



TE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1924-1925. — N° 49.

Manuscrit A 52-28

La Thrombophlébite des Sinus Caverneux secondaire aux affections septiques d'origine dentaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FAULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Clovis MERCIER

né à Romain-sur-Meuse (Haute-Marne), le 19 Mars 1900.



VALENCE

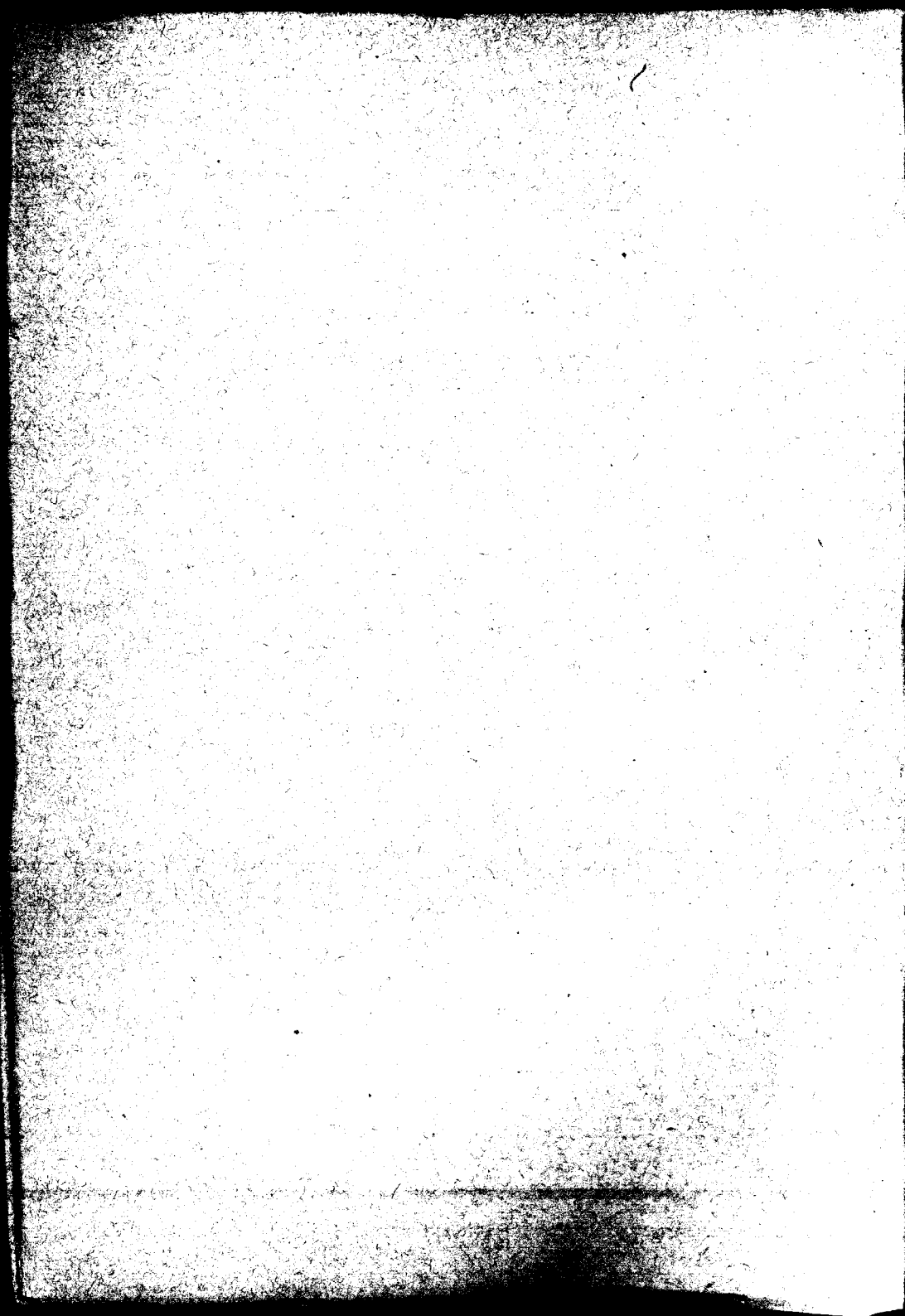
Imprimerie CHARPIN & REYNE

13, Boulevard Bancel, 13

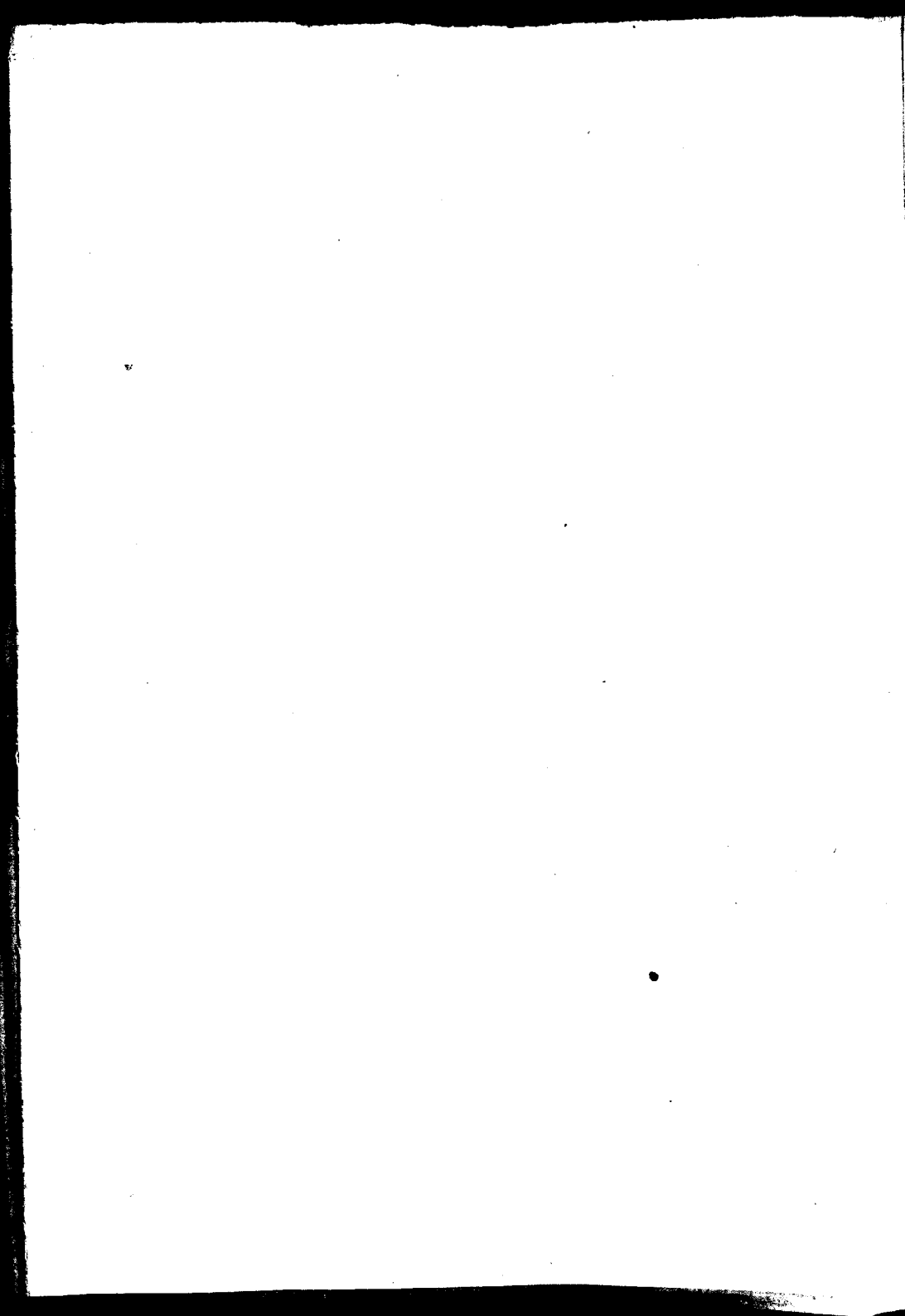
Téléphone 0-27

1924





La Thrombophlébite du Sinus caverneux
secondaire aux affections septiques
d'origine dentaire



**La Thrombophlébite des Sinus Caverneux
secondaire aux affections septiques d'origine dentaire**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Clovis MERCIER

né à Romain-sur-Meuse (Haute-Marne), le 19 Mars 1900.



VALENCE

Imprimerie CHARPIN & REYNE

13, Boulevard Bancel, 13

Téléphone 0-27

—
1924



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen.....	M. J. LEPINE.
Assesseur.....	M. ROQUE.

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE A., TEISSIER.

Professeurs

Cliniques médicales.....	MM. BARD. ROQUE. TIXIER.
Cliniques chirurgicales.....	BERARD. COMMANDEUR.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET.
Clinique ophtalmologique.....	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE J.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.....	VILLARD.
Clinique des maladies des femmes.....	LANNOIS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	ROCHET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	NOVE-JOSSERAND.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	CLUZET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENQ.
Chimie biologique et médicale.....	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.....	BRETIN.
Matière médicale et Botanique.....	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	LATARJET.
Anatomie.....	POLICARD.
Histologie.....	DOYON.
Physiologie.....	COLLET.
Pathologie interne.....	MOURQUAND.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PAVIOT.
Anatomie pathologique.....	X.
Chirurgie opératoire.....	ARLOING F.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	EUGÈNE MARTIN.
Médecine légale.....	COURMONT P.
Hygiène.....	PIG.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	X.
Pharmacologie.....	

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.....	TELLIER.

Agrégés

MM.
NOGIER.
THEVENOT Léon.
GARIN.
SAYY.
FROMENT.
THEVENOT Lucien.
PILRY.

MM.
COTTE.
DUROUX.
TRILLAT.
SARVONAT.
FLORENCE G.
ROCHAIX.

MM.
CORDIER V.
ROUBIER.
FAVRE.
BONNET.
RHENTER.
LEULIER.

MM.
MAZEL.
SANTY.
DUNET.
CHALIER André.
CHALIER Joseph.
NOEL.
CORDIER Pierre.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANNOIS, Président ; TELLIER, Assesseur
MM. THEVENOT Lucien et CORDIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE MATERNEL

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

MARCEL DURAND

mort au champ d'honneur

Glorieux soldat de la grande guerre. Nous avons gardé de lui un pieux souvenir. Sa grande âme, son cœur généreux le rappelleront toujours à notre affection.

A MA MÈRE

Sa douceur et sa tendresse resteront à jamais gravées dans notre cœur. Nous lui dédions ce travail, témoignage bien faible de notre reconnaissance infinie.

A MON PÈRE

LE CAPITAINE MERCIER

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous conduisant sur le chemin de l'honneur et du devoir, il a toujours été le plus bel exemple de notre vie. Qu'il reçoive cette thèse comme gage de notre piété filiale.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON ONCLE ET A MA TANTE

Ils ont veillé sur les premières années de notre enfance, qu'il croient à notre affectueuse reconnaissance.

A MON COUSIN

LE COMMANDANT DURAND

Officier de la Légion d'Honneur

Notre aîné dans la carrière, il fut toujours rempli de bienveillance à notre égard ; sa valeur et sa grande bonté nous l'ont fait apprécier et aimer.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique
Officier de la Légion d'Honneur

Nous n'oublierons jamais son enseignement clinique dont nous avons profité et la bienveillance qu'il ne cessa de nous témoigner au cours de nos recherches. Nous sommes heureux de lui adresser un public hommage de notre dévouement et de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. TELLIER

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DE L'EXTERNAT
DANS LES HÔPITAUX DE NANCY

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE NANCY ET DE LYON

ERRATA

- Page 10, l. 9. — Au lieu de : sur les conseil, lire : *sur les conseils*.
- Page 15, l. 6. — Au lieu de : Laurret, lire : *Laurel*.
- Page 18, l. 5. — Au lieu de : Les sinus, lire : *Le sinus*.
- Page 23, l. 3. — Au lieu de : maxillaire inférieure, lire : *maxillaire inférieure*.
- Page 28, l. 7. — Au lieu de : de thromboses, lire : *des thromboses*.
- Page 30, l. 25. — Au lieu de : sinusité, lire : *sinusite*.
- Page 34, l. 8. — Au lieu de : anastomiques, lire : *anastomotiques*.
- Page 40, l. 25. — Au lieu de : à la foi, lire : *à la fois*.
- Page 41, l. 9. — Au lieu de : se manifeste, lire : *se caractérise*.
- Page 42, l. 6. — Après : générale, mettre un point à la ligne.
- Page 44, l. 24. — Au lieu de : posisible, lire : *possible*.
- Page 45, l. 16. — Au lieu de : l'observation ou toute, lire : *l'observation toute*.
- Page 50, l. 31. — Au lieu de : pleux, lire : *plexus*.
- Page 51, l. 29. — Au lieu de : tu tartre, lire : *du tartre*.
- Page 54, l. 9. — Au lieu de : important, lire : *intéressant*.
- — — Au lieu de : je veux, lire : *nous voulons*.
- Page 57, l. 23. — Au lieu de : jusqu'aux, lire : *jusqu'au*.
- Page 58, l. 5. — Au lieu de : La Castellina Valladolid, lire : *La Castellana Valladolid*.
- Page 59, l. 15. — Au lieu de : l'Hémimaxillaire, lire : *l'hémimaxillaire*.
- Page 70, l. 27. — Au lieu de : la mâchorie, lire : *la mâchoire*.
- Page 75, l. 11. — Au lieu de : Délires, lire : *Délire*.
- Page 76, l. 9. — Au lieu de : comme un point, lire : *comme point*.
- l. 20. — Au lieu de : Trombophlébite, lire : *Thrombophlébite*.
- Page 78, l. 29. — Au lieu de : trismus interne, lire : *trismus intense*.
- Page 81, l. 22. — Au lieu de : caveux droits, lire : *caveux droit*.
- Page 86, l. 19. — Au lieu de : Plegmon, lire : *Pilegmon*.
- Page 87, l. 2. — Au lieu de : peterygoïdienne, lire : *ptérygoïdienne*.
- Page 90, l. 8. — Au lieu de : à quatre grandes, lire : *à grandes*.
- Page 91, l. 25. — Au lieu de : Ueber, lire : *Über*.
- Page 92, l. 16. — Au lieu de : Matuieu, lire : *Mathieu*.
- Page 93, l. 16. — Au lieu de : Nogné, lire : *Nogué*.

Avant-Propos

Ce n'est pas sans quelque inquiétude que nous avons entrepris de décrire dans notre thèse l'une des complications les plus redoutables que soit susceptible de produire, la banale ostéopériostite alvéolo dentaire : notre tâche était grande, nos moyens bien minimes et les articles qui furent publiés sur ce sujet sont rares, aussi est-ce timidement, qu'il y a bientôt un an, nous parlions à Monsieur le Professeur Lannois de l'objet de notre travail.

Ayant commencé nos études médicales à Nancy, à la Clinique Chirurgicale de Monsieur le Professeur Weiss, où nous sommes resté deux ans, nous avons gardé de cette première empreinte un goût plus marqué pour tout ce qui se rapporte à la chirurgie. La médecine, par ses raisonnements compliqués et ses résultats plus lents à se manifester, a toujours moins satisfait notre esprit de jeune étudiant. Aussi n'avons-nous pas hésité à glaner dans le grand champ, si fécond depuis cinquante ans, que représente le domaine chirurgical. Au cours de nos premières années d'externat, nous avons pu contrôler sur une de nos malades la marche inexorable d'une thrombophlé-

bile caverneuse d'origine dentaire ; nous étions loin de notre thèse, à cette époque bienheureuse où le livre du Professeur Testut remplissait nos rêves aux veilles d'examen, mais nous avons toujours gardé un souvenir pénible de cette pauvre malade qui finit par succomber après une longue agonie.

En 1923, nous eûmes l'occasion d'en suivre un autre cas publié à la fin de cet ouvrage ; c'est alors que, sur les conseils de M. le Docteur Mathieu, nous songions à consigner dans notre thèse le fruit de nos réflexions sur ce sujet.

•••

Comme un voyageur parvenu au terme d'un long et pénible voyage, il nous est particulièrement agréable de contempler le chemin parcouru et de payer notre dette de reconnaissance à ceux qui nous ont fourni une aide si généreuse au cours de notre vie d'étudiant.

