

**Le traitement des abcès subaigus et chroniques des hémisphères / par
Clovis Vincent.**

Contributors

Vincent, Clovis.

Publication/Creation

Paris : Masson, [1938?]

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/f8peqffb>



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

200
19

LE TRAITEMENT
DES
ABCÈS SUBAIGUS ET CHRONIQUES
DES HÉMISPHÈRES

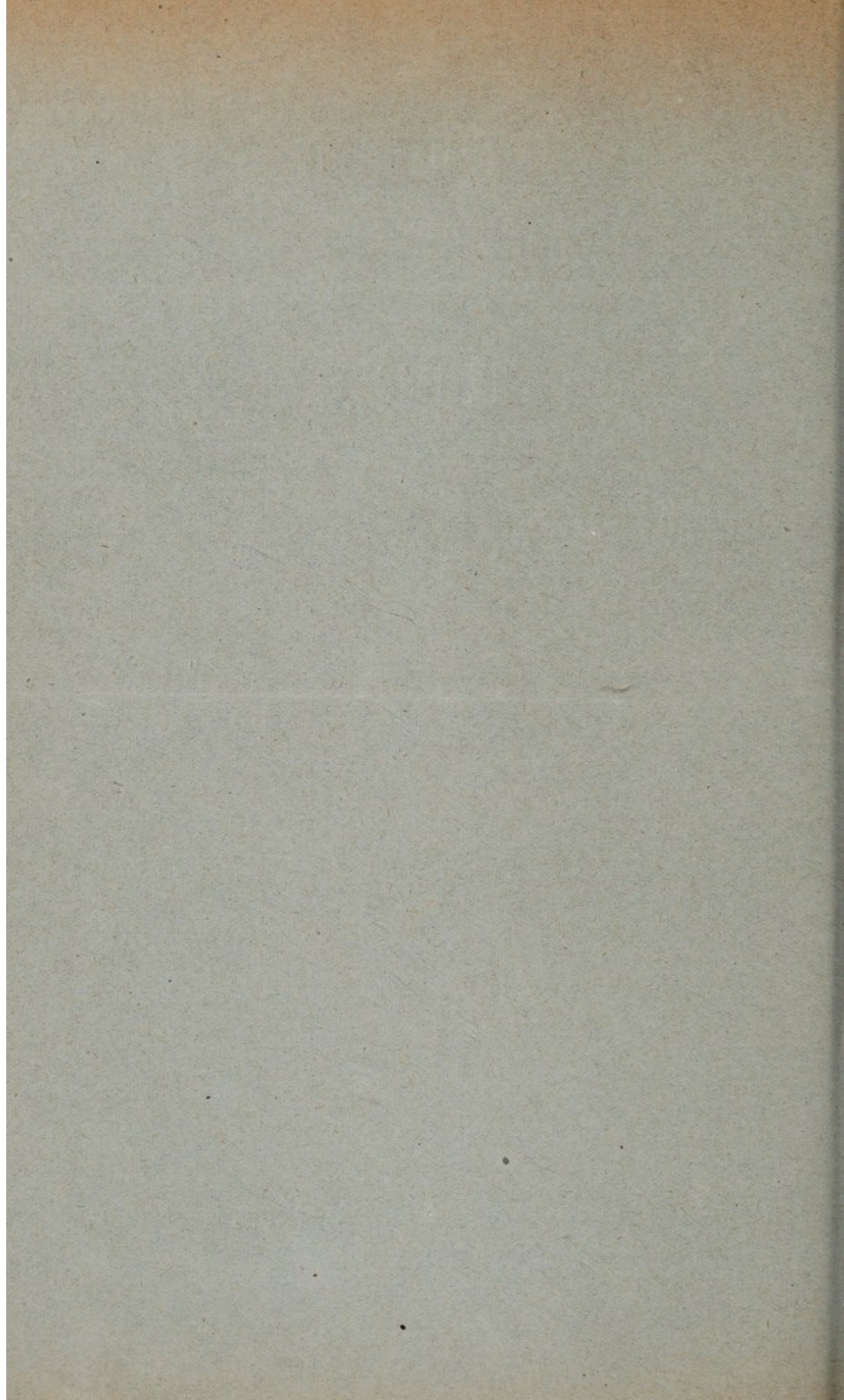
par

Clovis VINCENT

Extrait des *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*.

(Séance du 4 Mai 1938, Tome 64, N° 45.)

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS



LE TRAITEMENT
DES
ABCÈS SUBAIGUS ET CHRONIQUES
DES HÉMISPHÈRES

par

Clovis VINCENT

Extrait des *Mémoires de l'Académie de Chirurgie.*

(Séance du 4 Mai 1938, Tome 64, N° 15.)

