



Deux cas d'abcès du cerveau. Opération. Guérison

Dr Nils Witt

To cite this article: Dr Nils Witt (1920) Deux cas d'abcès du cerveau. Opération. Guérison, Acta Oto-Laryngologica, 2:3, 348-354, DOI: [10.3109/00016482009123089](https://doi.org/10.3109/00016482009123089)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.3109/00016482009123089>



Published online: 08 Jul 2009.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)

Deux cas d'abcès du cerveau. Opération. Guérison.

Par le Dr NILS WITT.

Pendant mes fonctions d'oto-rhino-laryngologiste à l'hôpital du district de Karlstad, j'ai eu l'occasion d'observer et d'opérer deux nouveaux cas d'abcès du cerveau que je vais brièvement relater.

Cas 1. Le dernier jour du mois d'octobre 1918 entra à l'hôpital un jeune homme (I. J.) de 18 ans qui avait eu la grippe espagnole pendant une quinzaine et durant cette période avait présenté un fort coryza, surtout du côté droit. Depuis deux jours, vives douleurs au niveau du sinus frontal droit et début d'oedème en cette région. A l'admission à l'hôpital, on constate du pus dans la fosse nasale droite et de la sensibilité au niveau du sinus frontal (avec gonflement) et fièvre modérée. Je fis pour commencer une résection du cornet moyen. Le lendemain matin, le malade eut une crise de perte de conscience, des contractures des membres du côté gauche et de la déviation conjuguée à gauche et en haut. Avant midi, la conscience était à nouveau revenue. On fit alors une ponction lombaire qui indiqua une tension de 300 mm. (en position couchée). Le liquide contenait une quantité considérable de leucocytes polynucléés, mais pas de bactéries. Il existait donc une méningite non bactérienne. Je trépanai le sinus frontal, qui contenait du pus épais sous pression. Drainage. Les jours suivants, fièvre élevée (40° et plus) qui diminua peu à peu. Au bout d'une semaine, il survint une pneumonie d'abord à gauche, puis à droite. Après évolution

de ces affections, commencèrent des vomissements et de la céphalée qui allèrent en augmentant. Le 19 décembre, examen du système nerveux (Dr Andersson):

»La marche est peut-être légèrement spasmodique pour le membre inférieur droit. Pas de signe de Romberg. Il est possible qu'il y ait un peu de raideur de la nuque. Pas de signe de Kernig. Stase papillaire bilatérale, très marquée à droite. Pas de diplopie; pas de nystagmus. Réaction pupillaire normale. Parésie marquée du facial inférieur gauche. La moitié gauche du voile du palais est légèrement abaissée. Pas de parésie des bras. Exagération des réflexes tricipital et radial du côté gauche. Pas d'incoordination, ni d'adiadochocinésie. Pas de parésie des membres inférieurs; pas d'ataxie, ni d'hypertonie. Les réflexes rotuliens ne présentent rien de particulier; celui de gauche est exagéré, celui de droite est normal. Les réflexes achilléens sont vifs. Signe de Babinski négatif; signe d'Oppenheim positif (côté gauche).»

La radiographie révéla de grandes altérations osseuses juste au niveau du sinus frontal droit.

Opération 19 décembre. D'abord, nous fîmes une opération radicale ordinaire par la méthode de Killian: puis nous pratiquâmes une incision transversale dirigée vers le vertex. En cette région, l'os était carié sur une vaste étendue avec plusieurs fistules. La dure-mère fut mise à nu dans toute l'étendue en question. Elle était très tendue. La ponction donna immédiatement issue à du pus (la culture y révéla des staphylocoques). Parallèlement à l'aiguille qui avait servi à faire la ponction et qui était demeurée *in situ*, nous fîmes ensuite avec un fin bistouri une incision de deux centimètres de profondeur; puis la plaie du cerveau fut débridée avec précaution à l'aide de pinces et il s'en écoula, par saccades, environ une cuillerée à café de pus. Une seule mèche en caoutchouc, petite, fut introduite dans le fond de l'abcès.

Le cas prit bonne tournure avec le changement bi-quotidien du pansement.

A deux reprises le malade eut un érysipèle véritable, ayant son point de départ dans la plaie opératoire et qui fit le tour

du crâne; mais cette complication ne nuisit pas beaucoup à notre opéré. Il se forma de bonne heure un prolapsus du cerveau qui, au début, me donna pas mal de souci, mais régressa peu à peu sous l'action du traitement à l'air chaud avec l'appareil Föhn, les rayons de Röntgen et la ponction lombaire. Le liquide de ponction était désormais limpide et la pression descendit graduellement jusqu' à 150 mm. (en position couchée); en même temps la stase papillaire disparut.