Il est bien doux de nous rappeler ici au bon souvenir de M. le Professeur Agrégé Hamant, qui fut pour nous le guide éclairé de nos premières études : il ne cessa de nous témoigner toujours une sympathie bienveillante dont nous le remercions ; nous n'oublierons jamais que c'est au chevet d'un être qui nous est très cher que nous eûmes à apprécier sa grande bonté ; conseiller et consolateur tout à la fois, nous lui devons toute notre reconnaissance ; qu'il veuille bien accepter ce travail comme gage de notre très respectueux dévouement.

A Monsieur le Docteur Mathieu, chef de clinique chirurgicale, va également toute notre gratitude, nous eûmes

le bénéfice d'accomplir, sous sa direction, une année d'externat, il nous suggéra l'idée de ce travail : nous le remercions bien vivement.

C'est aussi avec émotion que nous rappelons ici les noms de nos maîtres dans l'externat, MM. les professeurs Weiss, André, Perrin, Jacques qui contribuèrent si hautement à former notre esprit médical par leurs claires leçons et les conseils cliniques qu'ils nous prodiguèrent.

Nous n'oublierons pas non plus MM. les docteurs Grandineau, Gamaléia et Aubriot, chefs de clinique, à eux va toute notre sympathie.

Monsieur le Professeur Lannois nous fit l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; pour la bienveillance avec laquelle il nous reçut dans son service d'oto-rhino-laryngologie, pour ses sages conseils qui nous furent d'une grande utilité dans l'édification de ce travail, nous lui devons une très affectueuse et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Tellier, dans ses intéressantes leçons agrémentées d'épisodes pris sur le vif, nous apprit à aimer la stomatologie, cette branche de l'art médical si délaissée des médecins. Il contribua beaucoup par sa logique et les éclaircissements qu'il nous donna à la mise au point de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de notre vive gratitude.

Nous ne terminerons pas cet avant-propos sans remercier M. le Professeur Rollet et M. le Docteur Terson qui, tous deux, ont si généreusement mis à notre disposition leurs réflexions et leurs observations sur le sujet qui nous intéresse.

Enfin, au seuil de notre carrière médicale, il nous est

bien doux d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous ceux de nos amis qui, durant de longues années d'études, nous ont entouré de leur affection et nous profiterons de cette occasion unique pour adresser à notre camarade très cher, le Docteur P. Jabot, le témoignage ému de notre dévouement le plus grand et de notre sympathie toute fraternelle.

Historique

La thrombophlébite sinusale est restée très longtemps inconnue et c'est *Abercrombie*, en 1818, qui signala le premier cas. Cette modeste tentative resta sans écho jusqu'en 1857, où *Bruce*, puis *Sentex* (Thèse Paris, 1865), puis *Brouardel* (1866), traitèrent des thrombophlébites d'origine auriculaire.

En 1868, *Trolard* présentait sa thèse d'anatomie qui donna à l'étude des accidents phlébitiques intra-crâniens une autre direction. La même année, *Lancereaux*, dans sa thèse, étudiait la symptomatologie ; puis *Knapp*, se saisissant des observations anatomiques de *Trolard*, présente, pour la première fois, trois cas de thrombophlébite caverneuse. Peu de temps auparavant, *Le Dentu* appelait déjà l'attention du monde médical sur les accidents intracrâniens consécutifs aux furoncles de la lèvre supérieure.

De 1870 à 1880, la question intéresse vivement le corps médical et nombreux sont les travaux s'y rapportant. *J. Reverdin* d'abord, démontra, en même temps que *Verneuil*, la propagation des infections au sinus caver-

neux par la voie faciale. Puis *Grenet* et *Marty*, 1873, *Bertrand*, 1874, *Duplay*, 1875, montrèrent l'origine nasale de certaines thrombophlébites intracrâniennes.

En 1876, *Pietkiewicz*, dans sa thèse, présente un cas de thrombophlébite d'origine dentaire. L'année suivante un nouveau cas est signalé par *Tueffert*, et nous arrivons enfin en 1879, année où le *Progrès Médical* en rapporte un troisième cas et où *Desmons* publie ses réflexions sur ce sujet.

Les années 1882, 1883, 1886, avec *Labbé*, *Festal*, *Gurwisch*, précédés de *Chabbert*, 1876, contribuent à mettre au point la délicate anatomie des veines de la face. Suivis par *Lancial*, dont la thèse très documentée rapporte le cas, resté célèbre, de *Piéchaud*, on parvient en 1888 à avoir sur l'anatomie et la physiologie des circulations exo et endocrâniennes des connaissances très approfondies auxquelles on n'a plus retouché depuis. En 1887, *Fauvel* et *Gaillard* étudient les thromboses des sinus et la phlébite ophtalmique au point de vue de leur symptomatologie.

Terson écrit, en 1893, un petit opuscule sur un cas de thrombophlébite caverneuse suite d'accidents dentaires, pendant que le Docteur *Tellier* recueillait plusieurs observations de thromboses faciales et pterygoïdiennes relevant des mêmes causes.

A partir de cette époque, les progrès envahissants de la chirurgie orientent les esprits vers le traitement sanglant des phlébites : *Robineau*, 1898, publie sa thèse et décrit une technique d'ouverture du sinus caverneux, *Hartley*, en 1900, *Voss* en 1902, *Dwigt* et *Germain*, la même année, préconisent et entreprennent des interven-

tions qui donnent de mauvais résultats. Enfin *Luc*, en 1905, modifiant les techniques, règle une nouvelle opération qui eut peu de faveur.

Depuis cette époque, la question semble tomber dans l'oubli, signalons la thèse de *Borge*, les observations de *Laurret*, de *Paniagua*, de *Mathieu* et *Gamaléia*, 1924, la thèse de *Sabatier* et les travaux du docteur *Tellier* synthétisés dans son rapport au Congrès de Stomatologie de 1911.

Aperçu de l'Anatomie et de la Physiologie des systèmes veineux faciaux dans leurs rapports avec le sinus caverneux

L'anatomie du système veineux facial est peut-être une des plus complexes de l'économie humaine ; les relations nombreuses qui existent entre les différents plexus veineux qui le constituent et les veines émissaires de la face ont soulevé de nombreuses discussions ; pourtant, à l'heure actuelle, grâce aux travaux remarquables d'anatomistes, tels que Trolard, Labbé, Festal, nos connaissances semblent devoir se codifier.

Pour la clarté de cet exposé, nous diviserons ce chapitre en deux parties, d'une part, l'étude du système veineux : *Sinus caverneux ophtalmique-angulaire-faciale-jugulaire interne*, d'autre part, l'étude du système veineux : *Sinus caverneux-veine de Trolard-plexus plérygoidien-veines dentaires-jugulaire externe*. A cet aperçu, nous adjoindrons quelques considérations sur les relations veineuses entre ces deux systèmes en raison de l'importance qu'elles peuvent prendre dans la pathogénie et le trai-

tement des thrombophlébites caverneuses d'origine dentaire.

Système veineux. Sinus caverneux-ophtalmique-angulaire-faciale-jugulaire interne.

Les sinus caverneux, lac sanguin de la base du crâne, situé sur les côtés de la selle turcique reçoit, au niveau de sa partie antérieure par un ou deux orifices, une ou deux veines ophtalmiques qui traversent la fente sphénoïdale. Généralement au nombre de deux, ces veines ophtalmiques n'ont pas une égale importance. **La veine ophtalmique supérieure** suit le plafond de l'orbite depuis son angle interne et supérieur jusqu'à l'angle interne de la fente sphénoïdale. Elle est volumineuse et s'abouche à plein canal dans l'angulaire, branche de la Faciale. Cette anastomose la rend, au point de vue communication avec le sinus caverneux, d'une importance capitale.

La veine ophtalmique inférieure à direction sensiblement parallèle à la supérieure, chemine sur le plancher de l'orbite, beaucoup moins importante que son homologue au point de vue de son débit, elle s'anastomose largement par l'intermédiaire de nombreuses veinules intraorbitaires avec la supérieure, mais aussi avec le plexus ptérygoïdien et la faciale par une voie détournée : la veine ophtalmo-faciale de Walther que nous décrirons au paragraphe relatif aux anastomoses. Elle prend, de ce fait même, une nouvelle importance. A son extrémité postérieure elle pénètre dans le sinus caverneux en passant au travers de la fente sphénoïdale, soit par un tronc

commun avec l'ophtalmique supérieur, soit indépendamment.

Avant de quitter le paragraphe relatif aux veines ophtalmiques, rappelons ici les travaux de Festal sur la *physiologie de leur circulation*.

D'après cet auteur, la circulation ophtalmique se ferait d'avant en arrière et il appuie sa discussion sur les faits suivants qu'il a constatés :

1° Volume progressivement croissant d'avant en arrière des veines ophtalmiques ;

2° Obliquité des affluents s'abouchant à angle aigu dirigé vers le sinus caverneux ;

3° Contraction soutenue de l'orbiculaire de la paupière formant ainsi valvule ;

4° Contraction incessante des muscles extrinsèques de l'œil ;

5° Orifice de l'ophtalmique maintenu béant par la lame conjonctive qui obture la fente sphénoïdale.

Pourtant tous les auteurs ne paraissent pas partager cet avis et nous croyons que si l'ophtalmique ne possède pas de valvules, le sang peut devenir aussi bien afférent qu'efférent au sinus suivant les variations de pression intrasinusienne ou les causes pathologiques.

Il semblerait donc plutôt que le sens du courant sanguin est indifférent et nous verrons pourquoi dans les thromboses il se trouve toujours obligatoirement orienté vers le sinus.

L'angulaire ne présente rien de particulier, elle est simplement la portion intraorbitaire de la faciale.

Quant à la **faciale**, nous ne décrirons que ses branches, peu importantes d'ailleurs, qui drainent les régions,

labiales supérieures et inférieures. Au niveau de la commissure des lèvres, en effet, la veine faciale reçoit :

1° les buccales qui serpentent dans les joues et viennent prendre naissance dans le vestibule buccal en s'anastomosant au plexus labiaux supérieurs et inférieurs ;

2° les labiales supérieures qui drainent le sang du plexus labial supérieur formé lui-même par des veines émanant du vestibule buccal et rebords alvéolaires ;

3° les labiales inférieures qui drainent le sang du plexus labial inférieur formé de la même manière que le précédent, mais présentant un réseau alvéolaire moins riche.

La voie sinus caverneux-ophthalmique-faciale est une voie connue de longue date, elle explique bien la genèse des accidents de thrombophlébite consécutive aux furoncles des lèvres mais dans le cas qui nous intéresse, elle ne semble être que rarement utilisée.

Système veineux. Sinus caverneux-veine de Trolard-sinus ptérygoïdien-veines dentaires-jugulaire externe.

Le sinus caverneux, au niveau de sa partie inférieure sphénoïdale, repose sur les trous ovale et grand rond. Au niveau du trou ovale, on peut constater un orifice sinusien généralement volumineux où vient s'aboucher directement une veine très importante décrite pour la première fois en 1868 par Trolard et appelée par lui « **veine du trou ovale** ». A son sujet, cet auteur écrit : « De la partie inférieure du sinus caverneux, part une veine assez volu-

mineuse qui se place en dedans de la branche maxillaire inférieure du Trijumeau passe avec elle dans le trou ovale et va se terminer dans le plexus ptérygoïdien. On peut l'appeler : veine du trou ovale, elle communique quelquefois avec les veines méningées.

Cette communication est tellement importante qu'elle est très souvent assurée par une seconde canalisation, celle-là passant par un conduit osseux particulier, ce conduit a son orifice supérieur situé en dedans et un peu en avant du trou ovale, son orifice inférieur se trouve à la base de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde. Sur 71 crânes, j'ai constaté 27 fois son existence, c'est-à-dire plus d'une fois sur trois, il mérite par conséquent de prendre rang parmi les trous que l'on décrit à la base du crâne ».

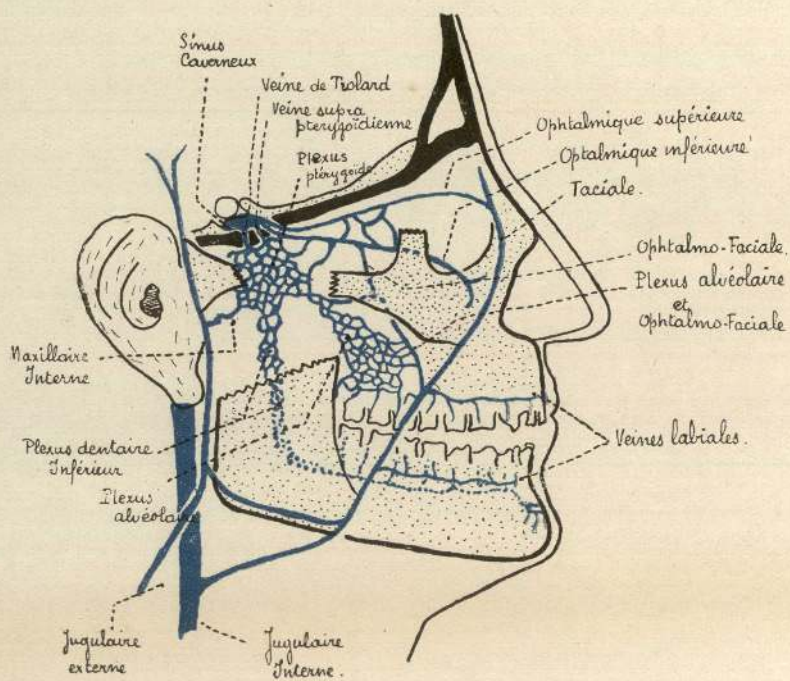
La veine de Trolard n'est donc pas unique, à elle s'adjoint généralement une autre, décrite sous le nom de *supraptérygoïdienne* par Carlos Charlin.

Ces veines débouchent directement après un très court trajet dans le **plexus ptérygoïde**, réseau veineux alvéolaire situé dans la fosse sous-zygomatique. *Il présente une importance capitale* au point de vue pathogénie des phlébites cavernueuses d'origine dentaire : il occupe l'espace compris entre les muscles ptérygoïdiens et temporal, Chabbert, dans son ouvrage sur les veines de la face et du cou, en donne une description très détaillée : « A son origine il est situé entre les deux ailes de l'apophyse ptérygoïde et se prolonge même sur la face interne de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde. Ce plexus n'a nullement la forme de mailles entrelacées, ce sont des branches veineuses très grosses et très nombreuses juxtaposées les unes aux autres et situées sur deux plans, la délimitation

des deux plans est constituée par l'artère maxillaire interne. Le plan postérieur beaucoup plus considérable que l'antérieur vient se prolonger sur la face interne de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et communique à ce niveau non seulement avec les veines extrarachidiennes antérieures de la région cervicale mais offre encore des branches anastomotiques avec le plexus pharyngien proprement dit. Ainsi constitué, le plexus ptérygoïdien se porte obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière, croise les muscles styliens et la veine jugulaire interne et reçoit à ce niveau les branches antérieures du plexus ».

Laballette, dans sa thèse, fait remarquer que les deux parties du plexus ptérygoïdien sont en rapport avec deux circulations différentes : la partie interne ou postérieure du plexus est en relation avec la circulation intra-crânienne par la veine du trou ovale, la petite méningée et la veine supraptérygoïdienne alors que la partie externe ou antérieure est en rapport avec les veines alvéolaires supérieures et inférieures et se continue en bas avec la buccale et la massétéline qui vont se jeter dans la maxillaire interne.

Mais les relations entre le plexus ptérygoïde et les dents semblent surtout nettes au maxillaire inférieur : « Nühn a vu, dit Festal dans sa thèse, le nerf maxillaire inférieur absolument enlacé jusqu'à sa division en lingual et dentaire par un abondant plexus qui alimente le sinus caverneux. Le dentaire inférieur en entrant dans son canal est de même entouré d'un plexus veineux. J'ai vu aussi la 3^e branche du trijumeau contenue dans une lame de tissu



Rapports entre les circulations veineuses faciale et caverneuse
(Plans profonds).
Demi schématique.