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS



Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b30631245>

Le traitement des abcès subaigus et chroniques des hémisphères,

par M. Clovis Vincent.

Toutes les méthodes peuvent guérir des abcès du cerveau : la ponction simple, le drainage, la décompression avec ponctions répétées, l'extériorisation de la poche.

Mais toutes les méthodes ont à leur passif des « insuccès certains ». A notre avis, cela tient à ce que tous les abcès du cerveau ne doivent pas être traités de la même façon. Les abcès du cerveau — même des hémisphères, diffèrent entre eux — par leur origine, par leur localisation, par leur forme anatomique (nombre, volume, présence ou absence de capsule, situation par rapport aux ventricules, à la méninge), par leur évolution.

A ce point de vue, nous pensons qu'il est nécessaire de considérer d'une façon différente les abcès que soignent les spécialistes des cavités de la face, et ceux dont s'occupent les neuro-chirurgiens.

Nous ne disons pas qu'on doit les opposer les uns aux autres, car les différentes origines, les différents aspects anatomiques peuvent se retrouver dans les formes des auristes et dans celles des neuro-chirurgiens. Cependant, on peut dire que les abcès des auristes ont d'ordinaire leur origine dans l'infection des cavités de la face ; qu'ils sont, à cause de cela, souvent en rapport direct avec le foyer osseux, déjà trépané, qui leur a donné naissance ; qu'ils sont superficiels, relativement peu volumineux ; qu'ils ne s'accompagnent pas en général d'œdème diffus d'un lobe cérébral. Ces abcès, quand ils sont limités, guérissent souvent par le drainage, appliqué suivant la méthode de Lemaître, l'exclusion des espaces arachnoïdiens. Dans les *abcès superficiels*, il est essentiel de réaliser cette exclusion.

Les abcès vus par les neuro-chirurgiens, sont de gros abcès, souvent multiloculaires, multiples dans un grand nombre de cas. Ils sont souvent, (non toujours) centraux ; il faut traverser une épaisse couche de cerveau pour les atteindre, à partir de la convexité. Ils ont souvent leur origine à distance, et se sont faits par voie artérielle. Même quand ils sont consécutifs à une ostéomyélite du crâne, à une sinusite, à une mastoïdite, à une infection de la face, l'infection s'est faite souvent par la circulation : voie artérielle, voie veineuse (peut-être par les pressions qui se passent dans les voies veineuses cérébrales, et qui sont presque incroyables),

voie de péri-vascularisation des espaces de Virchow. Ils s'accompagnent d'un gros œdème du cerveau. Cliniquement, ils peuvent être latents, à la façon de certaines tumeurs muettes du cerveau, ou se manifester par un syndrome encéphalitique aigu. Ils s'accompagnent souvent aussi de stase papillaire. Ceux auxquels nous faisons allusion ont presque tous été précédés d'un syndrome encéphalitique aigu. Nous disons que le drainage *seul* est inopérant dans la plupart de ces cas.

Parmi ces abcès, nous en avons guéri par la méthode de Dandy, c'est-à-dire : ponction simple après large volet décompressif, sans ouverture de la dure-mère. Mais, avec cette méthode, nous avons échoué dans bien des cas. Les faits que nous rapportons ici en témoignent.

Avec la méthode que nous décrivons, nous avons obtenu des succès dans les formes d'abcès où jusqu'alors nous n'en avions jamais obtenu. Mais répétons encore qu'il s'agit d'abcès des hémisphères, sans méningite, sans ventriculite, et à évolution subaiguë. Pour qu'un sujet atteint d'infection cérébrale aiguë, susceptible de suppurer, puisse profiter d'un traitement chirurgical, il faut qu'il ait de cinq à sept jours à vivre par ses propres moyens.

La méthode consiste à enlever tout d'une pièce l'abcès (contenant et contenu) à la façon d'une tumeur du cerveau. Nous fermons sans drainer.

Si l'abcès est encore à une période trop rapprochée du début pour avoir une coque résistante, un large volet crânien, sans ouverture de la dure-mère, met le sujet à l'abri des accidents menaçants, et lui permet d'attendre l'enkystement de la collection. Dans une seconde intervention, l'ablation en masse de l'abcès est pratiquée.

Avant d'exposer les faits cliniques et thérapeutiques, il est indispensable de rappeler quelques notions anatomo-pathologiques.