Le tamponnement du cerveau fut supprimé le 27 janvier.

Le malade sortit au bout de 4 mois, parfaitement guéri.

Cas 2. Le 13 juin 1919, un garçon de 10 ans (C. H. v. A.) entra à l'hôpital. Il avait eu occasionnellement à plusieurs reprises des douleurs d'oreille, mais sans écoulement. Du reste, était en parfaite santé. Le 7 juin, il tombe malade; l'affection débute par une vive douleur dans l'oreille gauche. Il est traité chez lui par des instillations d'alcool. Le 12, un gonflement commence à paraître au niveau de la région parotidienne gauche. Pendant la nuit: T°: 40°,4. Pas de frisson, ni de délire, ni de vomissement.

A l'entrée, le malade présentait un gonflement non fluctuant au niveau de la parotide gauche. Pas de douleur au niveau de la mastoïde. Ecoulement abondant et pulsatile provenant d'une grande perforation sise dans le quadrant postéro-supérieur du tympan épaissi, rouge-chair, mais non bombé. Voix chuchotée perçue à 20 centimètres. Pas de symptômes labyrinthiques. T°: 39°,6. Pouls 100. Excellent état général. Pas de douleurs.

La fièvre persiste. Le 18 juin, incision d'un abcès dans la région parotidienne gauche. Comme cet abcès ne se vidait pas suffisamment, on fit le 20 juin une contre-ouverture; la température tomba alors en même temps que la sécrétion diminuait à la fois de l'oreille et de la plaie, surtout de cette dernière. Ultérieurement, nouvelles ascensions thermiques. Le 28, le malade eut sur tout le corps un exanthème ressemblant à de l'urticaire, qui disparut rapidement. Le 2 juillet T°: 40°,4. Pouls 120. Rougeole typique, conjonctivite et bronchite. Le 4, dans l'après-midi, alors que l'amélioration

était en train de continuer, le malade se trouva brusquement plus mal. D'après les renseignements, il eut des secousses à la commissure buccale gauche, il fut ensuite très agité et après cette crise n'était plus le même qu'auparavant. Quand je l'examinai, dans la soirée, je le trouvai somnolent; il ne répondait pas volontiers quand on lui adressait la parole et se plaignait de fatigue. Du reste, pas de symptômes cérébraux. Le lendemain matin, il était un peu plus lucide, la température était en baisse et le pouls à 88. Je vis que je pouvais m'absenter pour la journée. A mon retour, le 7 juillet, il était constamment somnolent et abattu; mais en outre, il existait une aphasie évidente. Il pouvait prononcer des mots isolés, mais il avait oublié le nom d'une foule d'objets très simples. Il ne savait plus comment il s'appelait, de quel pays il était, le nom de son école etc. mais, il pouvait répéter ce qu'on lui disait. Il écrivait bien quoiqu'avec difficulté. Il se trompait dans le calcul le plus simple et disait que $2 + 2$ faisait 3 etc. il appelait un verre: une boîte, un canif: «une plume etc.» Pas de stase papillaire. Raideur de la jambe droite avec pseudoclonus du pied. Signe de Babinski positif. Pas de raideur de la nuque. Il est possible que le Kernig existe» (Dr Grahn).

La veille et le jour même, il eut quelques vomissements. T° 37°,1. Pouls 60. Un écoulement assez abondant continue à se faire par l'oreille. Il entend de ce côté (avec assourdisseur). Pas de nystagmus. Weber latéralisé à gauche. Pas de douleur au niveau de la mastoïde. Au bout de quelques jours, nouvel abcès augmentant de volume au niveau de l'abcès parotidien primitif. On l'incise, il sort beaucoup de pus. Ponction lombaire: tension: 440 mm. (position couchée). Liquide limpide (au point de vue microscopique: la teneur en cellules est augmentée; pas de bactéries). Nonne négatif; Pandy positif. Après ces deux interventions, le malade demeura plus calme; l'état général et l'état psychique présentèrent une certaine amélioration.