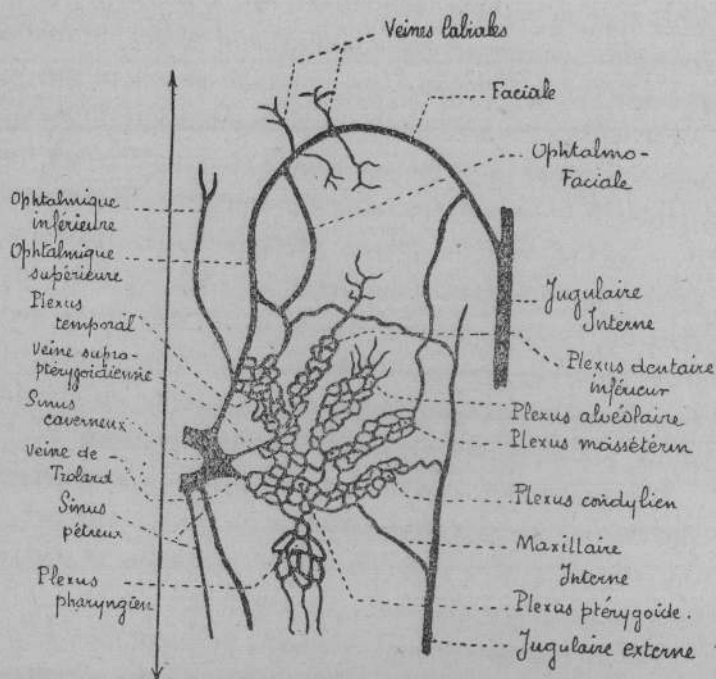
conjonctif comprise entre deux gâteaux ou plaques veineuses dépendant du plexus ptérygoïdien ».

Pour ce qui est du maxillaire inférieur, les relations avec le plexus ptérygoïde et partant avec le sinus caverneux sont donc bien nettes, *mais en ce qui concerne le maxillaire supérieur, les relations sont beaucoup moins précises* et les recherches des anatomistes ont permis de constater la présence, au niveau de la tubérosité du maxillaire supérieur, d'un plexus appelé *plexus alvéolaire* qui drainerait entre autre le sang des molaires supérieures : il se rattacherait au plexus ptérygoïdien en partie et s'anastomoserait largement avec la veine ophtalmo-faciale de Walther, laissant à la faciale le soin de recueillir le sang des autres alvéoles du maxillaire supérieur. Nous verrons au chapitre de la pathogénie les conclusions que nous pourrons tirer de cette remarque.

Observons enfin qu'il existe au niveau des gencives, entre la muqueuse et le périoste, des plexus veineux riches, en relation avec la circulation ptérygoïdienne et portant le nom de plexus alvéolaires de Foucher.

Examinons maintenant *comment la circulation se fait au carrefour ptérygoïdien*. Le sang venu du maxillaire supérieur par le plexus alvéolaire, du maxillaire inférieur par les veines dentaires inférieures se dirigera-t-il vers le sinus caverneux ou vers la jugulaire externe par la maxillaire interne ? La question est très controversée. Les deux auteurs qui font autorité en pareil cas, Festal et Trolard, sont d'avis différents ; l'un prétend que l'injection du plexus ptérygoïdien ne permet pas d'injecter en même temps le sinus caverneux ; il y aurait donc des valvules suffisantes et la veine de Trolard serait bien une veine

émissaire, l'autre, au contraire, soutient que, dans la généralité des cas, l'injection poussée dans la jugulaire externe envahit du même coup, le plexus ptérygoïdien et



Circulations veineuses faciales et cavernesuses.
Schématique.

Fig. 1

le sinus caverneux. Quoiqu'il en soit, remarquons que la pathologie fait de la veine de Trolard, une veine affluente au sinus et ici encore, nous croyons que le courant sanguin peut varier, suivant les conditions physiologiques ou pathologiques, pour prédominer dans le sens cervical ou dans le sens caverneux.

Enfin la veine maxillaire interne constitue une autre

voie efférente du plexus ptérygoïde ; elle va se jeter au niveau du condyle du maxillaire inférieur dans la temporale superficielle pour former avec elle la jugulaire externe.

Anastomoses. — Les anastomoses entre les deux voies précitées sont extrêmement nombreuses. Certaines n'ayant qu'un intérêt relatif, nous ne ferons que les citer.

a) *Plexus temporal*, en relation étroite avec les veines de l'orbite d'une part, avec le plexus ptérygoïdien d'autre part, il débouche dans un tronc qui se jette dans la temporale superficielle, et il est situé dans la fosse temporale, sous le muscle temporal.

b) *Plexus massétérin*, débouche dans la faciale.

c) *Plexus condylien*, anastomosé au plexus ptérygoïde et à la temporale superficielle.

d) *Plexus pharyngien*.

e) *Ophthalmofaciale de Walther*, fait communiquer l'ophtalmique inférieure avec la faciale, le plexus alvéolaire supérieur et le plexus ptérygoïdien ; elle met ce dernier en communication directe avec les veines orbitaires (Sébileau).

En résumé : la circulation veineuse, mettant en relation le système veineux dentaire avec le sinus caverneux s'effectue par deux voies distinctes : la voie FACIALE-OPHTALMIQUE, et la voie PLEXUS-PTÉRYGOÏDE-VEINE DE TROLARD, auxquelles s'ajoutent deux voies dérivatives : la voie : OPHTALMO-FACIALE DE WALTHER et la voie PTÉRYGO-ORBITAIRE DE SÉBILEAU.

Etiologie et Pathogénie

Comme toutes les phlébites septiques, la thrombophlébite du sinus caverneux, consécutive aux accidents dentaires, relève d'une étiologie microbienne. La cavité buccale contient à l'état normal une flore microbienne saprophyte ou pathogène très riche, la septicité du milieu est considérablement augmentée par l'existence de foyers périodontaires à la suite de complications de la carie ou de pyorrhées alvéolaires. Pourtant, si fréquentes que soient ces diverses lésions, il est bien rare de voir apparaître des symptômes indiquant l'envahissement des systèmes veineux faciaux. Il faut, en effet, pour qu'il y ait phlébite, non seulement une localisation anatomique spéciale de l'abcès, dont la pathogénie nous fournira l'explication, mais aussi *une exaltation de la virulence de certains microbes* : le streptocoque et le staphylocoque en particulier jointe au *fléchissement de l'organisme*.

Est-ce à dire que ce sont là les seuls germes de la bouche qui peuvent entraîner la formation des thromboses ? Non, et Ehlinger, dans sa thèse, présente un homme de 23 ans, mort à la suite de thrombophlébite cavernueuse

d'origine dentaire : ayant pratiqué l'autopsie, il examina une goutte du pus prélevé au niveau du sinus caverneux et constata la présence de nombreux *pneumocoques* et *staphylocoques*.

Pourtant si le pneumocoque et d'autres microbes banaux, comme les spirilles qui vivent dans le milieu buccal, sont susceptibles de provoquer de thromboses veineuses, il faut remarquer qu'ils se trouvent généralement associés à d'autres germes plus virulents qu'eux : ici encore, comme dans de nombreux cas de la pathologie infectieuse, les associations microbiennes semblent jouer un rôle capital.

En tous cas, il paraît suffisamment démontré dans les observations que nous publions que le streptocoque, comme dans les pyohémies puerpérales, reste l'agent causal de ces affections, grâce à ses aptitudes toutes particulières à déterminer des thrombophlébites.

L'espèce microbienne et l'exaltation de sa virulence interviennent donc pour une grosse part dans l'inflammation veineuse, mais il faut encore tenir compte de la *résistance du terrain* sur lequel le microbe cultive. Les observations particulièrement démonstratives à ce sujet de M. le Docteur Terson montrent que si l'on fouille les antécédents des malades, on trouve souvent des maladies ou des intoxications chroniques : tous les débilisés, tous les fatigués, et surtout tous les alcooliques, tous ceux qui font de la décalcification de l'organisme ont une denture en mauvais état et sont, de ce fait, des candidats aux thromboses veineuses. D'autre part, il faut reconnaître que même sur un organisme résistant, un phlegmon ostéopathique comme l'est le phlegmon maxillaire, crée au

tour de la zone où il évolue, un état de « stupeur locale » intéressant tous les systèmes avoisinants. A ce phénomène s'ajoute la résorption des produits toxiques et la pullulation des germes à l'intérieur du tissu aréolaire : ces deux causes associées à la déficience de l'état général augmentent singulièrement la gravité du pronostic.

Pourtant, malgré ces conditions favorisantes, hélas trop souvent réunies, nous devons remarquer que la thrombose gagne rarement les grands systèmes veineux ; dans les petites ramifications terminales veineuses, le caillot a en effet peu de tendance à se mobiliser et l'infection ne se propage pas. Le banal abcès de l'apex de la dent, la banale arthrite alvéolo dentaire ne peuvent pas à eux seuls déterminer des thromboses assez importantes pour entraîner l'inflammation des plexus veineux des étages supérieurs. *Aussi est-ce généralement au stade d'ostéo-périostite du maxillaire qu'apparaissent les grands phénomènes inquiétants des phlébites.*

Parvenu à ce stade, le processus inflammatoire évoluant grâce aux plexus veineux dentaires supérieurs ou inférieurs, atteint un des gros troncs veineux émissaire de la circulation faciale et y détermine une obstruction. Or la physiologie de cette circulation nous a appris que le sang circulait indifféremment vers le sinus caverneux ou vers les veines du cou ; qu'un caillot parvenu par une collatérale obstrue la lumière du canal collecteur principal, il se formera aussitôt *deux courants efférents*, l'un vers le sinus, l'autre vers les gros troncs veineux intrathoraciques : c'est ce qui explique bien ces thromboses caverneuses coïncidant avec l'apparition d'infarc-

tus viscéraux. (Observations de Zawadski, Fauvel, Boiteux.)

L'anatomie, d'autre part, nous montre que la circulation veineuse émanant des maxillaires emprunte deux grandes voies : la voie de la faciale et de l'ophtalmique, la voie du plexus ptérygoïdien et de la veine de Trolard. Le processus phlébitique suit nécessairement l'une de ces deux voies.

La voie faciale est généralement empruntée par les infections émanant du maxillaire supérieur. La veine faciale draine à elle seule la presque totalité du sang circulant dans la portion antérieure du maxillaire supérieur, la moitié postérieure déversant son sang dans le plexus alvéolaire qui lui-même alimente en très faible partie le plexus ptérygoïdien, en presque totalité l'ophtalmo-faciale de Walther. D'ailleurs ces différentes communications se font par des canaux de faible calibre, par des plexus peu riches, *aussi voit-on plus fréquemment les accidents dentaires supérieurs créer des phlegmons, de l'orbite ou des adéno-phlegmons*, la propagation se faisant plutôt par voie lymphatique.

La proximité des grandes cavités faciales est encore une des raisons qui limitent le processus infectieux : l'empyème du sinus maxillaire a pu, il est vrai, déterminer, dans des cas tout particuliers, une sinusité sphénoïdale avec ostéite raréfiante du plafond du sinus sphénoïdal donnant finalement une thrombophlébite tardive d'origine dentaire, mais ce ne sont là qu'exceptions, et l'empyème maxillaire lorsqu'il se produit donne bien plus souvent des phlegmons orbitaires, soit par propagation

lymphatique, soit par nécrose osseuse du plancher de l'orbite.

La voie du plexus ptérygoïdien et de la veine de Trolard semble bien être l'unique voie par laquelle les infections d'origine dentaire inférieure parviennent au sinus caverneux.

Les deux conditions qui favorisent l'éclosion de la phlébite et sa propagation vers les sinus crâniens sont ici réunies : le plexus ptérygoïdien forme un vrai lac sanguin, largement ouvert aux plexus veineux dentaires inférieurs et de plus par sa situation anatomique il communique avec le sinus caverneux par deux canaux gros et courts. Aussi conçoit-on facilement que les thromboses ptérygoïdiennes généralement d'origine dentaire inférieure doivent être les plus fréquentes et les plus redoutables.

Pourtant, quelle que soit l'étroitesse des relations du plexus ptérygoïde avec le sinus caverneux, il est intéressant de constater, avec M. le Docteur Tellier, que *l'infection peut se confiner au premier de ces lacs sanguins*. C'est en effet dans l'observation II que nous relatons ce cas instructif d'une thrombose ptérygoïdienne s'étant localisée au plexus ptérygoïde et s'étant terminée par une guérison. C'est évidemment là un fait rare et plus généralement on voit un ou plusieurs caillots franchir la veine de Trolard ou la veine supra-ptérygoïdienne pour venir se localiser au niveau d'un des sinus caverneux, y déterminant consécutivement la phlébite. Bientôt apparaît la complication veineuse ultime, à savoir la phlébite secondaire des veines ophtalmiques avec son cortège symptomatique caractéristique.

Enfin remarquons la tendance particulière des caillots ptérygoïdiens à se mobiliser : par la volumineuse veine maxillaire interne et la jugulaire externe ils donnent fréquemment lieu à *des embolies septiques, à des infarctus, à des abcès métastatiques* répartis dans presque tous les organes. A ce point de vue, il nous semble que les thromboses faciales donnent moins facilement ces accidents.

Si les accidents dentaires inférieurs, ainsi que nous venons de le voir, sont plus disposés que ceux du maxillaire supérieur à provoquer des thromboses septiques caverneuses, encore est-il nécessaire de remarquer qu'il leur faut une localisation très nette pour déterminer ces accidents intracrâniens. *Les ostéopériostites siégeant sur l'hémimaxillaire inférieur droit ne semblent pas, en effet, capables d'entraîner des thromboses caverneuses.*

Sur les 19 cas de thromboses caverneuses consécutives aux accidents septiques d'origine dentaire que nous rapportons, nous trouvons 4 cas seulement appartenant au maxillaire supérieur et 13 cas au maxillaire inférieur ; *parmi ces 13 cas il n'en existe pas un seul dans lequel la lésion primitive soit localisée à l'hémimaxillaire inférieur droit.* Malgré les recherches que nous avons faites dans les travaux d'anatomistes comme Chabbert, Festal, Tro-lard, Labbé, nous n'avons pu trouver de relation spéciale sur l'un des deux systèmes veineux homologues dentaires inférieurs. Il semble bien pourtant qu'il y ait là une raison anatomique car cette règle ne souffre, à notre connaissance, aucune exception. Peut-être les relations veineuses du côté gauche sont-elles plus courtes que du côté droit, ou les anastomoses veineuses entre les plexus dentaires inférieurs et le plexus ptérygoïdien sont-elles moins

nettes à droite qu'à gauche ? C'est là évidemment un problème que les anatomistes ne manqueront pas d'éclaircir et qui serait du plus haut intérêt.

A cette localisation gauche de la lésion primitive, il faut ajouter la *localisation aux molaires*. Rares sont en effet les accidents dentaires propagés au sinus caverneux qui évoluent sur les dents incisives canines ou prémolaires. Cette remarque est facilement explicable par ce fait que les dernières molaires sont en rapport plus immédiat avec les gros troncs veineux du maxillaire inférieur. Mais il faut dire aussi que de toutes les dents contenues dans la bouche ce sont les *molaires inférieures qui se trouvent le plus fréquemment touchées par la carie* ; de plus, c'est au maxillaire inférieur que siègent le plus souvent les *accidents d'éruption de la dent de sagesse*. Sur les 21 observations que nous avons réunies, une seule, celle de Lancial, a trait à une carie avec abcès des incisives, une autre, celle de Schmidt, à un cas de pyorrhée avec abcès, et les 19 derniers aux abcès des grosses molaires et de la dent de sagesse.

Que la phlébite caverneuse procède de la voie faciale ou de la voie ptérygoïdienne, la pathogénie qui préside à son apparition reste la même : *il ne nous semble pas en effet que l'accident primitif soit la phlébite et l'accident secondaire la thrombose* ; pour nous, le caillot porteur de germes, venu de l'ophtalmique ou de la veine de Trolard, se localise sur l'un des sinus pour déterminer ensuite l'inflammation de sa paroi. C'est d'ailleurs ce que prouve la clinique : il n'est pas rare en effet de constater que les premiers accidents oculaires, témoins d'une thrombose caverneuse surviennent sur l'œil opposé au

côté de la lésion primitive (cas de M. Terson et de M. le Professeur Rollet), c'est donc que le sinus du côté opposé a été infecté le premier ; comment faire alors pour expliquer cette anomalie autrement que par un thrombus qui, ayant traversé l'un des deux sinus coronaires, soit venu se fixer sur le sinus opposé à la lésion ?