Quand un abcès du cerveau doit se constituer — quelle que soit l'origine de l'infection — il apparaît d'abord un volumineux œdème. Un lobe entier grossit, devient turgescant. Puis, en un point, l'œdème devient gélatineux, se ramollit, fond, suppure.

Cet aspect est manifeste sur le cerveau qui vous est présenté. Le lobe temporal est quasi doublé de volume. Il a fait, sur le bord de la tente du cervelet, une hernie, véritable demi-cône de pression temporal, qui déforme, comprime le tronc cérébral, et fait courir au malade un danger mortel.

Cet aspect du cerveau fait comprendre que le malade soit menacé, à ce moment, d'une part d'infection cérébrale diffuse, d'autre part de compression cérébrale, par l'œdème volumineux, brutal, qui s'est développé.

Si le malade dépasse cette première phase, parce que l'infection est moins aiguë, ou parce que l'œdème est moins volumineux et moins brutal que dans le cas présenté, autour de la zone cérébrale qui a fondu, se fait une réaction conjonctive. Elle est rarement importante avant la troisième semaine. A ce moment, sur la coupe d'un lobe cérébral atteint par un abcès de ce genre, on observe — en allant du centre de l'abcès

vers le cerveau sain — le pus, la paroi de l'abcès, une région du cerveau encore œdémateuse, puis, *insensiblement*, le cerveau sain. C'est le moment où l'on peut commencer à enlever d'une pièce l'abcès. Plus tard la paroi de l'abcès s'épaissit, et, dans certains cas, cette épaisseur atteint 1,5 cm.

Certains abcès sont multiloculaires ; dans la même coque s'enferment plusieurs abcès.

Ces notions anatomiques sont indispensables à connaître, pour comprendre sur quoi repose la méthode que nous allons exposer. On ne peut enlever d'une pièce qu'un abcès qui a déjà une paroi assez épaisse. Si elle n'est pas assez épaisse, pour mettre le malade à l'abri de l'hypertension intracranienne qui résulte de la présence de la collection elle-même, et de l'œdème qui l'entoure, il faut décompresser largement, sans ouvrir la dure-mère. Un cerveau déliquescent, sous pression, ne supporte pas, ou supporte mal, un drain ou l'ouverture de la méninge.

Voyons maintenant les faits.

OBSERVATION I. — M^{lle} D... Le 7 juillet 1937, le Dr Sourdat nous adresse une jeune fille de dix-huit ans, présentant un syndrome très net d'hypertension intra-cranienne.

Le début des troubles remonte au mois d'août 1936. A la suite d'un syndrome infectieux de la face avec gros œdème (on a prononcé le nom d'érysipèle) et hyperthermie, apparaissent des céphalées violentes localisées à la région frontale droite, accompagnées de vomissements. Les douleurs sont très vives, augmentées encore par la toux et les efforts. Par moments, la malade accuse un bruissement dans l'oreille droite qu'elle compare au bruit du vent. L'audition cependant n'est pas troublée.

Le gonflement de la face et les céphalées ne s'atténuent qu'au bout de deux mois au bout desquels la malade peut se relever. Pendant quelque temps encore, la céphalée réapparaît au moment des règles.

Ce gonflement de la face avec fièvre et céphalée violentes a maintenu la malade couchée trois mois (1).

La vue, qui est restée bonne jusque-là, commence à baisser. Et elle voit, selon son expression, « comme à travers un brouillard ».

En mai 1937, les céphalées réapparaissent, plus vives que la première fois, presque intolérables. Elles sont plus nettement localisées à la racine du nez, et au-dessus de l'œil droit. Les vomissements deviennent plus fréquents, presque quotidiens.

L'état de la malade s'aggrave progressivement. La température qui s'est élevée légèrement, au début de ce second épisode, revient à la normale.

A son admission à l'hôpital, elle est somnolente. Elle répond aux questions posées, retombe dans son sommeil dès qu'on cesse de lui parler. Elle n'a pas de troubles de la mémoire, est bien orientée, n'a pas d'idées délirantes.

L'état général est mauvais : malade maigre, très pâle ; la langue est sèche. Il existe une raideur de la nuque très accusée, et un signe de Kernig fortement positif.

(1) Plus tard, on saura que ce gonflement était sans doute l'expression de l'ostéomyélite du crâne, vérifiée au cours de l'intervention. Ni furonculose, ni sinusite évidente.

Tous les mouvements sont bien exécutés, abstraction faite de l'état de fatigue, et de la faiblesse musculaire générale ; il n'y a pas de troubles de la coordination.

Les réflexes tendineux existent tous, et sont égaux des deux côtés ; le cutané plantaire se fait en flexion.