Le soir, on nota à plusieurs reprises l'arrêt de la respiration. Le malade est abattu, somnolent. Pouls 88. *Opération*

à minuit. On pratique l'opération de Schwartze. On ne trouve rien dans les cellules, sinon quelques granulations anciennes. Mise à nu de la dure-mère dans la fosse cérébrale moyenne. A la base de la mastoïde, immédiatement au dessus du bord d'insertion supérieure du pavillon, on trouve quelques cellules nécrosées; on en pratique l'ablation. Juste au dessus de ce point l'os était nécrosé et avait disparu sur une étendue égale à une pièce de 2 öre et la dure-mère à nu était semée de granulations. Un stylet introduit par l'incision de l'abcès arriva directement en cet endroit. Une ponction pratiquée parallèlement à la base du crâne donna issue à un pus abondant. On laissa l'aiguille de la seringue *in situ* et le long de celle-ci on fit une incision au bistouri. Une cuillerée à café de pus épais s'écoula lors des débridements prudents exécutés avec une prince de Péan. On introduisit une seule petite mèche de caoutchouc jusqu'au fond de la cavité à travers l'ouverture qui avait environ 1 centim. de large. 8 juillet: état général excellent. Le malade est lucide et calme; il n'a que quelques lapsus isolés de mémoire. T° 37°,8. Pouls 92.

Le 9 juillet, changement de pansement. Il sort environ deux cuillerées à soupe de pus. Incision accessoire en forme de T renversé pour faciliter les pansements. 10 juillet: état psychique absolument normal.

Avec deux pansements quotidiens, la sécrétion diminua graduellement et le 28 juillet, on enleva le tamponnement du cerveau; le 4 août, suture secondaire, qui cependant céda ultérieurement. Le malade sortit le 18 août pour revenir se faire traiter en consultation. Au premier décembre, la cavité opératoire externe était totalement cicatrisée. Pendant tout ce temps là l'état du sujet avait été absolument normal.

Considérations.

Les considérations que ces cas nous inspirent peuvent être très brèves.

Le premier cas débuta presque immédiatement à la suite d'un empyème du sinus frontal, par une méningite, qui, ultérieurement, régressa et qui faisait ainsi penser à la possibilité d'une autre complication cérébrale (Cf. BORRIES: Contribution à l'étude du tableau bénin du liquide céphalo-rachidien dans les complications endocraniennes otitiques *Acta oto-laryngologica* I: 1). De même, par la suite, l'existence d'un abcès cérébral devint très manifeste et l'on procéda alors à l'opération. Au cours du traitement post-opératoire, il se forma un prolapsus cérébral très volumineux qui, cependant, régressa grâce au traitement exposé plus haut.

Dans le second cas, particulièrement intéressant à plusieurs points de vue, la marche fut plus sournoise. Au début, il existait une otite aiguë violente et un abcès parotidien du même côté. On aurait, certes, voulu trouver une relation entre ces deux affections, mais il ne put en être ainsi, à moins que l'abcès parotidien ne fut considéré comme dû à la fonte d'une parotidite épidémique ou d'une parotidite septique. Il n'existait pas de mastoïdite, ni le moindre symptôme cérébral. C'est pour cela qu'il n'y avait pas de motif de pratiquer une ponction lombaire qui, au point de vue mentionné plus haut, n'aurait pas manqué de donner des renseignements intéressants. Plus tard, il survint une rougeole qui rendit le tableau plus obscur encore. La lumière ne fut faite que lors de l'apparition de l'aphasie absolument nette et du ralentissement du pouls. La ponction lombaire indiqua une tension de 440 mm. avec un liquide clair. Lors de l'opération faite alors avec le diagnostic d'abcès du cerveau, nous trouvâmes la mastoïde pour ainsi dire presque intacte, tandis que nous constatâmes que quelques cellules à la base de l'apophyse zygomatique formaient le foyer osseux de l'abcès qui, d'une part s'était dirigé en dehors dans la parotide et d'autre part en dedans dans le lobe temporal du cerveau. Une complication otogène de cette nature constitue un phénomène de la plus grande rareté, si même elle n'est pas unique en son genre.

Dans les deux cas, j'ai employé avec avantage la méthode de drainage de Bárány, qui consiste à introduire une seule mèche étroite de caoutchouc dans le fond de l'abcès. Dans le premier cas qui fut compliqué de prolapsus, le tamponnement du cerveau fut supprimé au bout de 39 jours, dans le second au bout de 21. Il me semble que cette méthode de Bárány est, actuellement, souveraine dans les abcès du cerveau.