Aux deux voies capitales d'accès du sinus caverneux nous devons ajouter certaines voies anastomiques dont l'emploi ne fait que troubler l'ordre d'apparition des accidents. La **voie ophtalmo-faciale** double l'étape angulaire ophtalmique et précipite simplement l'apparition de la thrombophlébite caverneuse, elle est seulement utilisée par les infections siégeant sur les molaires supérieures.

La **voie ptérygo-ophtalmo-caverneuse** décrite par Sébileau, voie de dérivation de la circulation ptérygoïdienne sur la circulation ophtalmique, détermine une phlébite primitive de l'ophtalmique et par son intermédiaire la phlébite caverneuse. Nous verrons, au chapitre du traitement, l'importance que présente dans ce cas le diagnostic si délicat entre la phlébite ophtalmique primitive et la phlébite ophtalmique secondaire.

Enfin, nous ne signalerons que pour mémoire l'opinion émise tout récemment par Bürger dans les *Acta-oto-rhino-laryngologica*, fasc. 1 de 1924. Pour cet auteur, une des voies d'accès principales empruntée par les infections dentaires pour parvenir au sinus serait celle des *espaces lymphatiques périnerveux* des nerfs maxillaires. L'hypothèse reste plausible sans avoir été encore vérifiée anatomiquement.

Symptomatology et Diagnostic

Avant d'entamer la symptomatologie proprement dite de la thrombophlébite caverneuse, il importe, car c'est là un point capital quant au traitement, de décrire la série des accidents qui précèdent son apparition.

Il faut en effet pouvoir suivre étape par étape, l'évolution vers la phlébite intracrânienne pour appliquer un traitement judicieux et juguler si possible l'infection envahissante.

Concurremment aux deux voies distinctes que suit l'infection dentaire, il existe deux symptomatologies très différentes qu'il importe d'étudier successivement.

Lorsque le processus infectieux emprunte la **voie faciale**, ce qui est le cas de beaucoup le plus rare, le malade présente tous les signes de la phlébite faciale : le volumineux *œdème rouge* qui occupe la région dentaire, point de départ des lésions veineuses, s'étend à la région jugale, mais prend le caractère de l'œdème de stase pour retrouver au moment de la phlébite généralisée tous les attributs de l'œdème inflammatoire : c'est que, en rai-

son même du double courant sanguin qui prend naissance dans la faciale au moment de la fixation du caillot, la circulation se trouve, à un stade tout à fait initial de la phlébite, très peu gênée, mais bientôt le cordon facial s'amorce et en s'étendant vers l'angle interne de l'œil, crée un œdème mou et blanc de stase au niveau du territoire sanguin des collatérales qui débouchent en amont. Rapidement, ces collatérales participent à leur tour au processus inflammatoire et l'œdème de stase se transforme en un œdème inflammatoire dur, rouge, douloureux. Il envahit le côté de la face intéressé par le processus, soit d'étage en étage, soit d'emblée en totalité : le premier cas correspondant à une phlébite progressive, le second procédant d'un caillot mobilisé, venu se fixer à un étage supérieur, angulaire ou ophthalmique, déterminant ainsi la stase en bloc de toute la circulation en amont. Remarquons en outre que cet œdème douloureux *ne présente jamais de bourrelet net le limitant*. La manière dont apparaît l'œdème, la douleur localisée primitivement au trajet de la veine faciale, l'absence de bourrelet suffisent amplement à faire le *diagnostic différentiel entre la phlébite de la faciale et l'érysipèle*, affection avec laquelle elle est parfois confondue. Notons pourtant en passant que quelquefois l'identité entre ces deux maladies est frappante : Descazals rapporte dans sa thèse avoir vu une phlébite faciale donner un bourrelet assez net et faire apparaître au niveau de la peau de nombreuses vésicules ; c'est là, croyons-nous, un fait rare, mais qu'il est utile de signaler.

Enfin, c'est une coutume de chercher au niveau de l'emplacement présumé de la veine faciale le *cordon phlébi-*

tique identique à celui que l'on décrit dans les phlébites de la saphène ; en règle générale, on aura toutes les difficultés à le trouver en raison de l'œdème toujours très volumineux qui l'accompagne ; évidemment, lorsqu'on le découvrira, le diagnostic ne sera pas douteux, mais nous croyons qu'il ne faut pas compter sur ce symptôme resté classique. Par contre, on trouvera toujours au niveau de la faciale et au début de l'évolution de la phlébite, une douleur nette s'étendant de bas en haut.

En résumé, la phlébite faciale se manifestera par les symptômes suivants : *œdème douloureux sans bourrelet, quelquefois cordon phlébitique, douleur nettement limitée au trajet de la faciale* au début, auxquels il faut ajouter certains phénomènes généraux, comme les *malaises, l'inappétence, les sueurs correspondant à des oscillations thermiques à 39° et succédant à des frissons d'ailleurs non constants.*

En général, l'évolution parvenue au stade de **phlébite angulaire** semble se ralentir, la phlébite ophtalmique tarde à apparaître, peut-être est-ce dû à certaines conditions anatomiques, comme le rétrécissement notable du calibre de la veine à son passage dans le muscle orbiculaire ; ce qui pourrait, dans une certaine mesure, diminuer les chances de propagation. Toujours est-il que, lorsque cette dernière barrière anatomique est franchie, les grands symptômes graves des phlébites ophtalmiques apparaissent avec rapidité.

La **phlébite ophtalmique**, terme ultime ou primitif d'une thrombose caverneuse, se caractérise par une série

de phénomènes oculaires que nous allons rappeler brièvement, nous réservant à la fin de ce chapitre un alinéa spécial au diagnostic différentiel entre la phlébite ophtalmique primitive et la phlébite ophtalmique secondaire. Nous n'entrerons pas non plus dans les discussions concernant le mécanisme d'apparition des phénomènes orbitaires, mais nous ferons un paragraphe spécial pour le diagnostic différentiel entre le phlegmon de l'orbite et la phlébite ophtalmique, en raison de l'importance qu'il prend quant au traitement.

Le premier accident oculaire qui frappe est l'*œdème palpébral supérieur* relevant d'une phlébite angulaire ; rapidement l'œdème gagne les conjonctives produisant un *chémosis séreux* énorme ; en même temps l'œil s'exophtalmie *tout en restant mobile*. L'examen ophtalmoscopique qui ne devra jamais être négligé, chaque fois tout au moins qu'il sera possible, nous montrera quelquefois une thrombophlébite des veines rétiniennes comme le signale M. le Docteur Tellier dans l'observation n° 1, ce signe à lui seul tranchera le diagnostic entre phlegmon de l'orbite et la thrombose ophtalmique : diagnostic si délicat qu'il faut avoir quelquefois recours aux moyens d'exploration chirurgicaux pour écarter l'une des deux hypothèses. C'est qu'en effet les deux affections ont la même symptomatologie générale, même chémosis, même œdème palpébral, même protrusion de l'œil, pourtant, si l'on a pu suivre l'évolution du processus infectieux, on aura constaté des signes manifestes de phlébite faciale, on aura pu voir, ainsi que la chose a été bien remarquée dans une de nos observations, l'œdème palpébral supé-

rieur, témoin de la phlébite angulaire être le *premier accident oculaire qui soit apparu*.

Il est vrai qu'une *sinusite maxillaire* ayant effondré le plancher de l'orbite et donné un *phlegmon orbitaire* pourra faire commettre une erreur : il faudra toujours y songer, car comme dans la phlébite faciale il y a de l'œdème douloureux, comme dans la phlébite ophtalmique il y a de l'exophtalmie et du chémosis ; pour s'éclairer on se rappellera les anamnétiques : dans le cas de sinusite maxillaire, l'œdème aura toujours été mou, il aura été modéré, il ne sera jamais devenu franchement inflammatoire, la douleur à la pression au lieu d'être superficielle aura été au contraire profonde, osseuse ; la première manifestation orbitaire aura été l'œdème palpébral inférieur. Enfin, s'il subsiste un doute, on procédera, au moins autant que le trismus le permettra, à l'épreuve de la diaphanisation des sinus maxillaires.

Mais ce cas particulier mis à part, existe-t-il un diagnostic différentiel entre la phlébite ophtalmique et le phlegmon orbitaire lorsqu'ils sont à leur période d'état ? L'exophtalmie dans le phlegmon reste toujours unilatérale : elle est énorme ; la douleur provoquée ou spontanée est très vive, alors qu'elle est faible dans la thrombose ophtalmique. Enfin dans le phlegmon la vision est rapidement abolie par névrite optique, l'immobilité de l'œil est complète et nous verrons que ce dernier symptôme le fait beaucoup plus se rapprocher de la phlébite caverneuse que de la phlébite ophtalmique.

Enfin nous rappellerons en passant l'exophtalmie des tumeurs orbitaires qui par leur symptomatologie, toujours unilatérale, leur évolution sans fièvre, semblent se

différencier suffisamment par elles-mêmes pour ne pas exposer à des erreurs.

Toute différente est la **phlébite ptérygoïdienne**. M. le Docteur Tellier qui eut l'occasion de suivre plusieurs cas de cette affection consigna le résultat de ses observations dans le rapport qu'il fit au Congrès de Stomatologie de 1911 et nous ne pouvons mieux faire que de rappeler ici ses propres remarques : « Dans ces trois cas, dit-il, j'ai noté la présence d'*œdèmes mobiles* et un signe très important pour le diagnostic : c'est l'existence de *crises douloureuses à forme paroxystique* parfois très intenses et qui ne sont accompagnées d'aucun symptôme spasmodique comme dans la névralgie faciale à type convulsif. » Ajoutons que les trois malades qu'envisage le Docteur Tellier étaient atteints de pyorrhée alvéolaire et que c'est surtout dans ce cas que les œdèmes fugaces sont surtout marqués. La phlébite ptérygoïdienne, se trouve donc caractérisée au début par des œdèmes fugaces, dont l'apparition coïncide avec des crises douloureuses profondes ; ces crises sont spontanées ou provoquées par le moindre attouchement de la lèvre et de la joue, aussi il est facile de confondre cette affection avec la *névralgie faciale*. Mais ainsi que M. Tellier le note dans l'observation n° II que nous relations « la région malaire est le siège d'un œdème mou, gélatineux, recouvert d'un tégument à la fois plissé et luisant, d'un rouge violacé différent de la rougeur phlegmoneuse ; tout le côté de la joue est uniformément douloureux *sans points de Valleix* ». L'absence de points de Valleix suffit en effet pour écarter le diagnostic de névralgie faciale. Remarquons encore que la phlébite ptérygoïdienne n'intéresse nullement l'orbite et que malgré ses

anastomoses avec les veines ophtalmiques (Sébileau) elle ne donne, à elle seule, que très rarement des accidents oculaires. La symptomatologie orbitaire reste donc bien la propriété des phlébites ophtalmo-caverneuses ; la phlébite ptérygoïdienne semble avoir plus de tendances à s'étendre du côté des plexus veineux voisins, témoin la participation assez fréquente du plexus temporal au processus infectieux. (Observations V et VI).

La phlébite caverneuse, en elle-même se manifeste par des symptômes généraux graves et par des symptômes locaux qui sont ceux de la phlébite ophtalmique. Généralement, en effet, la phlébite caverneuse se manifeste par une recrudescence des symptômes douloureux, le malade ressent des maux de tête violents qu'il localise dans la région rétrooculaire, les malaises s'accroissent, la courbature est grande et *brusquement survient une grande oscillation thermique* à 40° ou 41°, témoignage de l'envahissement du sinus, accompagnée d'un grand frisson et de sudation abondante. Ce sont là les seuls symptômes prémonitoires capables de faire soupçonner la phlébite intracrânienne, mais rapidement viennent s'ajouter d'autres phénomènes autrement importants qu'on peut diviser avec Descazals, Borge, Charlin en deux groupes :

I^{er} GROUPE. — *Troubles d'origine névritique.* Le premier phénomène qui traduit l'atteinte du sinus est la *névrite du nerf oculaire externe* qui par sa disposition anatomique traversant le sinus se trouve plus exposé que tout autre à l'infection. Elle se traduit extérieurement par un strabisme interne. Plus tardivement se trouvent atteints les nerfs qui cheminent dans l'épaisseur des pa-

rois fibreuses du sinus ; le *moteur oculaire commun*, le *pathétique*, la *branche ophtalmique du trijumeau*. La névrite du moteur oculaire commun se traduit par un ptosis, des troubles de l'accommodation et une immobilité complète de l'œil. Remarquons pourtant que la paralysie complète du globe oculaire n'est pas générale. « *Les modifications de la pupille*, dit Descazals dans sa thèse, sont des plus variables, c'est d'abord une rétrécissement marqué qui fait ensuite place à une dilatation parfois exagérée ; dans d'autres cas l'iris est dès le début rétracté mais il est le plus souvent dilaté, dans tous les cas il est paresseux et *l'accommodation se fait mal*. La névrite de la branche ophtalmique de Willis détermine la névralgie du sus-orbitaire, de l'épiphora, de la photophobie et des troubles trophiques de la cornée (opacités, ulcérations). »

A ces phénomènes nerveux, il faut adjoindre des RÉACTIONS MÉNINGÉES de voisinage qui ne sont pourtant pas constantes ; c'est ainsi que dans certaines observations de Carlos Charlin on trouve des contractures, des vomissements, un Kernig nettement positif, et des altérations du liquide céphalo-rachidien consistant dans de la lymphocytose quelquefois, dans de la polynucléose beaucoup plus souvent.

2° GROUPE. — *Troubles d'origine vasculaire*. Ce sont ceux de la phlébite ophtalmique.

En raison des remarques que nous avons faites précédemment sur la physiologie de la circulation ophtalmique, il est facile de comprendre qu'une thrombophlébite caverneuse ne puisse pas, à elle seule, produire l'exophtalmie, le chémosis et l'œdème des paupières, le sang veineux ophtalmique trouvant par la faciale une voie

naturelle qui n'a pas été intéressée par le processus que nous envisageons. Il faudra alors que la thrombophlébite gagne les veines ophtalmiques pour que tous les signes de phlébites intracrâniennes se manifestent. *Les symptômes que l'on décrit donc normalement comme étant pathognomiques de la phlébite caverneuse ne sont que les manifestations de sa complication toujours existante, pour ainsi dire concomitante : la phlébite ophtalmique secondaire.*

Mais alors comment arriver à diagnostiquer une phlébite caverneuse lorsqu'elle procède d'une phlébite faciale ? La phlébite ophtalmique, dans ce cas est primitive, elle précède l'apparition des phénomènes intracrâniens et il devient particulièrement difficile de situer le moment où débute la phlébite caverneuse et par conséquent d'appliquer une thérapeutique appropriée. Le problème reste le même, plus troublant encore, lorsque l'infection passe par les anastomoses ptérygo-orbitaires et aborde le sinus caverneux par la voie antérieure au lieu de passer par la veine de Trolard. Remarquons en tous cas, que le diagnostic de phlegmon orbitaire écarté, *l'apparition d'un strabisme interne et de névrite oculo-motrice plaide en la faveur de la phlébite intracrânienne. Mais ce n'est que lorsque l'exophtalmie apparaît sur l'œil sain opposé à la lésion primitive que le diagnostic peut être porté avec certitude.* C'est en effet là le seul symptôme vraiment pathognomonique de la phlébite intracrânienne, le seul également qui tranchera le diagnostic entre la phlébite caverneuse et le phlegmon de l'orbite. Et voici ce que pense Schwerdt sur cette question : « Aussi longtemps que les phénomènes cérébraux font défaut, il n'y a pas un signe

différentiel, comme M. Berlin le fait remarquer, pour distinguer la thrombophlébite caverno-orbitaire et le phlegmon de l'orbite excepté lorsqu'on peut voir ou sentir les rameaux veineux thrombosés, à la joue, au front après l'apparition d'un furoncle de la lèvre, de la joue ou des paupières. M. Thiébault a bien essayé autrefois (1847) de différencier le phlegmon orbitaire aigu de la thrombose ophtalmo-caverneuse. *Dans la phlébite ophtalmique la mobilité du globe doit être normale et la vue conservée, dans le phlegmon il doit y avoir au contraire immobilité et cécité et c'est en effet la règle.*