L'examen des nerfs craniens révèle l'existence d'une parésie faciale gauche.

Il n'existe pas de troubles des appareils cérébelleux et vestibulaires.

A l'examen du crâne, on voit une petite tuméfaction dure, assez douloureuse, non colorée, à la partie moyenne et inférieure du front.

La radiographie du crâne montre une lésion destructive de l'os frontal, au voisinage du sinus frontal. Ce dernier est opaque. L'image est celle que donnent l'ostéomyélite des os plats, ou les métastases osseuses des tumeurs malignes.

Le 13 juillet 1937, l'état de la malade s'est encore aggravé. Elle est plus obnubilée, et sort difficilement de sa torpeur. On trouve cette fois un signe de Babinski bilatéral.

L'examen rhinologique donne peu de renseignements : les sinus frontaux sont petits, la diaphanoscopie est très discutable. Les sinus maxillaires ne sont pas infectés.

La vision est très diminuée : l'œil droit voit à peine la main passer, l'acuité de l'œil gauche est de 5/10.

Le fond d'œil montre une stase papillaire importante.

Le champ visuel est concentriquement rétréci à droite, normal à gauche.

En face de ce tableau alarmant, l'état de prostration continuant à évoluer, on décide l'intervention qui est pratiquée le 14 juillet 1937 (Dr Klein).

On trace, sous anesthésie locale, un volet frontal en forme de fer à cheval dont les branches seraient appuyées sur les sourcils. Le volet est plus large à droite. La peau est scalpée. Au niveau de la tuméfaction, la peau est adhérente à l'os par l'intermédiaire d'un tissu assez dur, dont un fragment est prélevé pour l'examen histologique extemporané. Le laboratoire répond : « Tissu d'aspect néoplasique, pas de cellules néoplasiques ». L'os sous-jacent est mou, mais ne contient ni sérosité, ni pus. La dure-mère n'est pas adhérente à l'os. Elle est d'aspect normal, mais est tendue à l'extrême par la poussée de la masse encéphalique. Dès qu'elle est ouverte, le cerveau sort, faisant hernie. Les circonvolutions sont un peu aplaties et jaunâtres, mais leur structure est normale. Le cerveau est incisé au niveau de la pointe du lobe frontal droit. A 2 centimètres de profondeur, on trouve un abcès entouré d'une coque très mince, qui cède au moindre contact ; l'abcès est vidé complètement, on retire environ 80 c. c. de pus. On referme la dure-mère, en laissant une petite brèche. On remet le volet en place, après y avoir fait un trou, de façon à pouvoir reponctionner l'abcès si besoin en était.

L'état de la malade s'améliore rapidement. Le lendemain, elle est éveillée, ses céphalées ont presque disparu. La température est à 38°.

Quinze jours après l'intervention, la malade va bien, son état général s'est amélioré très nettement. La température oscille entre 37°2 et 37°8. La peau suppure en deux points, les plus rapprochés du foyer ancien d'infection osseuse.

Un mois et demi après la première opération, on intervient sur le foyer osseux, on enlève le volet et on gratte l'os environnant, jusqu'à ce qu'on arrive en tissu sain.

La suppuration tarit presque complètement.

L'état de la malade continue à s'améliorer, la stase papillaire a complè-

lement disparu. L'atrophie optique qui s'était constituée ne progresse plus.

Le 25 novembre 1937, cinq mois après la première intervention, on décide de lui enlever l'abcès.

Deuxième intervention (Cl. Vincent).

Incision de la peau parallèle au plan sagittal médian, à égale distance des deux branches du fer à cheval de la première incision, pour éviter l'infection récente de l'ancienne suture. On incise, sans décoller la peau, méninge et cerveau. On tombe un peu en dedans de l'abcès. Vérification de la résistance de la coque.

Dissection en dedans, en dehors, tantôt au ras de l'abcès, tantôt dans la région du cerveau transformé au contact de l'abcès. On arrive en avant : en ce point, l'abcès pousse un prolongement — un nez — dans la région olfactive. Il est très profond ; cependant, on réussit à le contourner. En dessous : en avant, la tumeur tient à un bloc fibreux, la séparation est faite à l'électro-coagulation. La tumeur est enfin soulevée, et enlevée sans avoir été ouverte. C'est une masse oblongue, à gros ventre avec une extrémité du volume d'une petite prune de Caux.

