers la tente du cervelet.

Ainsi Thompson (The Lancet, 4 août 1888) ne sachant si l'abcès otitique est situé dans le lobe temporo-sphénoïdal ou dans le cervelet, applique une rondelle de trépan au-dessus et en arrière du conduit auditif. Il explore le cerveau sans résultat et fait alors une autre ouverture à un demi-pouce au-dessus de la ligne courbe occipitale. Le trocart traverse *le lobe occipital, la tente du cervelet* et pénètre dans la substance cérébelleuse d'où il ramène du pus fétide ; et pour assurer le drainage, une canule est mise dans le trajet du trocart, quand celui-ci est retiré. Mort du sujet 8 heures plus tard. A l'autopsie leptoméningite postérieure, hémorragie à la base du cerveau et large abcès de l'hémisphère du cervelet.

Miligan (Brit. Med. Journ., 1890, I), également en présence d'un diagnostic incertain, trépane au-dessus du conduit auditif externe et ne trouve pas de pus dans le lobe sphéno-temporal. Un fin trocart est alors introduit, par le même orifice de trépanation

dans le lobe du cervelet : débris purulents ; mais l'abcès cérébelleux n'est pas immédiatement ouvert à cause du voisinage du sinus latéral ; ce n'est que plus tard que le trépan est appliqué sur le cervelet au-dessous de la ligne du sinus latéral, et cette fois la ponction donne issue à deux ou trois onces de pus ; mais le troisième jour, le malade succombe et à l'autopsie, la totalité du lobe cérébelleux fut trouvée remplie de pus épais et verdâtre.

TROISIÈME HYPOTHÈSE. — Les symptômes observés peuvent se rapporter aussi bien à une mastoïdite qu'à une inflammation méningée ou cérébrale.

Nul doute : le premier acte opératoire doit être alors limité au curettage de la mastoïde, mais à deux conditions : la première c'est qu'on pousse l'évidement de l'apophyse jusqu'à l'ouverture de l'antre, pour que la rétention des produits septiques dans ce cul-de-sac de l'oreille moyenne ne continue pas d'entretenir les phénomènes généraux infectieux.

La seconde, c'est qu'on considère la trépanation mastoïdienne comme insuffisante si cette opération n'est pas suivie rapidement d'une disparition presque totale de tous les phénomènes pathologiques.

Il est de règle qu'une trépanation mastoïdienne produise une euphorie immédiate quand l'infection est circonscrite à la mastoïde. Prenez, comme exemple, l'observation de Brun présentée à la Société de chirurgie (Bul. soc., 1896, p. 681).

« Il s'agissait d'un garçon de 12 ans qui, depuis l'âge de deux ans, avait un écoulement de l'oreille droite. Le 4 juillet 1896, sans cause apparente, il fut pris de fièvre, de céphalalgie violente, avec raideur de la nuque ; la pression sur la mastoïde était très douloureuse, mais il n'existait à ce niveau ni empatement, ni rougeur. Un de nos collègues du Bureau central, appelé d'urgence, jugea nécessaire la trépanation de la mastoïde, la pratiqua séance tenante et donna issue à une certaine quantité de pus verdâtre. Les accidents cérébraux ayant persisté malgré cette première intervention, je voulus, avant d'ouvrir le crâne, mettre largement à nu la cavité de la caisse. Mon intervention fut suivie d'un plein succès : la céphalalgie, la fièvre et le délire cessèrent brusquement et la guérison est aujourd'hui complète. »

Le fait suivant observé par Gellé est bien plus remarquable encore.

Gellé est appelé un soir par un confrère auprès d'une malade de 40 ans qu'il avait déjà soignée pour une otorrhée ancienne.

« Nous trouvons, dit-il, la malade couchée dans son lit, dans un demi-coma, ne reconnaissant plus son mari, ni ses proches ; le pouls est petit et rapide ; la température dépasse 40°. L'interrogatoire de la famille nous apprend que depuis huit jours la malade souffrait d'une céphalée terrible et tenace, toute la moitié gauche du crâne était surtout douloureuse ; elle n'osait se peigner tant elle appréhendait la douleur. Le mari avait remarqué aussi un léger état d'indifférence chez sa femme d'ordinaire très active. Elle paraissait se désintéresser des choses qui, auparavant, semblaient lui être le plus à cœur.

« Depuis la veille, sont apparus des vomissements qui, jusqu'à ce moment, n'ont pas cessé. Au milieu de son apathie, la malade porte seulement la main à sa gorge et à sa tête. Elle boit encore quand on lui offre avec insistance ; mais elle rejette presque aussitôt le tout dans une crise de vomissements.

« Le médecin de la famille et Gellé portent le diagnostic de complication crânio-cérébrale d'origine otique. Mais laquelle ?

« Devant la gravité et l'incertitude de la situation, il fut décidé que la mastoïde serait ouverte, l'antre et la caisse désinfectés, et qu'on s'en tiendrait là ou qu'on irait plus loin suivant l'état des parties.

« A l'opération : apophyse éburnée ; quelques fongosités dans l'antre ; un peu de pus dans quelques cellules profondes de la pointe. On ne va pas plus loin.

« Le lendemain, disparition du coma, diminution de la fièvre ; seuls les vomissements ont persisté.

« La guérison a suivi, dès lors, la marche classique. » (In Arch. Internat. otol., 1897, page 170.)

La continuation post-opératoire de la fièvre ou de la céphalalgie, des vertiges ou des vomissements indique que la première opération a été insuffisante et que la lésion est plus profonde que la mastoïde. Broca n'a pas hésité à faire connaître son erreur dans un cas qu'on peut rappeler, avec d'autant moins de scrupule, que l'observateur est un des maîtres de l'otologie. Le malade était âgé de 13 ans et avait un écoulement de l'oreille gauche depuis l'âge de 10 ans, compliqué de poussées intermittentes de mastoïdite. Broca l'examine pendant une de ces attaques de mas-