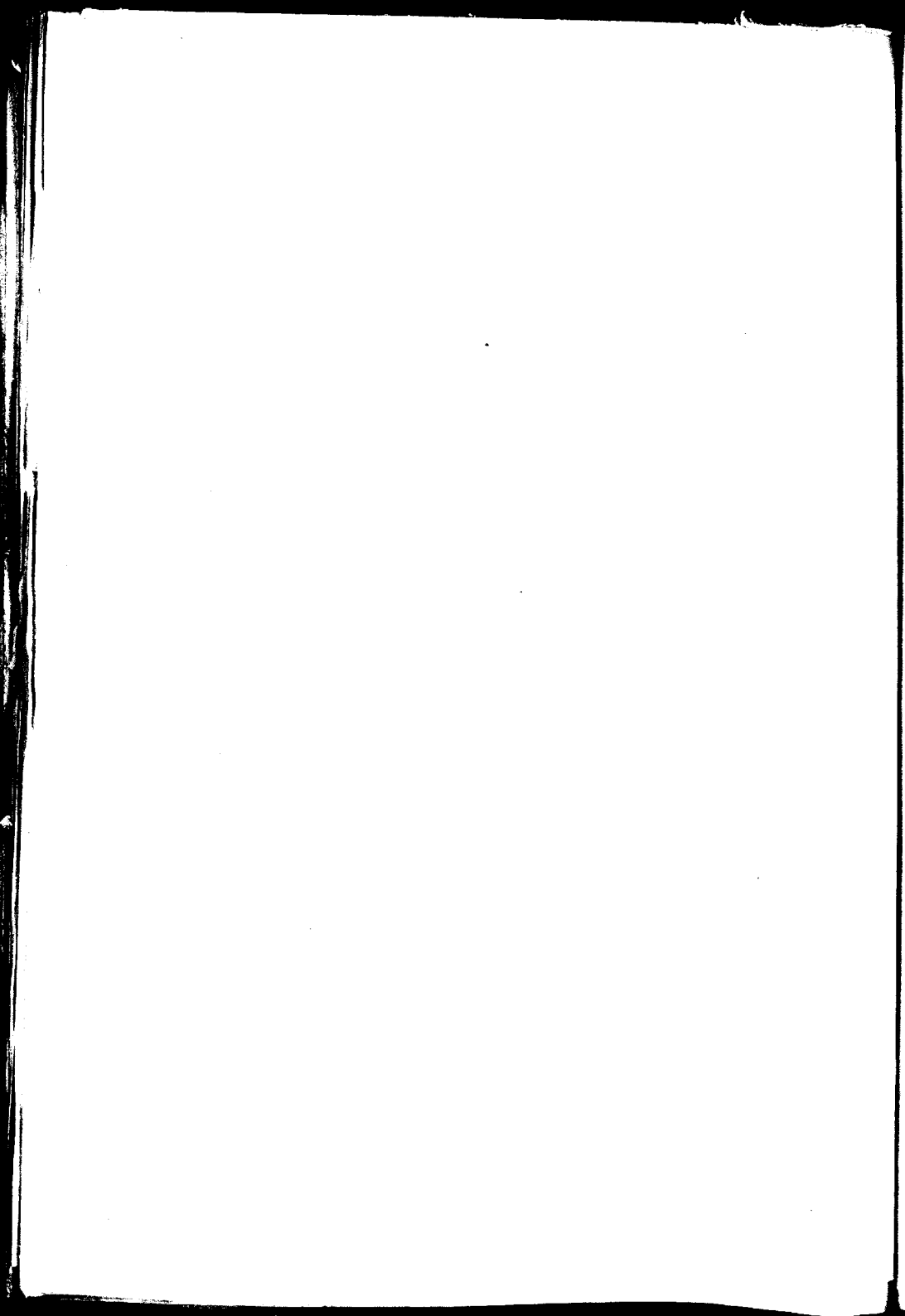
L'immobilité du globe a bien été observée dans les 5 cas de Thiébault mais il a été démontré suffisamment depuis que dans beaucoup de cas les inflammations ophtalmiques sont accompagnées d'une inflammation de l'orbite. Il s'en suit que la mobilité du bulbe est diminuée de même que l'acuité visuelle. Nous n'avons donc aucun moyen pendant la vie de distinguer les deux affections ». Ce diagnostic presque impossible devient bien plus difficile encore, lorsque les nerfs intra-sinusiens sont atteints de névrite et immobilisent totalement l'œil. Aussi convient-il chaque fois que le diagnostic sera indécis de faire une orbitotomie externe et d'aller à la recherche d'un phlegmon possible qui, sans ce traitement, aurait conduit le malade à une cécité certaine de l'œil atteint. Dans le cas où on aurait quelque raison de croire à une sinusite maxillaire comme point de départ, on pourrait profiter de l'incision orbitaire pour ponctionner le sinus par son toit ainsi que nous le relatons dans l'observation due à Monsieur le Professeur Rollet.

Aux phénomènes locaux et généraux qui traduisent

la thrombophlébite caverneuse peuvent s'adjoindre d'autres symptômes relevant des complications que donnent quelquefois, d'une part l'infection, d'autre part la stase veineuse. On a vu l'infection produire des abcès cérébraux se manifestant par la symptomatologie spéciale à chacune de leurs localisations, on l'a vue aussi d'une manière bien plus fréquente déterminer la *méningite*.

Les accidents phlébitiques peuvent aussi se propager aux autres sinus intracrâniens, mais on les voit aussi envahir les veines exo ou endocérébrales déterminant des stases veineuses qui se manifestent par des parésies et même des paralysies plus ou moins complètes.

Enfin, nous citerons les cas rares mais curieux de thrombophlébite caverneuse ayant déterminé une carie de la lame osseuse formant le toit du sinus sphénoïdal. Nous rappellerons à ce sujet l'observation ou toute particulière de Scholtz, publiée par Bürger, où une thrombophlébite d'origine dentaire après avoir détruit le plafond du sinus sphénoïdal et avoir rompu le sinus caverneux à l'intérieur de la cavité sphénoïdale, déterminait une hémorragie foudroyante par le naso-pharynx.



Traitement et Pronostic

En présence d'une thrombophlébite caverneuse confirmée on admet généralement que le pronostic est fatal à bref délai : de quelques heures à quelques jours, mais est-ce à dire que jamais on n'ait pu constater de guérison de phlébite caverneuse ? Les cas d'évolution heureuse que nous avons pu relever dans les annales de la médecine sont rares : on en trouve un cas dû à Bourgeois, consigné dans les *Annales des Maladies de l'oreille et du larynx*, un cas dû à Riller, auteur allemand, encore le diagnostic de phlébite, n'était-il que « probable », enfin 12 cas publiés par Dwigt et Germain.

La thrombophlébite caverneuse reste donc une *affection presque à coup sûr mortelle* ; c'est cette gravité extrême qui a fait dire à Monsieur le Professeur Rollet dans son article de l'*Encyclopédie Française d'ophtalmologie* : « En résumé, le pronostic de la thrombophlébite orbitaire est très sombre, aussi est-il permis d'aller à la recherche du sinus caverneux comme on l'a fait pour le sinus latéral. » Pour cette raison, on doit bien savoir quelle importance il y a à intervenir le plus précocement possi-

ble sur le foyer primitif d'abord, sur le processus infectieux en route pour le sinus caverneux ensuite ; et c'est sur ce chapitre que nous tenons à appuyer tout particulièrement, renvoyant aux travaux de nos maîtres éminents le Professeur Rollet et le Docteur Tavernier ainsi qu'à ceux de Fauvel, Lancial, Robineau pour ce qui intéresse la technique opératoire de drainage du sinus caverneux.

En premier lieu, il convient de redire que l'abcès dentaire banal par lui-même, trop banal car trop souvent traité par le mépris autant par le patient que par le chirurgien, *reste un accident dentaire susceptible des plus graves complications* et méritant de ce fait des soins tout particuliers. On ne s'est pas encore assez pénétré de cette idée, croyons-nous, car on trouve encore trop de manœuvres chirurgicales intempestives sur les dents donnant lieu à des accidents très regrettables. Nous ne pouvons que remarquer, en effet, au cours de nos observations la fréquence d'extractions dentaires pratiquées dans des conditions défavorables sans précautions, avant, pendant ou après l'intervention.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer dans l'intimité de la discussion, encore récente, pour savoir si l'avulsion dentaire doit être pratiquée dans un milieu septique comme celui d'un abcès ostéomyélitique ou si le phlegmon du maxillaire doit être simplement ouvert et drainé, l'extraction dentaire restant au second plan. Pourtant il nous en faut dire un mot. L'extraction précoce des dents malades doit en règle générale être considérée comme le traitement de choix des affections septiques péri-alvéolaires à leur début. A la période phlegmoneuse l'intervention

doit, le plus souvent encore, être conseillée. Mais toute extraction, étant au niveau des molaires, tout au moins, presque toujours l'occasion d'une fracture limitée du rebord alvéolaire, ce nouveau traumatisme crée une nouvelle porte d'entrée aux microorganismes dont la virulence est particulièrement exaltée. Il est donc des cas où l'avulsion immédiate peut être un danger nouveau par exemple dans les cas de septicémie et septico-pyohémie. En pareil cas, il vaut mieux procéder d'abord à l'ouverture large du foyer infectieux, avec drainage, si c'est nécessaire, suivi de lavages antiseptiques fréquents au phénosalyl, eau oxygénée, etc... Ce qu'il faut combattre avant tout à notre avis, c'est la septicité buccale et plus particulièrement la septicité du foyer purulent. Dans la suite, on verra diminuer la douleur et surtout le trismus ; en un mot, les phénomènes inflammatoires qui dominaient la scène vont disparaître, l'extraction se fera alors dans de bonnes conditions et on pourra, si le besoin s'en fait sentir, la faire suivre d'un curetage de l'alvéole. *Grâce à cette pratique les chances d'infection propagée seront notablement moindres.*

Et même, à un stade plus avancé du processus infectieux, lorsque la phlébite a gagné une des voies faciales ou ptérygoïdienne, la thérapeutique de la localisation primitive reste la même : elle garde là encore toute son importance en raison de l'impuissance où nous sommes d'intervenir efficacement sur les phlébites des systèmes veineux faciaux. Pourtant des tentatives ont été faites pour enrayer la marche envahissante de l'infection le long des veines de la face ; des traitements chirurgicaux ont été préconisés, mais mis en œuvre, ils n'ont pas

donné les résultats que, légitimement, on pouvait en attendre.

En ce qui concerne la **phlébite faciale**, Robineau expose la technique de la *section veineuse et de la ligature* suivie ou non de résection. Malgré la minutie avec laquelle l'auteur règle cette intervention évidemment très logique, le résultat reste bien problématique. Cette méthode applicable en effet à certaines veines de l'économie comme les saphènes devient particulièrement difficile à mettre en œuvre sur des veines à trajet relativement court comme la faciale.

Pourtant le traitement chirurgical dans les mains de Lancial aurait donné un cas de guérison. Modifiant légèrement la technique de Robineau, il employa la *section au thermocautère* de tous les tissus du rebord inférieur de l'orbite, à un moment où la paupière supérieure présentait déjà un œdème marqué. La phlébite malgré tout continua son évolution et atteignit l'ophtalmique où elle se limita, le malade en guérit. C'est dire combien ce traitement reste envers et contre tout illusoire et nous pensons avec Robineau que le mieux qu'il y ait à faire en pareil cas est encore de traiter purement et simplement le foyer initial, tous les moyens que l'on pourrait mettre en œuvre risquant au contraire de mobiliser un caillot et de faire brûler ainsi une ou plusieurs étapes au processus.

Dans le cas autrement intéressant et fréquent où le **plexus ptérygoïde**, sert de voie à l'infection, il semble que nous ayons des moyens plus efficaces. Grâce aux relations que présente le plexus ptérygoïde avec le plexus tempo-

ral, le processus envahit souvent la fosse temporale qui est d'un accès facile. C'est partant de cette constatation que les Docteurs Mathieu et Gamaléia préconisent le traitement suivant décrit par eux dans la *Revue Médicale de l'Est* : « Nous voyons, disent-ils à ce sujet, que dans nos trois cas, il s'est écoulé un laps de temps assez long entre le début de l'affection et le moment où s'est produite la thrombose ophtalmo-caverneuse ; c'est précisément pendant cet intervalle (qui dans deux de nos cas a dépassé huit jours) que le chirurgien doit agir et agir largement par des débridements profonds portant :

1° SUR LA FOSSE TEMPORALE : *le muscle temporal doit être incisé verticalement dans toute son épaisseur et l'os dénudé* : il faut drainer avant que l'infection ne gagne les fosses ptérygo-maxillaire, maxillo-pharyngienne et surtout temporale : lorsqu'apparaît l'œdème temporal, le pronostic nous apparaît déjà plus réservé. » Les manifestations temporales glénoïdiennes, pharyngiennes ne sont en effet que la complication de la phlébite ptérygoïdienne déjà existante ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut.

2° SUR LE FOYER INITIAL : Au traitement du foyer primitif que nous avons envisagé, il convient d'ajouter le traitement médical indiqué par M. le Docteur Tellier dans l'observation II suivie de guérison. « *Bains de bouche prolongés* toutes les heures avec la solution de permanganate de potasse à 1/4000 pendant 2 ou 3 jours, *ablation du tartre dentaire et désinfection des clapiers purulents* ».

Si la phlébite faciale ou ptérygoïdienne donne généralement un répit suffisant pour permettre au chirurgien

d'intervenir à temps, il n'en est plus de même lorsque la phlébite a atteint l'orbite.

Primitive, la phlébite ophtalmique peut encore être traitée mais sans beaucoup de chances de succès ; *secondaire*, il est parfaitement illusoire et même inutile d'intervenir sur l'orbite, c'est logiquement à l'ouverture et au drainage du sinus caverneux qu'il faut songer.

Consécutive à une phlébite faciale ou à une infection des anastomoses ptérygo-orbitaires, les indications du traitement sont les suivantes et ont été posées clairement par M. le Docteur Terson :

a) *Pratiquer de larges incisions précoces orbitaires externes supérieures et inférieures. Drainer l'orbite avec curetage au besoin (Lancial).*

b) *Placer des sangsues en grand nombre dans la région temporale.*

c) *Faire des lavages antiseptiques de l'orbite.*

Lorsque la phlébite ophtalmique succède à l'infection du sinus l'effort chirurgical doit se porter sur le sinus lui-même et, ce n'est pas une chose facile en raison de la situation anatomique profonde de ce lac sanguin. Nous ne décrirons pas ici, les opérations de *Horsley* (1887), de *Lancial* (1890), de *Macewen* (1893), pas plus que celle de *Robineau*, renvoyant pour complément d'information à ces auteurs et à la thèse de *Robineau* où il décrit son procédé qui, à notre connaissance, n'a pas encore été employé.

Résumant cette question des interventions chirurgicales sur le sinus caverneux nous dirons qu'il existe 4 voies d'accès du sinus caverneux :

1° La voie transmalaire de Robineau ;

2° La voie transorbitaire de Langworthy ;

3° La voie transphéno-maxillaire, plus employée, décrite par Luc et utilisée par le Docteur Tavernier (Lyon chir., 1909) qui en étudia les moindres détails ;

4° La voie endonasale avec résection du cornet moyen et endonasale transeptale de Segura qui peuvent également donner accès au sinus sphénoïdal, au sinus caverneux et à l'hypophyse.