Le bloc fibreux auquel adhérerait l'abcès, représente une partie de la face supérieure d'un second abcès plus profond, et plus engagé dans la région olfactive que le premier. Dissection de cet abcès, avec la même technique que le premier. En avant, la dissection est particulièrement difficile, à cause de la profondeur. La pointe de l'abcès est enfoncée dans la région olfactive, presque au contact de l'os. Cette masse charnue, épaisse presque partout, est mince en un point, où elle adhère, vers l'apophyse crista-galli. Là, l'électro l'ouvre, et il sort du pus, aspiré à peine sorti. Fermeture du pertuis. On continue la dissection latérale et postérieure. L'abcès est basculé et sorti. La surface corticale orbitaire a été entamée en un point, et on voit la dure-mère. Hémostase soigneuse de la cavité ; interposition de muscle, là où pouvait exister une communication avec les espaces méningés juxta-duraux.

Sutures habituelles, en deux plans.

Réaction thermique habituelle d'une durée d'une semaine, sans raideur de la nuque, sans vomissement ; puis température normale. Réunion de l'incision par première intention. Cependant, dans la peau des lambeaux, à droite, un petit abcès à staphylocoques, très superficiel ; un dans l'ancienne cicatrice du volet. A la racine du nez, 3 cm. au-dessous de l'incision, alors que la plaie est cicatrisée, se forme une collection suppurée qu'on ponctionne plusieurs fois. On se demande un moment s'il ne faudra pas intervenir sur l'os. Puis tout rentre dans l'ordre.

La seconde malade que je vous présente « *porte encore ses abcès* ». Une trépanation et des ponctions ont rendu latente, avec un bon état général, une suppuration cérébrale qui s'accompagnait d'un syndrome d'hypertension à évolution rapide.

J'espère vous la remonter débarrassée de sa suppuration.

OBS. II. — M^{lle} Z..., abcès frontal.

Le 21 janvier 1938, le Dr Lesné nous adresse une jeune fille de dix-huit ans, dont les troubles ont débuté en novembre 1937. Après un épisode de malaise général, avec rhume, survient une furonculose, qui est traitée, et disparaît au bout d'un mois environ. C'est à ce moment qu'apparaissent des céphalées frontales violentes, accompagnées de larmoiements.

Le médecin pense à une grippe, puis à une complication méningée.

Après trois à quatre jours, cependant, tout semble rentrer dans l'ordre, et la malade peut reprendre le travail. L'accalmie ne dure que trois jours, au bout desquels les douleurs reprennent de plus belle, sont continues de jour et de nuit, et s'accompagnent de vomissements.

On pratique tour à tour un traitement des troubles digestifs, des ponctions du sinus maxillaire, sans que la malade en éprouve aucun soulagement.

Les céphalées persistent pendant tout le mois de décembre.

Au début de janvier 1938, elle voit brusquement double, et son entourage voit se constituer un strabisme convergent. La malade est alors hospitalisée à Levallois, où une série d'examens est pratiquée. Dans les notes qui nous ont été transmises, nous relevons que l'examen neurologique a été négatif, mis à part le strabisme par paralysie du VI droit, et une diminution du réflexe rotulien gauche. Tous les autres réflexes, en particulier les réflexes cutanés, sont normaux. Il n'y a pas de raideur de la nuque. L'examen somatique est négatif. La tension est de 12-9.

On pratique une ponction lombaire ; le manomètre de Claude indique une tension de 82, en position assise.

La quantité d'albumine est de 0 gr. 40, et la numération à la cellule de Nageotte donne deux éléments au millimètre cube.

L'examen oculaire donne le résultat suivant : vision œil droit : amblyopie par myopie unilatérale ; vision œil gauche : normale.

Fond d'œil : stase papillaire plus importante à gauche.

Différents examens oculaires, pratiqués le 17 et le 21 janvier, montrent que la stase augmente rapidement ; la vision reste bonne.

C'est alors que la malade est adressée dans notre service, où elle entre, le 21 janvier 1938.

A notre interrogatoire, elle se plaint de céphalées, moins violentes cependant que durant les mois précédents, de diplopie. La tête est inclinée, tantôt à droite, tantôt à gauche ; les mouvements du cou sont très douloureux.

Elle ne vomit plus, ne se plaint ni de vertige, ni de douleurs, ni de bourdonnements d'oreille.

Elle est normalement réglée ; son poids a diminué de 5 kilogrammes en un mois.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans les antécédents, sauf un épisode aigu mal défini, survenu à l'âge de treize ans.

L'examen neurologique ne montre rien de plus que ce qui a été observé pendant son séjour à Levallois. La stase papillaire est très importante ; la vision est de 1/5 à droite, et de 2/3 à gauche. Le champ visuel est normal.

