

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-

toïdite : l'enfant souffrait alors depuis quinze jours de douleurs plus vives qu'aux crises précédentes et de céphalalgie violente avec insomnie complète. Abscès rétro-auriculaire du volume d'une noix ; trépanation immédiate de l'apophyse mastoïde, pus et fongosités dans l'apophyse, l'antre et l'attique. Aucun point friable sous la curette au niveau de la paroi supérieure de l'antre et de la caisse. Ceci se passait le 14 janvier 1894. D'après ce que nous venons de dire, si l'opérateur avait mis la main sur le foyer septique entier, les phénomènes subjectifs pré-opératoires devaient s'atténuer progressivement et disparaître.

Au contraire, la température oscille entre 38° et 39°, l'enfant vomit, les douleurs de tête sont très aiguës par intervalle ; et le 19 janvier, soit 5 jours après l'opération, les vertiges sont assez fréquents et assez forts pour que l'enfant croie tomber de son lit. Puis le pouls arrive à 46 P. ; et le 30 janvier, prostration, respiration pénible, bouche ouverte, langue sèche, dents fuligineuses, herpès labial, pupille droite très dilatée. A l'autopsie : un abcès cérébral du volume d'un petit œuf de poule occupe le lobe temporo-sphénoïdal.

Nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître que certains malades atteints d'une simple mastoïdite restent quelquefois plusieurs jours après l'opération dans un état d'abattement et de malaise justifié par l'intoxication anesthésique ou iodoformique ou l'infection générale antérieure, et que d'autres malades présentant une complication endo-crânienne sont momentanément soulagés par la trépanation de l'apophyse mastoïde, que celle-ci ait fait disparaître une partie de la source infectante ou qu'elle ait agi en produisant une déplétion locale. Ce sont là les écueils de la pratique, d'autant plus faciles à éviter que l'expérience clinique est plus grande. Mais nous en reviendrons toujours à notre principal élément de diagnostic, à la céphalalgie. La trépanation de la mastoïde, qui peut faire tomber la fièvre et relever par conséquent l'état général, a peu d'influence sur les douleurs endocrâniennes, quand une complication profonde subsiste derrière la table interne de l'apophyse.

Quelques chirurgiens ont proposé de pratiquer, en toutes circonstances, quel que soit le syndrome clinique, la trépanation

préliminaire de l'apophyse mastoïde, de continuer d'observer le malade pendant deux ou trois jours et de n'ouvrir le crâne qu'après l'assurance de l'insuffisance thérapeutique de la trépanation mastoïdienne. Un tel principe ne nous paraît pas acceptable : pourquoi perdre du temps quand la lésion endocrânienne ne fait aucun doute ? Pourquoi une étape opératoire ? Au contraire, nous serions plutôt d'avis, si les probabilités faisaient pencher le diagnostic en faveur d'une complication encéphalique, d'ouvrir le crâne immédiatement après la mastoïde, dût l'exploration rester sans résultat et fournir la preuve de l'intégrité crânienne.

Il ne peut y avoir une règle unique de conduite ; trop de réserve et trop de hâte sont également condamnables. Restons dans les justes limites, n'allons pas au delà de la mastoïde, si nous n'en voyons pas l'urgence, mais ne craignons pas d'en dépasser les limites si nous avons le moindre doute sur l'état des méninges ou du cerveau.