Toutes ces voies donnent lieu à des opérations très choquantes et très mutilantes, aboutissant rarement à de bons résultats, aussi en vient-on maintenant à discuter la légitimité de pareilles interventions : Le Docteur Tavernier écrit à ce sujet : « Pour ces deux raisons : difficulté d'opérer assez tôt et surtout impossibilité d'évacuer efficacement le sinus, il semble que c'est se leurrer que d'espérer du drainage du sinus caverneux des résultats aussi satisfaisants que de celui du sinus latéral. D'autre part, malgré la haute gravité de l'affection, son évolution spontanée n'est pas absolument fatale, *ce n'est donc pas voir juste* que de chercher dans des tentatives chirurgicales désespérées la seule chance de salut dans la thrombophlébite caverneuse. » Parallèlement à cette opinion nous rapporterons celle de Laurens : « La clef du succès, explique-t-il, réside dans la rapidité du diagnostic et surtout du diagnostic d'intervention, dans la prompte exécution de celle-ci et dans la conviction profonde que tout chirurgien doit posséder en prenant le bistouri, c'est que le malade est irrémédiablement perdu s'il n'est opéré... Un seul symptôme doit arrêter le bras du chirurgien, c'est la méningite confirmée. Mais tant que les centres nerveux

sont indemnes il faut tenter une intervention sans laquelle son sort est fatal. »

Ajoutons, avec Borge, qu'il existe aussi un autre symptôme qui limite les possibilités opératoires c'est l'apparition de l'exophtalmie de l'œil resté sain : elle est la manifestation de la participation du second sinus au processus infectieux.

Enfin, avant de terminer, rappelons qu'il existe un traitement aussi important que celui de la lésion primitive : je veux dire le traitement par les antiseptiques généraux : métaux colloïdaux, sels mercuriels, etc... et par les vaccins et sérums.

La **vaccino** et **sérothérapie** ont été appliquées à certains cas que nous rapportons mais sans succès. En tous cas, il sera nécessaire pour qu'elles soient bien appliquées, qu'elles soient *précédées d'une hémoculture*, administrées précocement et en quantité suffisante.

Elles resteront les seules ressources lorsque l'atteinte des deux sinus aura enlevé toute possibilité opératoire.

Observations

OBSERVATION I.

(Docteur Julien TELLIER. In « Odontologie » du 30 août 1906)

Un cas de thrombophlébite des veines ophtalmiques.

Madame L..., nous est adressée par le Docteur Louis Dor, ophtalmologiste, avec la note suivante : « Depuis quelques jours Mme L... voit de l'œil gauche comme à travers un bouill-lard. Je trouve une acuité de 0,2 sans limitation du champ visuel, je constate à l'ophtalmoscope *une thrombose des veines réliniennes*, lesquelles sont dilatées, noires dans les 3/4 de la rétine. Dans le quart supérieur, la couleur est normale et la circulation a l'air de s'opérer normalement. La pupille est rouge, œdématiée. Les artères sont d'apparence normale. La malade dit qu'elle vient d'avoir un abcès dentaire. J'incrimine cet abcès et adresse la malade au Docteur Tellier. »

En examinant la patiente, on note l'existence d'un appareil complet de la mâchoire supérieure et au-dessous, des racines meulées au ras de la gencive ; plusieurs fistulettes sur le trajet de ces racines *surtout à gauche* ; gencivite très intense ; exsudat purulent par la pression sur le trajet des racines. A la mâchoire inférieure, *racines cariées au niveau des grosses et des petites molaires* ; les dents de front sont petites et

usées ; gengivite moins intense qu'à la mâchoire supérieure. Pas de troubles digestifs autre que de la diarrhée de temps à autre, teinte jaune pâle de la face, pas d'amaigrissement.

Diagnostic : septicité bucco-dentaire ; les accidents du côté de l'œil sont probablement dus à une phlébite secondaire à cette infection buccale. Nous conseillons l'extraction de toutes les racines et des dents malades, après désinfection préalable de la bouche au moyen de bains à l'eau oxygénée à douze volumes au 1/3. L'opération est faite le surlendemain : anesthésie à l'éther, rien d'important à noter sur l'intervention. Bains de la bouche fréquents les jours suivants.

Dès le surlendemain, le docteur L. Dor prescrit la médication suivante : frictions autour de l'œil, aux tempes et au front avec l'onguent populeum, etc... Repos au lit dans une chambre obscure ; ventouses scarifiées à la tempe, tous les 6 jours. Le douzième jour l'amélioration est très évidente ; à l'ophtalmoscope on voit encore une veine thrombosée : ventouses. Le quinzième jour, le dernier thrombus a disparu, la circulation s'effectue partout normalement et l'acuité visuelle est redevenue normale : $V = 1$. La malade n'a plus de brouillards et se déclare tout à fait guérie. La cicatrisation alvéolaire est très avancée, la face est rose, la malade a même légèrement engraisé. Elle insiste d'elle-même sur ce point qu'elle digère mieux qu'avant l'opération.

OBSERVATION II

(Docteur Julien TELLIER. In « *Odontologie* » du 30 août 1906)

Un cas de thrombophlébite du plexus ptérygoidien.

Madame X..., âgée d'environ 45 ans, nous est amenée par son médecin avec des douleurs excessivement vives dans le côté droit de la face, survenant par crises intermittentes et éloignées,

depuis plusieurs semaines, mais presque sans interruption depuis quelques jours : *ces crises sont spontanées ou provoquées par le moindre attouchement de la lèvre ou de la joue*. Le médecin traitant, pensant à une névralgie faciale, a conseillé sans succès l'emploi des médicaments habituels de cette affection. Quand nous voyons la malade, nous sommes immédiatement frappé de son aspect : le teint plombé de la face n'est pas explicable par l'existence seule des crises douloureuses ininterrompues. La région malaire est le siège d'un *œdème mou, gélatineux*, recouvert d'un tégument à la fois plissé et luisant, d'un rouge violacé différent de la rougeur phlegmoneuse ; tout le côté de la face est uniformément douloureux à la pression *sans points de Valleix*. Quand on veut examiner la bouche même, on est saisi par l'odeur très fétide de l'haleine et l'on constate l'existence de dépôts de tartre abondants au niveau des dents existantes, tartre et dents nageant en quelque sorte dans le pus. Les gencives, les joues sont d'un rouge violacé intense. L'état général est relativement satisfaisant, pas de troubles digestifs, les urines ne sont pas examinées.

Nous croyons que cette observation est susceptible de l'interprétation suivante : *pyorrhée alvéolaire, ancienne stomatite généralisée récente, septicité buccale, infection transmise par l'intermédiaire des veines dentaires, jusqu'aux plexus alvéolaire et ptérygoidien d'où l'œdème*.

Traitement. — Bains de bouche prolongés toutes les heures avec la solution de MnO^4K à 1/1000 pendant deux ou trois jours puis ablation du tartre et désinfection des clapiers purulents avec la même solution faite par le médecin autant que les circonstances le permettront tout d'abord. Une dizaine de jours après, diminution de la fétidité de l'haleine, amélioration des douleurs, les crises sont beaucoup plus espacées et je revois la malade pour procéder à une désinfection qu'il est possible de faire maintenant avec plus de soins. La face est redevenue rose, l'œdème malaire a diminué, l'état général est meilleur. Dix jours après les douleurs sont très diminuées : il n'y a plus que trois crises dans la journée, l'œdème persiste,

les mouvements sont encore douloureux : l'alimentation moins difficile. La désinfection est continuée, il n'y a plus de dépôt de tartre, mais la pyorrhée n'a pas disparu.

OBSERVATION III

DOCTEUR A. PANIAGUA. — In « La Castellina Valladolid »,
Avril 1923, page 169.

Thrombophlébite septique du Sinus Caverneux gauche consécutive à une infection dentaire inférieure gauche.

Souffrant d'une rage de dents, un homme de 48 ans, bien portant d'ailleurs, *se fait enlever une molaire gauche inférieure*. La dent est arrachée *sans aucune précaution aseptique* par un dentiste ambulancier. Loin de se calmer, les douleurs augmentent, ne cèdent à aucun analgésique et ne s'amendent pas par la désinfection du foyer alvéolaire. Bientôt ces douleurs revêtent le *type de la névralgie faciale* avec ses points douloureux précis, ses troubles vaso-moteurs et ses spasmes paroxystiques, véritables tics douloureux de la face. Il semble bien, de l'ensemble de l'examen que la totalité du trijumeau est intéressée y compris la branche motrice du maxillaire inférieur.

Ne trouvant aucune relation nette entre cette grande névralgie et les accidents dentaires observés, je pense à une névralgie de cause centrale. Mais bientôt apparaissent au niveau de l'angle gauche du gonflement des paupières avec chemosis, une inflammation péri-orbitaire avec exophtalmie réductible d'ailleurs et consécutive à l'ectasie très développée des veines orbitaires.

Peu après apparaissent des frissons, une température à 41°. du délire, des convulsions, bref, un état septicémique des plus

graves qui très rapidement se termine par le coma et la mort. Il s'est écoulé 12 jours depuis l'extraction de la dent.

Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, il est vraisemblable qu'il s'agissait d'une thrombophlébite ayant gagné le sinus caverneux par les veines faciales et orbitaires.

La compression des branches du Trijumeau, les unes comprises dans la paroi du sinus, les autres très proches, peut expliquer les douleurs névralgiques observées et qui firent errer le diagnostic. Il semble en tout état de cause qu'il eut été difficile d'agir à temps dans une forme aussi rapide et aussi grave.

OBSERVATION IV

DOCTEUR A. TERSON. — In « Remarques sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections buccopharyngées », 1893.

Thrombophlébite caverneuse consécutive à un abcès de l'Hémi-maxillaire inférieur gauche.

Le nommé C..., employé aux Halles, âgé de 39 ans, est amené le 24 janvier 1893, à l'Hôtel-Dieu dans un état excessivement grave : exophtalmie à l'œil droit, fièvre atteignant près de 40°, pouls petit, très fréquent, langue sèche, abattement complet ; le malade peut marcher, si on le soutient ; il répond aux questions, il n'a pas encore eu de délire.

La cornée gauche a été presque entièrement détruite, quinze ans auparavant par un traumatisme, mais le globe oculaire peu réduit de volume est parfaitement mobile, aucune trace d'inflammation ou seulement d'infection conjonctivale, pas de chémosis. La pression sur l'œil qui ne présente aucune espèce de tension ne donne point de douleur marquée.

Du même côté, l'aspect de la face est tout à fait particu-

lier, la région parotidienne est unie à la région sous-maxillaire par une enflure extrême. L'ensemble forme une énorme poche empiétant sur le cou, de la grosseur de certaines tumeurs de la parotide arrivées à leur dernier stade ; cette poche est douloureuse, fluctuante ; la peau est rouge, non ulcérée. La tuméfaction s'arrête autour des paupières gauches qui ont des dimensions normales, mais elle remonte en bourrelet au niveau de la tempe gauche, jusqu'à la région pariétale qui est tendue et rénitente. Cette déformation est apparue peu à peu, six jours avant l'entrée du malade.

Du côté droit aucune augmentation de volume des parties correspondantes, mais ici l'œil est projeté en avant, les paupières très enflées, ne peuvent arriver à le recouvrir complètement ; il y a du larmolement, sans sécrétion conjonctivale notable ; chémosis séreux horizontal ; le reste de la conjonctive et les culs de sac sont injectés. L'œil est presque immobile et ne peut spontanément que rouler sur lui-même ; on lui imprime des mouvements passifs assez restreints ; sa compression est un peu douloureuse et repousse une sorte de coussinet résistant. L'exorbitisme est survenu dans l'espace de quelques heures, il y a trois jours. La cornée est dépolie ; le malade compte les doigts à deux mètres. Le champ visuel ne paraît guère rétréci. A l'ophtalmoscope, l'état de la cornée permet de voir, dans une brume rougeâtre, les veines très gonflées se perdant dans une papille à contours nuageux, mais ayant conservé une coloration blanche assez nette pour qu'on ne puisse pas croire à un extrême degré de papillonévrite.

Le malade entend bien des deux oreilles ; son haleine est d'une fétidité extraordinaire ; il tousse et rend des crachats striés de sang et de pus ; il ne peut complètement ouvrir la bouche se plaignant de douleurs très vives au niveau de l'angle gauche de la mâchoire. Tous ces accidents ont débuté il y a une douzaine de jours par une sorte de *fluxion au niveau de la dent de sagesse du côté gauche et des dernières molaires inférieures* ; le malade déclare avoir eu toujours ces dents

mauvaises, il n'a pas eu d'angine. Habitudes alcooliques invétérées.

Les douleurs de tête qu'il ressent continuellement ont commencé, il y a cinq jours, l'avant-veille de l'exophtalmie. La fièvre existait, mais l'extrême abattement date du début de la céphalalgie. Constipation opiniâtre.

Les urines fébriles n'ont ni albumine, ni sucre. Le professeur Panas porte le diagnostic de phlébite des veines ophtalmiques ; il admet la possibilité d'une thrombophlébite des sinus caverneux lui ayant donné naissance. Il soupçonne une origine infectieuse au niveau du maxillaire inférieur. Lavages constants de la bouche à la solution boriquée. Potion de Todd. J'incise largement la poche parotidienne, il s'en écoule une très grande quantité de sang noirâtre, d'une odeur putride, avec stries puriformes roussâtres (ce sang contient en abondance des chaînes de streptocoques). La sonde cannelée a permis de constater une vaste dénudation de la branche montante du maxillaire inférieur ; elle butte contre les dernières molaires de la mâchoire ; ces dents sont cariées et déchaussées. Large drainage, lavages phéniqués. T. : 40°.

25 janvier, mat. T. : 39°4. L'état local est resté le même mais l'état général a empiré : il y a eu du délire dans la nuit. Le malade n'a aucune paralysie des membres, aucune convulsion ; dans le jour, son état lui permet de répondre quand on l'interroge. T. : 39°6.

26 janvier. Le délire a été très intense ; l'affaiblissement est extrême. L'exorbitisme droit s'accroît ; la cornée est tellement dépolie que l'on voit à peine les contours de la pupille. La conjonctive et l'œil gauches ne présentent aucune modification. Le lendemain matin, le malade succombe après avoir passé plusieurs heures dans le coma.

Autopsie. — J'ai pratiqué l'autopsie le jour suivant. Ouverture du crâne. Congestion méningée sans aucune suppuration à la convexité, mais les veines de la base contiennent du pus. Le sinus caverneux du côté **droit** est rempli de pus, ce pus envahit les veines ophtalmiques droites et exsude à travers

le tissu cellulo-grasieux qui est comme imbibé de pus ainsi que les muscles. Il n'y a pas de pus collecté en foyer. Le sinus circulaire est gorgé de pus, et aussi *le sinus caverneux gauche* ; fait important à préciser, les veines ophtalmiques de l'orbite gauche sont remplies de sang un peu grisâtre, mais n'ayant pas la teinte jaunâtre du pus de droite ; il n'y a cependant aucun caillot obturateur à l'embouchure des veines dans le sinus ; *tout le contenu de l'orbite gauche est sain*. Une veine, gonflée de pus, se jette dans le sinus caverneux gauche après avoir passé dans le trou ovale par lequel elle aboutit au plexus ptérygoïdien. L'examen complet des poches parotidiennes et temporales montre que le masséter, les ptérygoïdiens et le muscle temporal du côté gauche ont, pour ainsi dire, disparu entièrement et sont remplacés par une bouillie sanguine très liquide enfermée dans les aponévroses : *dénudation totale de la branche du maxillaire inférieur du côté gauche. Le plexus ptérygoïdien est traversé par des amas purulents* dont la couleur tranche sur la couleur noirâtre du sang. Les deux dernières molaires gauches sont réduites à des chicots : un décollement sous-périostique les environne et communique largement avec la bouche.

La base du crâne n'a pas de lésions osseuses : les amygdales sont à peine tuméfiées. Rocher sain. Le reste de l'autopsie n'a pas été sans intérêt : il n'y avait dans aucun organe d'abcès métastatique. Mais le foie, réduit au volume des deux poings, présentait la couleur mastic et le type complet de la *cirrhose atrophique* si souvent rapportée à l'alcoolisme.

Les cultures du sang des veines ophtalmiques et des sinus caverneux ont donné des *streptocoques* et des *staphylocoques*. Des coupes microscopiques de l'œil droit n'ont permis de déceler aucun microbe dans les vaisseaux choroïdiens ; du reste, pas de signes de choroïdite, ni de rétinohyalite purulentes. Il y avait du sang dans la veine centrale de la rétine mais nous n'y avons pas trouvé de microcoques.

Je note que l'infirmier et la sœur du service, s'étant piqués

avec des épingles souillées des crachats du malade ,ont eu, chacun des panaris à streptocoques.

Ce cas est un type de phlébite orbitaire consécutive à une phlébite du sinus caverneux résultant elle-même d'une astéopérioste diffusée du maxillaire inférieur.