Le 31 janvier 1938 : on fait une ventriculographie qui montre une déformation de la corne frontale gauche.

La malade est opérée le jour même par P. Puech. Son compte rendu opératoire est ainsi libellé : volet fronto-temporal gauche, très vasculaire ; dure-mère tendue. A travers la dure-mère, au pôle frontal, dans l'angle antéro-interne du volet, le cerveau apparaît violacé. Incision de la dure-mère, sur 1/2 cm. pour ponction au trocart-mousse. Ponction poussée dans la direction où le cerveau paraît malade, et non vers le ventricule, à 4 cm. de profondeur ; sensation de mollesse, on retire un pus épais et verdâtre (60 c. c.). Le cerveau est immédiatement détendu après cette soustraction. On ne sent pas de coque.

Ablation de la partie frontale du volet. Remise en place de la partie motrice et temporale gauches.

Le pus renferme du staphylocoque doré.

La malade est en très bon état.

Le 21 février 1938, l'abcès est à nouveau ponctionné à travers la peau, on retire 60 c. c. de pus.

Le 17 mars 1938 : nouvelle ponction, on ne retire cette fois que quelques centimètres cubes, on sent une coque autour de l'abcès. La malade est debout, sans fièvre, va et vient. L'appétit est bon. La jeune fille a notablement engraisé. Elle ne souffre plus de la tête. L'acuité visuelle a augmenté.

La malade a été réopérée par P. Puech, au début d'avril. Après réouverture de la dure-mère, il a été enlevé une masse cérébrale, située dans la région préfrontale gauche, du volume d'une petite mandarine. Il existait trois abcès alignés, d'arrière en avant, et de dehors en dedans, jusque dans la région olfactive. Ces abcès étaient petits ; le plus gros, celui qui sans doute avait contenu 60 c. c. de pus, n'en renfermait que quelques c. c. Sa paroi a plus d'un cm. d'épaisseur. Les autres, de véritables blocs fibreux, montrent en leur centre une petite caverne grosse comme un pois. Il existe du pus à staphylocoque.

L'évolution de l'opération cérébrale a été normale. La réunion s'est faite par première intention. Mais, comme dans un cas publié antérieurement, il s'est développé une collection suppurée entre la peau et la dure-mère. A cause de cela, la malade ne vous est pas présentée aujourd'hui. Elle n'a pas de fièvre. L'état général est excellent.

Quoi qu'il en soit, une trépanation décompressive avec ponction de pus, a transformé un syndrome d'hypertension intra-cranienne à évolution alarmante. Il n'y a pas eu de drainage.

On peut se demander s'il eût été nécessaire d'enlever les abcès dont deux avaient des cavités excessivement réduites. Cependant, ils contenaient encore du pus virulent. Ne pouvaient-ils avoir d'autres poussées, comme cela est fréquent ? Mais nous nous demandons comment un drain serait venu à bout de trois abcès non communicants !

Obs. III. — Au début d'octobre 1937, le Dr L... nous adresse M. L..., âgé de trente et un ans.

Le début de la maladie est difficile à préciser. Le malade présente des troubles tels que : somnolence diurne, crises de céphalée déclenchées par un choc, tel qu'une détonation, existant depuis l'âge de dix-sept ans. De plus, depuis le début de 1937, il accuse des troubles visuels passagers : brouillard devant les yeux.

Durant l'été 1937 : fatigue générale, amaigrissement (3 kilogrammes en trois mois). Accentuation de la somnolence ; il s'endormait à midi, dès qu'il s'asseyait à table, ou en lisant le journal. Les troubles visuels deviennent plus fréquents.

Fin août 1937 : après une journée de fatigue, se plaint de courbature générale. Dans la nuit, température à 39°4 ; le lendemain, la température est redevenue normale.

Depuis lors, le malade se sent fatigué, mais travaille comme auparavant (il est cultivateur).

Du 7 au 10 septembre 1937, vient à Paris voir l'Exposition, conduit à l'aller et au retour (150 kilomètres environ). On ne constate aucune somnolence.

Le 11 septembre 1937 : aurait pris froid (?) ; le soir, courbature, se plaint de la tête. Température entre 38° et 39°, qui serait tombée le lendemain.

Le 12 septembre : va à la chasse, se fatigue. Vers midi, est pris de nausées, se sent mal, pâlit, sent ses jambes fléchir, et s'allonge à terre, sans perdre conscience ; peut parler à sa femme. Il demande à se coucher, se plaint de la tête.

Du 12 au 17 septembre, reste fatigué, température normale.

Vers le 17 septembre, son médecin est frappé par son teint jaunâtre, et prévoit un ictère. Le 19 septembre, ne peut se déboutonner de la main gauche. Du 20 au 21 : nausées, barre épigastrique ; température à 39°4. Le 20, ne peut attacher un lien ; maladroit pour prendre les petits objets de la main gauche, se plaint d'avoir « la main gelée ». Quelques jours après, est revu par son médecin qui pense à une intoxication intestinale.

Le 24 septembre : *céphalée frontale*, constante, calmée par l'aspirine, avec nausées, sans vomissements.

Le 25, *céphalée* et vomissements avec intolérance digestive. La paralysie du bras gauche s'aggrave nettement. Le membre inférieur gauche est un peu lourd. On prescrit la potion de Rivière. La température est alors entre 37°2 et 37°7.

Le 26, amélioration des mouvements ; le 27, nouvelle aggravation. Le 28, est vu par le Dr Magne, de Compiègne, qui conseille de nous adresser le malade.

Le 1^{er} octobre au matin, tient encore debout, mais soutenu. L'après-midi, doit être porté. C'est alors qu'il est vu pour la première fois en consultation. Il est transporté à la clinique.

A l'examen, le 3 octobre 1937 : malade couché, somnolent, les paupières tombantes, ne s'éveillant que lorsqu'on lui parle. *Hémiplégie gauche* incomplète, prédominant au membre supérieur, et à l'extrémité distale, elle est variable d'un jour à l'autre : membre supérieur, flexion et extension du coude possible, abduction du bras abolie. Mouvements du poignet et des doigts à peine ébauchés le lendemain. Membre inférieur : troubles moins accusés ; peut soulever le talon du plan du lit.

Réflexes tendineux, vifs des deux côtés.

Réflexes cutanés : extension de l'orteil *bilatérale* ; abdominaux, non mis en évidence ; crémastériens : abolis à gauche.

Coordination : semble troublée au membre inférieur, surtout les yeux fermés.

Sensibilité profonde : abolie à tous les modes au membre supérieur ; au membre inférieur notion de position de l'orteil abolie.

Sensibilité superficielle : hyposthésie assez marquée (tact confondu avec piqure), de l'hémicorps gauche.

Tonus : signe de Kernig ; raideur de la nuque.

Troubles sphinctériens : Incontinence, non constante, depuis le 2.

Nerfs craniens :

II. Stase papillaire bilatérale peu prononcée.

V. Hyposthésie cornéenne gauche.

VII. Parésie centrale gauche.

VIII. Semble normal (malade obnubilé).

Nerfs mixtes : hoquet.

Psychisme : bien orienté. Somnolence.

Etat général : température, ascension progressive de 37°8 à 39°6.

Sang : polynucléose et leucocytose.

Crâne : douleur diffuse à la pression ; subjectivement, *céphalée* droite et postérieure.

Opération le 5 octobre 1937 (Cl. Vincent).

Volet pariétal postérieur droit, étendu de la ligne médiane à la région temporale, de 8 à 9 centimètres de côté. Cerveau dur comme une pierre. Incision de la dure-mère à la partie moyenne, de 8 millimètres environ ; pour permettre de passer le trocart sans effort. Ponction : à 2 millimètres, du pus épais monte dans la seringue. On en retire 70 centicubes. On n'a pas senti de coque à l'abcès. La dure-mère n'est pas incisée davantage.

Coagulation des bords de l'incision durale, attouchements iodés autour. Le volet est enlevé.

L'état général est transformé le jour même ; le malade s'alimente réellement bien.

Cette amélioration est de courte durée : six jours. Au bout de ce temps, torpeur de plus en plus profonde ; le malade garde dans la bouche les aliments. Bref, état très alarmant.

Nouvelle ponction : 50 c. c. de pus. Le soir même, le malade est éveillé, répond aux questions, recommence à s'alimenter. Pendant plusieurs jours, il mange avec appétit, parle spontanément, pose des questions, répond à celles qu'on lui fait. Puis en deux jours, nouvelle perte de l'appétit, torpeur profonde.

Troisième ponction : environ 45 c. c. de pus. Cette ponction est suivie à nouveau d'une véritable résurrection, très rapide. Cette fois, l'amélioration ne dure que quelques jours. Le malade retombe dans une torpeur voisine du coma. Une nouvelle ponction, faite à 2 centimètres en arrière de la précédente, amène très peu de pus. Amélioration réelle, mais beaucoup moins marquée que les précédentes, et qui ne dure pas quarante-huit heures. On ponctionne : encore très peu de pus. Il est évident qu'il se passe quelque chose de nouveau. La plaie s'est infectée, plus exactement l'espace entre la peau et la dure-mère, et, à cause de cela, on craint de rouvrir. Le malade meurt avec une température élevée.