OBSERVATION V

(Docteur MATHIEU. In « *Revue Médicale de l'Est*
du 15 janvier 1924.)

Accident de la dent de sagesse inférieure gauche. Abscess temporal. Thrombophlébite caverneuse.

D..., 39 ans. Entré à l'Hôpital de Strasbourg, le 25 juillet 1919, présentant un *œdème phlegmoneux de la joue et de la région temporale gauches* (accident d'évolution de la *dent de sagesse inférieure*). Les paupières gauches son oedématisées. Le trismus est marqué. La température est à 40°4. Sous-anesthésie général au chlorure d'éthyle, on procède à l'extraction de la dent de sagesse qui baigne dans un pus très fétide ; on pratique une *incision horizontale préauriculaire* qui donne accès dans la profondeur sur la loge ptérygoïdienne d'où s'écoule du pus chocolat. Une incision profonde est menée à travers le muscle temporal. Du pus s'écoule en abondance, provenant de la fosse temporale. On draine par deux gros drains.

Le 26 juillet, drainage de la face externe du maxillaire au point déclive. Irrigation au Dakin.

Le 27, drainage de la face interne du maxillaire. Irrigation au Dakin. T. : 40°3/10. Frisson violent, machonnement, sub-délire.

Le 30, *matin*. T. : 38°, pouls à 140, subdélire, l'exophtalmie est considérable, symétrique.

Le 31, l'exophtalmie s'est encore accentuée. Les conjonctives, oedématisées à l'extrême, jaunâtres, débordent les paupières occluses ; frissons à plusieurs reprises.

Le 31, *au soir*, coma qui persiste jusqu'à la mort (2 août). L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION VI

(Docteur GAMALÉIA. In « *Presse Médicale de l'Est* »
du 15 janvier 1924.)

Abcès d'une grosse molaire inférieure gauche. Thrombophlébite caverneuse.

Monsieur Cat..., entrepreneur de travaux, est admis au service d'oto-rhino-laryngologie, le 10 mai 1923, pour trismus et *tuméfaction de la région sous-angulo-maxillaire gauche*. Cette affection aurait débuté, trois jours auparavant, par une douleur assez vive au niveau de la *dernière grosse molaire inférieure gauche*.

A l'entrée, nous constatons l'existence d'une tumeur dure de toute la région sous-maxillaire gauche. La branche horizontale du maxillaire est englobée dans cette masse indurée. Il n'existe pas de rougeur de la peau, mais une légère douleur à la pression ; trismus serré ; en déprimant fortement la langue, on aperçoit une tuméfaction considérable du voile du palais du côté gauche, dans la région avoisinant le pilier antérieur. Le sillon gengival est effacé. La dernière grosse molaire est très cariée ; le plancher buccal n'est pas infiltré. Température à l'entrée : 39°. Ni sucre, ni albumine.

Intervention, 10 mai. — Sous chloroforme, nous ponctionnons le voile dans la région la plus tuméfiée. La pointe du galvaucautére s'enfonce facilement dans cet œdème mou, ne donnant issue qu'à du sang. (Cette ponction n'a été faite que pour écarter définitivement l'hypothèse d'un point de départ amygdalien.)

La région gengivale en regard de la dent cariée est également incisée au galvano et l'ostéophlegmon du maxillaire est largement débridé. Ces incisions donnent issue à du pus grisâtre fétide. (L'extraction de la molaire n'a pu être faite en raison du trismus.)

Des drains sont placés dans ces orifices d'incision et des lavages au dakin institués.

Le soir même *injection de bouillon Delbet.*

Le 11 mai, la température a baissé de quelques dixièmes, mais l'œdème a gagné la joue et infiltré la paupière inférieure.

Le 13, état stationnaire. Un frisson prolongé. T. : 40°, *deuxième injection de Delbet.* Injection de 30 cmc. de *sérum de Veinberg* (antigangréneux) dans 150 cmc. de sérum lactosé.

Le 14, l'état s'est aggravé. L'œdème a gagné le côté opposé. L'œil droit présente du chémosis puis de l'exophtalmie. Coma dans la soirée. Mort le 15, dans le coma.

Autopsie. — Méningite de la base. Toute la région voisine du canal circulaire coronaire-caverneux est transformée en un lac purulent dans lequel baignent le chiasma et l'hypophyse. Le réseau veineux orbitaire est noyé dans un énorme abcès retro-oculaire. Le sinus caverneux lui-même contient une boue puriforme.

OBSERVATION VII

(Docteur MATHIEU. In « *Revue Médicale de l'Est*
du 15 janvier 1924.)

*Accident de la dent de sagesse inférieure gauche. Abcès
temporal. Thrombophlébite caverneuse.*

Mme H..., 27 ans, entrée à l'hôpital le 8 mai 1923, présentait un *œdème phlegmoneux de la joue gauche et particulièrement de la région parotidienne*.

L'affection a débuté quinze jours auparavant par de la douleur au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure gauche. Depuis lors, la malade s'est soignée seule. Du trismus s'étant installé peu à peu, elle ne consulta son médecin qu'au 13^e jour.

A l'entrée, on constate : œdème considérable de la région parotidienne gauche, violacé, *s'étendant dans la région temporale* ; trismus très marqué. L'angle du maxillaire inférieur semble respecté, quoique légèrement tuméfié aussi. On a l'impression de se trouver en présence d'une parotidite aiguë. T. : 40°.

Intervention, le 9 mai. — Sous-anesthésie générale au chlorure d'éthyle, on incise les téguments de la région parotidienne gauche ; il s'écoule une sérosité rosée, mais pas de pus.

Après ouverture de la cavité buccale à l'aide d'un ouvre-bouche, on extrait *la dent de sagesse inférieure gauche*. Celle-ci baigne dans un pus très fétide : il s'agit, sans aucun doute, d'accidents d'évolution de la dent de sagesse. On pratique dans la journée trois injections d'*auto-sang hémolysé* à la façon de Descarpentries.

Le soir, la température est tombée à 38°.

Le 10, *matin*. T. : 38°4. La région temporale est très œdématiée. Sous-anesthésie rapide au chlorure d'Éthyle, on incise

verticalement celle-ci et draine par des crins. Cette fois encore on n'obtient pas de pus. Un phénomène nouveau est apparu : une légère exophtalmie à gauche, esquissée à droite.

Le 11. T. : 39°8 au matin. Chémosis bilatéral et exophtalmie prononcée. On injecte 80 cmc. de *sérum de Veinberg*. Le pouls est à 120. Frisson violent.

Le 11, *au soir*. T : 38, pouls 128. Le chémosis a augmenté. Frisson.

Le 12, *au matin*. T. : 40°, pouls à 140. Injection d'une ampoule de *Propidon*.

Le 13, mêmes phénomènes, frissons, T. élevée, pouls fréquent, mais intellect conservé.

Le 14, exophtalmie formidable, masque effrayant ; mêmes phénomènes généraux : subdélire, coma. Deuxième injection de *Propidon*, *collobiase d'or*.

Mort, le 14 au soir, dans le coma complet, avec phénomènes méningitiques.

A noter que l'examen de l'œil, pratiqué par M. le Professeur Jeandelize, le 12 mai, n'avait donné lieu à aucune constatation intéressante. L'hémoculture n'a pas été faite.

Autopsie, le 15 mai.

Le muscle temporal recouvre une vraie nappe de pus ; l'incision que nous avons pratiquée a été insuffisante et devait aller d'emblée jusqu'à l'os. Ce pus a fusé dans la fosse pterygomaxillaire et l'espace maxillo-pharyngien.

Ouverture du crâne : méningite purulente aiguë du lobe cérébral antérieur gauche, au niveau de ses faces externe et inférieure.

Après ablation du cerveau, on constate que les étages antérieur et moyen du crâne sont couverts d'une nappe de sérosité puriforme. Les sinus caverneux sont remplis d'un pus couleur lie de vin qui entoure la pituitaire de toutes parts. On constate qu'à gauche le pus fuse à travers les trous de la base dans l'espace maxillopharyngien.

OBSERVATION VIII

(Observation inédite due à l'amabilité
de Monsieur le Docteur PRIVE, interne des Hôpitaux de Lyon.)

*Accident d'une molaire inférieure gauche. Thrombo-phlé-
bite caverneuse.*

Prisonnier allemand, âgé d'environ 30 ans, du camp de concentration de Marle (Aisne), se présente, en mars 1919, à la visite médicale avec un trismus intense, empêchant tout examen visuel de la cavité buccale. L'exploration digitale ne permet pas de sentir de tuméfaction du rebord alvéolaire gauche inférieur au niveau duquel le sujet accuse de la douleur. Le lendemain la température est élevée et pour permettre l'examen des dernières molaires inférieures gauches, siège présumé du mal, on pratique une anesthésie générale au chlorure d'éthyle. *La dernière molaire atteinte de carie est enlevée* ; l'exploration digitale ne montre toujours pas de tuméfaction du rebord alvéolaire, ni en dedans, ni en dehors ; cependant la palpation de la région angulo-maxillaire gauche montre un peu d'empâtement et une incision faite à ce niveau amène l'issue d'une quantité minime de pus au contact d'un os dénudé. Drainage, pansement humide. Pendant 3 ou 4 jours la température tombe, pour remonter brusquement au voisinage de 40°. A ce moment le malade présente une tuméfaction chaude de la paupière inférieure qui, le lendemain, est fluctuante. L'incision laisse couler la valeur d'un demi verre à liqueur de pus.

Quelques jours après, apparition d'une exophtalmie du même côté avec œdème énorme des paupières ; la conjonctive bulbaire est œdématiée et très congestionnée. L'œil est très douloureux et présente une grosse diminution de son acuité visuelle. Les phénomènes généraux sont très accentués et l'aspect du sujet est celui d'un grand infecté.

Le lendemain, l'œil droit paraît plus saillant et on constate au niveau de l'œil gauche un léger œdème de la paupière inférieure ; les phénomènes méningés sont marqués, la ponction lombaire donne un liquide clair dont l'examen cytologique n'a pas été fait. Mort le soir même. L'autopsie n'a pas été faite.

En résumé : *succession très rapide des phénomènes suivants : Abscès dentaire, phlegmon de la paupière inférieure, thrombo-phlébite orbitaire et thrombose du sinus caverneux.*

OBSERVATION IX

FAUVEL. *Thèse Paris, 1887.*
« Phlébite des sinus de la dure-mère ».

Abscès de la dernière molaire inférieure gauche. Abscès métastatiques du poumon. Thrombose caverneuse.

Femme de 40 ans qui, depuis 15 jours, souffrait d'une molaire cariée à la mâchoire supérieure du côté gauche.

Trois jours après, un abcès s'était ouvert au niveau de la dernière molaire inférieure gauche. Les jours suivants, signes d'un phlegmon occupant toute la région du maxillaire inférieur, d'une oreille à l'autre et s'étendant aux deux régions sushyoïdiennes, parotidiennes et temporales.

Le 9^e jour, après l'extraction, il y avait un œdème de l'orbite et des paupières de chaque côté, mais plus accentué à droite qu'à gauche. On constatait au même moment, un affaiblissement intellectuel, une vive céphalgie et une paralysie de la vessie.

Trois jours après, les symptômes s'aggravant, la température montant graduellement de 38°4 à 40°4, la malade mourait dans un coma complet.

Dans le cours de la maladie on avait remarqué un symptôme important, au point de vue de la propagation des lésions du système veineux du crâne ; c'est que *l'exophtalmie était plus prononcée à droite bien que le point de départ ait été le côté gauche* des maxillaires.

Autopsie. — Périostite diffuse du maxillaire inférieur, la veine jugulaire interne gauche était pleine de pus à partir du niveau du cartilage thyroïde jusqu'à son golfe, presque tous les sinus veineux de la base de la dure-mère étaient remplis de pus ainsi que les veines ophtalmiques. Les cavités orbitaires étaient infiltrées. La membrane interne des veines avait un revêtement pseudo-membraneux. La dure-mère était noirâtre et les sinus non purulents étaient oblitérés par des caillots sanguins. L'encéphale présentait quelques lésions inflammatoires disséminées.

Notons encore un *petit abcès superficiel du poumon droit* ayant les caractères d'un abcès métastatique.

OBSERVATION X

ZAWASDSKI. In *Gazeta Lekarska*, 1886
(Extrait de la thèse de Lancial, Paris, 1887-88). Résumé.

Thrombose caverneuse et septicopyohémie à la suite de l'ablation d'une molaire inférieure gauche.

Léopold K..., serrurier, 46 ans, arrive à la clinique de Varsovie dans un état de prostration complète. De temps en temps il porte la main à la tête en gémissant ; coloration ictérique des conjonctives et de la peau, léger degré de ptosis, myosis ; au niveau de l'angle de la *mâchoire inférieure gauche* on trouve sur une assez grande étendue une tuméfaction indurée rouge, indolore, non fluctuante.

L'examen de la cavité buccale permet de constater que la partie inférieure de la joue gauche, la gencive inférieure gauche, le côté gauche du voile du palais, les parois inférieures et latérales du pharynx sont tuméfiées, rouges, dures. Dans la mâchoire inférieure de ce côté manque la dent de sagesse ; son alvéole est remplie de matière purulente. En pressant avec le doigt la face externe de la gencive nous voyons une quantité assez abondante de pus fétide s'écouler de l'alvéole. L'auscultation du poumon révèle une respiration rude, la percussion, une matité en arrière à la base gauche. La rate est considérablement augmentée. Le malade expectore des crachats fétides presque liquides. L'urine (800 cent. par 24 heures) présente des traces d'albumine. La température est de 39°, le pouls est à 90.

La femme du malade raconte qu'il était toujours d'une santé parfaite. Se plaignant d'une dent de la mâchoire inférieure gauche, il se fit arracher cette dent : le lendemain, l'œdème avait augmenté en même temps qu'il ressentait des frissons et était pris de sueurs abondantes. Un pus épais s'échappait de l'emplacement de la dent extirpée dans la cavité buccale. Les jours suivants, surdité gauche et céphalalgie : les frissons sont devenus plus fréquents et le malade perdit connaissance.

Durant son séjour à l'hôpital il présenta des *crises épileptiformes*. La température oscillait entre 37°5 et 39°.

Le 27 novembre, mort du malade.

Autopsie. — Crâne. — Dure-mère considérablement gonflée, sinus veineux de la voûte remplis de sang foncé presque liquide. A la base la dure-mère qui recouvre le pariétal, le sphénoïde et le rocher gauches est couverte d'une couche de pus fétide. Le sinus caverneux, le sinus coronaire et le sinus pétreux supérieur gauches sont remplis par une masse putréfiée jaune grisâtre.

Les veines du cou et le tissu cellulaire ambiant sont infiltrés de pus. Le périoste du pourtour de l'alvéole de la dent arrachée est séparé du maxillaire sur une hauteur de deux centimètres par du pus fétide.

Pneumonie cachectique du lobe inférieur du poumon gauche et *abcès métastatiques* des deux poumons. *Infarctus* dans la rate.

OBSERVATION XI

PIÉCHAUD et Süß. — Thèse de Lancial, Paris, 1887-88.

Résumée.

Mauvaise évolution d'une dent de sagesse inférieure gauche.

Abcès de la fosse ptérygoïdienne, phlébite des sinus de la base du crâne et abcès du cerveau.

Nicolas D..., 33 ans, garçon, entre le 12 décembre 1877 à l'Hôtel-Dieu. Ce malade présente sur le côté gauche de la face une tuméfaction considérable qui s'étend du bord inférieur de la mâchoire inférieure jusqu'à la région oculaire sans l'envahir cependant. Il n'existe point de gonflement au-dessous et en arrière de l'oreille correspondante. A première vue l'état général paraît bon, mais peu de temps après son admission, le malade est pris d'un violent frisson.

Historique. — Il ressentit il y a huit jours une douleur spontanée au niveau des *dernières molaires inférieures gauches* : le lendemain il éprouve des difficultés dans la déglutition et crache tout à coup du pus en grande quantité.