La température oscillait entre 38°5 et 40° pendant l'intervention. Elle a continué à se maintenir à la même hauteur après l'intervention et les ponctions, ce qui dénotait que l'infection continuait.

A l'autopsie : abcès entre dure-mère et la peau. Abcès entre la dure-mère et le cerveau. Abcès du cerveau. Une paroi était en formation. Elle était trop peu solide pour que l'abcès pût être enlevé. Aucune adhérence entre le cerveau et la dure-mère.

Dans ce cas, la décompression par volet, les ponctions, n'ont pas suffi à arrêter l'évolution de la maladie. Sans doute, au moment de la première ponction, la paroi cérébrale (non doublée de coque), qui limitait l'abcès vers la face externe, n'avait guère que 2 millimètres d'épaisseur. Peut-être était-elle déjà infectée, et peut-être cette infection se fût-elle, sans intervention, étendue à la méninge. Mais on peut penser aussi que le pus s'est répandu dans la méninge après une des ponctions.

En effet, la pression ayant diminué à l'intérieur de l'abcès, sa paroi superficielle, très mince, s'est invaginée, et le contenu de la cavité a pu se répandre à la surface de la méninge, par l'orifice de ponction.

Par conséquent, en cas de gros abcès superficiel très tendu, il faut sans doute détendre, et évacuer du pus, mais il ne faudrait pas le faire, sans avoir produit des adhérences entre la surface du cerveau et la dure-mère. On se trouve entre deux obligations contradictoires : détendre, parce que l'hypertension est menaçante, mais aussi empêcher de se rétracter. Quand la paroi de l'abcès est épaisse, 1 centimètre ou plus, il n'y a guère à craindre que le pus gagne la méninge. Cela n'est jamais arrivé. Mais on comprend qu'il peut ne pas en être de même, si le chemin entre la cavité de l'abcès et la dure-mère est très court.

Un drain, avant toute adhérence, eût-il mieux fait ? Cela n'est pas sûr. Nous croyons qu'il eût fallu mettre autour de l'orifice de ponction

une barrière faite de tissu musculaire. L'expérience nous ayant appris, et à *Cushing avant nous*, que le muscle sert très bien de barrage à l'infection. Peu importe le moyen de réaliser ce barrage, pourvu qu'on y parvienne.

Il eût fallu sans doute ensuite drainer.

En résumé, ici on n'a pas pu faire durer le malade le temps nécessaire à la formation d'une coque.

Une autre limite à la méthode, est l'extension de la paroi de l'abcès à des organes dont la perturbation est incompatible avec la vie.

Obs. IV. — Il s'agissait d'un abcès post-otitique du lobe temporal gauche, opéré déjà trois fois : deux fois par des auristes, une fois par un chirurgien. La tumeur était volumineuse ; elle s'étendait de la couche optique gauche à la faux du cerveau, en passant sous la corne sphénoïdale du ventricule latéral, dans laquelle elle faisait saillie. Elle put être enlevée d'une pièce, mis à part le segment attenant à la couche optique. Les premières suites opératoires furent simples : ni infection, ni hémorragie. Mais, au bout de quinze jours, la malade commença à se cachectiser à la façon des malades auxquels on enlève une tumeur hypothalamique. La vérification anatomique montra qu'il existait une altération importante de la couche optique.

Les abcès du cerveau, même pourvus d'une paroi épaisse qui s'étend à des organes dont l'intégrité fonctionnelle est nécessaire à la vie, ne peuvent être enlevés en bloc, non plus, d'ailleurs, qu'une tumeur de la même région.

CONCLUSIONS.

Il est hors de doute qu'on peut enlever tout d'une pièce un grand nombre d'abcès subaigus et chroniques des hémisphères cérébraux.

Les contre-indications de cette ablation en masse, viennent plus de la situation de ces abcès (par exemple l'adhérence à un organe dont l'altération, jusqu'ici, est incompatible avec la vie) que de leur taille même, qu'on peut réduire par ponction.

Si l'abcès n'a pas encore de coque suffisante, une large décompression — sans ouverture de la dure-mère — peut encore sauver la vie des malades, pourvu que l'abcès ne soit pas trop superficiel.

C'est en cela que la méthode a une portée générale. Car, si l'ablation en masse de la collection est peut-être l'affaire du neuro-chirurgien, la large décompression est l'affaire de tout chirurgien.