A son arrivée à l'hôpital, le malade ne frissonne plus, mais délire constamment. La tuméfaction sous-auriculaire est rouge et s'accompagne d'une fluctuation ou fausse fluctuation étendue à toute la partie malade. Trismus assez serré, du même côté, l'arrière-gorge est tuméfiée, l'amygdale est rouge avec points blancs et le sillon compris entre l'amygdale et la langue est rempli de pus. Grosse induration de la branche montante du maxillaire inférieur : le doigt introduit dans la bouche

contourne avec peine la dernière molaire qui, en dehors, se trouve appliquée sur les tissus tuméfiés.

M. Richet pratique une ponction et tombe sur des tissus fongueux d'où s'écoule une grande quantité de sang ; la plaie ainsi faite donne accès sur une surface osseuse dénudée qui ne peut être que le maxillaire inférieur privé de son périoste.

Les jours suivants, la température s'élève de 39°5 à 40° chaque soir correspondant à des frissons et à de grosses céphalalgies.

Le 25, le malade se plaint de ressentir des douleurs spécialement dans l'œil gauche ; cependant de l'examen qu'on avait fait alors il n'était résulté rien de particulier, la température reste toujours à 40 le soir et le malade délire.

Le 27, état de torpeur où le malade ne répond aux questions posées que par des paroles incohérentes.

Le 28, *Hémiplégie droite* et absolue avec absence complète de la sensibilité réflexe. Même observation du côté de la face, le côté gauche a gardé sa sensibilité et sa motilité ; il n'y a point de strabisme, la pupille gauche est un peu plus dilatée que du côté droit. Les traits de la face ne sont pas déviés. — Vésicatoire sur chaque cuisse, 1 gramme de calomel. T. 40°.

Le 29, quelques instants de lucidité, même état.

A partir de ce jour, affaiblissement progressif jusqu'au coma.

Dans les 24 dernières heures, il y a de la contracture des muscles du cou, qui amène la déviation de la tête du côté gauche. T. 40°4.

Exitus, le 31.

Autopsie. — Abscès de la fosse ptérygo-maxillaire commençant d'une part avec le périoste dénudé du maxillaire inférieur, d'autre part avec les sinus de la base du crâne *détruisant une grande partie de l'hémisphère du même côté* intéressant la 3^e circonvolution frontale ascendante et s'ouvrant enfin dans le 3^e ventricule.

OBSERVATION XII

BOITEUX. — *Progrès médical*, p. 479, année 1879. — Résumé.

*Périostite du maxillaire inférieur gauche. Phlébite caverneuse.
Absès métastatiques multiples.*

Jenny, âgée de 36 ans, rempailleuse de chaises est entrée le 24 mai 1879, dans le service de Th. Auger, à l'hôpital Tenon.

Elle porte un énorme abcès situé à la partie latérale *gauche* du cou ; la tumeur est fluctuante, tendue, de la grosseur d'une orange ; la peau est rouge et amincie au point le plus saillant. Elle occupe la partie inférieure de la région parotidienne, la région sterno-mastoïdienne supérieure et la région sus-hyoïdienne latérale encadrant le maxillaire inférieur.

Un autre abcès situé dans la bouche, au niveau même du maxillaire s'est ouvert il y a quelques jours. Dentition extrêmement mauvaise ; les couronnes de toutes les molaires sans exception ont disparu et la plupart des racines portent des traces de carie. Début il y a quinze jours sans cause occasionnelle, sans traumatisme. L'incision de la collection livre passage à un pus très fétide. Il y a un décollement considérable des parties molles et dénudation étendue de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Céphalalgie.

Les jours suivants, température stationnaire 39° à 39°5, délire. L'œil droit est saillant, les paupières sont œdématisées et rouges, chémosis conjonctival. Pas de trouble de la motilité oculaire. Surdité marquée. Finalement l'œil droit s'exophtalmie, la pupille se contracte mais reste en myosis ; la pupille gauche est dilatée.

Le 28. T = 38°8. La rougeur et l'œdème des paupières ont augmenté ainsi que l'exophtalmie. L'œil se meut facilement, vision conservée, pas de diplopie. Pupille dilatée. Bouffissure de la face à droite. M. Auger pratique une ponction exploratrice au niveau de l'œil gauche très œdématisé par un chémosis con-

jonctival, et ne retire qu'une faible quantité de sang. Urines normales.

Le 29 et le 30, même état, pupille droite contractée
 $T = 40^{\circ}4$.

Le 31, œil saillant, chémosis énorme, œdème léger au front, myosis à droite et mydriase à gauche.

Le 1^{er} juin. Présence de 3 cordons indurés noirâtres au niveau du front, l'un vertical et médian occupant le trajet de la préparate, les deux autres divergeant de la racine du nez vers la partie supérieure du front.

Le 2 et le 3. Tous les symptômes s'accusent. Délires, surdité. L'examen ophtalmoscopique de l'œil droit ne montre rien de particulier, l'examen de l'œil gauche est impossible en raison de l'opacité cristallinienne. $T = 39^{\circ}$ à 40° . Mort dans la nuit du 3 au 4 juin.

Autopsie. — Poumons congestionnés aux bases, avec petits abcès lenticulaires en grand nombre dans le poumon droit. Rien aux autres viscères.

Cerveau. — Méninges très congestionnées sur la moitié gauche de l'encéphale, exsudats à la base, puis infiltré dans les méninges de la fosse sphénoïdale gauche, ramollissement des circonvolutions et petit abcès superficiel.

Orbite droite. — Loge postérieure parsemée d'abcès fusiformes nombreux, quelques-uns du volume d'une noisette placés sur le trajet des veines. Ophtalmiques pleines de pus. Pus dans la veine frontale médiane, caillots dans les autres, œil sain.

Sinus caverneux. — Rempli de pus comme les deux sinus coronaires et comme les sinus pétreux supérieurs principalement le gauche.

Au niveau de la jonction du sinus latéral avec ce dernier se voit un caillot solide qui a préservé les autres sinus. Purulence des veines de la fosse sphénoïdale gauche.

Abcès analogues à ceux de l'orbite parsemés dans la région parotidienne droite. Sphénoïde et temporal droits normaux.

La branche horizontale et la branche montante du maxil-

laire gauche sont dénudées et déjà nécrosées. La lésion remonte jusqu'au condyle. *Fusée purulente sous le muscle temporal* ; la fosse ptérygoïdienne est absolument remplie de pus ; on voit sortir le liquide du trou sphéno-palatin.

Le plexus ptérygoïdien gauche paraît compris dans la lésion de plus on trouve du pus dans une des veines qui pénètrent dans le crâne par les trous du sphénoïde surtout le petit rond. La section du sphénoïde montre une ostéite de l'os ayant comme un point de départ une dénudation du périoste au niveau de la fosse ptérygoïdienne gauche. La veine jugulaire interne gauche est pleine de pus. Dans l'orbite gauche, on trouve la veine ophtalmique pleine de pus mais il n'y a pas d'abcès intraorbitaire. Enfin l'œil gauche présente un noyau central de cataracte et un staphylome postérieur très accusé, qui sont d'ailleurs sans relations avec l'affection qui a emporté la malade.

OBSERVATION XIII

CARLOS CHARLIN. — *Annales d'Oculistique*, année 1920, p. 713.
Résumé.

Trombophlébite secondaire à une ostéite du maxillaire inférieur et à un phlegmon de la face d'origine dentaire inférieur gauche.

Maria C..., 10 ans, est entrée à l'hôpital. 17 avril 1918, après plusieurs jours de maladie à cause d'un abcès facial ouvert dans la moitié gauche du plancher de la bouche (plusieurs molaires prêtes à tomber).

Opérée le 18 avril avec le diagnostic de phlegmon bilatéral de la face d'origine dentaire. Incision suivant l'arcade maxillaire, issue de pus gangréneux. Du côté droit on arrache deux molaires.

Le 19 avril, la température monte brusquement à 38°5 et se maintient élevée : on constate un œdème de la face surtout de la joue droite qui monte vite jusqu'aux paupières et au front. L'exophtalmie gauche apparaît bientôt suivie d'exophtalmie droite.

Le 27 avril. Examen oculaire. Exophtalmie bilatérale plus prononcée à droite qu'à gauche. Œdème palpébral, grande dilatation veineuse palpébrale et frontale. Chémosis conjonctival à droite. Pupille en myosis avec réactions pupillaires faibles à O. D. bonnes à O. G.

Le 29 avril. Coma, œdème considérable des deux yeux. Œdème blanchâtre péripapillaire, les papilles optiques apparaissent jaunâtres, anémiées, les vaisseaux filiformes, les veines minces et les artères sont seulement visibles au moment de la diastole. Même état général.

Le 30. Kernig positif, ouverture spontanée d'un abcès frontal.

Le 2 mai. Mort.

Autopsie. — Ostéite du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur gauches s'étendant au plancher de l'orbite correspondante; le crâne ouvert on constate une méningite purulente, une thrombophlébite des sinus caverneux coronaires transverses et des deux veines ophtalmiques.

OBSERVATION XIV

LAURET. — *Paris Médical*, 1921. — Résumé.

Ostéite maxillaire inférieur gauche. Thrombophlébite cavernuse consécutive.

Fillette de 7 ans $\frac{1}{2}$ ayant présenté une carie dentaire des dernières molaires inférieures gauches à la suite de laquelle apparut une tuméfaction angulo-maxillaire qui fut débridée le 26 octobre.

Le 2 novembre, signes de thrombophlébite des sinus caverneux. Méningite et mort le 5 novembre.

Autopsie. — L'étage antérieur de la base est normal, l'étage moyen apparaît au contraire de couleur jaune verdâtre, largement infiltré de pus s'étalant sous la dure-mère qui tapisse la fosse cérébrale moyenne du côté gauche et s'étendant du même côté sous la tente du cervelet. L'infiltration purulente franchit la ligne médiane sous le diaphragme de l'hypophyse infiltre le toit du sinus caverneux droit mais s'étend peu dans la fosse cérébrale moyenne du côté droit. L'incision du toit du sinus caverneux gauche montre un magma purulent, épais, jaune verdâtre au milieu duquel il est impossible de reconnaître les organes contenus dans le sinus, le pus entoure de toutes parts la glande pituitaire et infiltre le sinus caverneux droit ; il est facile de constater qu'à gauche le pus fuse à travers les trous de l'étage moyen de la base du crâne dans l'espace maxillo-pharyngien. L'encéphale est sain dans toute son étendue. Un ensemencement fait avec quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien donne une culture pure de streptocoques.

OBSERVATION XV

PROFESSEUR ROLLET. — Observation inédite.

Accident de la dent de sagesse inférieure gauche. Thrombophlébite caverneuse droite.

Mademoiselle P... J., 27 ans, ouvrière, entre au service d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu, le 4 juin 1924. Le médecin qui envoie la malade fut appelé à son chevet, le 26 mai, il constate alors qu'elle avait une température élevée sans frisson avec un trismus interne rendant toute exploration buccale impossible.

Le 27 mai. Exploration de la cavité buccale à l'aide d'un ouvre-bouche, on trouve dans le fond et à gauche une *tuméfaction rouge postérieure à la II^e grosse molaire*. Cette tuméfaction très douloureuse est ulcérée en son centre et repose sur une partie dure : le médecin fait alors le diagnostic d'accident dentaire consécutif à l'éruption de la *dent de sagesse gauche inférieure*. L'extraction est faite aussitôt. Le soir, l'œdème a gagné la paupière inférieure de l'œil *gauche* : on réintervient sur le foyer buccal et on évacue à nouveau une grande quantité de pus fétide, la température s'élève à 40° le soir, des frissons sont apparus dans la journée.

Le 31 mai. Le médecin constate encore une température voisinant 40°, mais à cet instant intervient un autre symptôme : il y a une légère exophtalmie du côté droit. Devant ce symptôme inquiétant le médecin adresse la malade au Professeur Rollet qui l'examine le 5 juin.

A cette date. Grosse exophtalmie unilatérale de l'œil droit avec œdème des paupières et chémosis. L'examen du fond d'œil et des milieux oculaires est négatif. A l'exophtalmomètre on trouve pour O. D. = 25 et pour O. G. = 15. Les mouvements oculaires sont presque nuls. Il existe un énorme œdème sous-palpébral à gauche avec infiltration locale gagnant les régions sus-orbitaires et géniennes.

La malade semble compter les doigts à 1 mètre pour O. D. mais ses réponses sont imprécises eu égard à son état général.

Signes généraux très accusés. Pouls à 140. T. = 40°. Obnubilation marquée, haleine fétide, lèvres fuligineuses.

Le Docteur Rosnoblet pratique le 5 juin une orbitotomie externe pour éliminer le diagnostic de phlegmon de l'orbite. Effondrement du septum orbitaire à la rugine, l'exploration de l'orbite au doigt révèle une soufflure de la paroi inférieure de l'orbite, il ne coule ni pus ni sérosité purulente.

Ponction du sinus maxillaire. Pas de pus.

On fait alors le diagnostic de thrombophlébite du sinus caverneux avec exophtalmie droite et on injecte d'emblée : 20 cc. de *sérum antiperfringens* et 10 cc. *antivibron septique*.

Le 7 juin. L'état reste assez grave, la malade est dans un état d'obnubilation complète. La température reste aux environs de 40° pour descendre le matin vers 39°, on pratique une nouvelle injection de chacun des sérums sus-cités.

Le 9 juin. Mort. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XVI

JABOULAY. — In *Thèse de Moreau, Lyon, 1905* (Résumé).

Thrombophlébite caverno-orbitaire consécutive à un accident dentaire supérieur. Sinusite sphénoïdale carie du sphénoïde.

Malade âgé de 30 ans, entre à la salle Saint-Sacerdos, le 30 décembre 1904 pour une volumineuse tuméfaction de la joue droite accompagnée de céphalées très vives.

Rien à signaler dans les antécédents du malade mais depuis trois ans il souffre des dents ; il y a huit jours un dentiste lui a extrait la première *grosse molaire droite* douloureuse et cariée.

A son entrée, faciès d'infecté, frissons répétés, douleurs très vives dans la région du *maxillaire supérieur droit*. Ecoulement sanieux par l'orifice de la dent extraite. T = 39°2. Il existe sur la face externe du maxillaire une collection que l'on incise et qui donne issue à une petite quantité de pus. Amélioration légère les jours suivants.

Neuf jours après son entrée, formation d'une collection purulente au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur droit, à la pression on peut l'évacuer par le premier trajet. Contre incision au niveau de cette nouvelle collection. La température prend le type à grandes oscillations. Frissons.

Douze jours après son entrée, le malade présente du chémo-

sis gauche puis, le lendemain, protusion de l'œil gauche et exophtalmie : immobilité totale du globe. Etat général de plus en plus grave.

Sous anesthésie incision des paupières supérieures et inférieures, il sort un peu de liquide noirâtre.

Deux jours après mêmes accidents oculaires du côté opposé, état demi-comateux. T. : 39°. L'examen du fond d'œil montre un œdème blanc rétinien avec de grosses veines tortueuses très dilatées.

16 janvier. Intervention : abaissement du nez par ostéotomie verticale bilatérale d'Ollier. Le labyrinthe ethmoïdal évidé paraît sain. Ouverture des sinus frontaux trouvés intacts. Effraction de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal, le stylet introduit ne ramène pas de pus. Mort dans l'après-midi.

Autopsie. — Poumons avec quelques *infarctus*. Rate volumineuse. Cœur normal.

Cavité crânienne. Sur la convexité du cerveau, rien de caractéristique.

La dure-mère de la base est tachetée de placards rougeâtres ; arrachée, les racines des petites ailes et des grandes ailes, l'apophyse basilaire apparaissent parsemées de plaques noirâtres purulentes. Les sinus caverneux droits et gauche sont entièrement remplis de pus épais, les autres sinus sont intacts.

Le sinus sphénoïdal droit ne présente pas de pus. Le gauche en contient au contraire, *les parois osseuses ne sont pas effondrées*, les cellules ethmoïdales postérieures paraissent saines. Les veines ophtalmiques gauches sont thrombosées, le tissu cellulaire de l'orbite gauche présente des traînées purulentes, en certains points les graisses sont sphacélées.

A droite, les veines ophtalmiques ne sont pas oblitérées, le tissu orbitaire est œdématié.

Tout le sphénoïde est en voie de nécrose. Les fosses nasales sont saines. A droite, les fosses zygomatique et ptérygo-maxillaire contiennent du pus très fétide. A gauche, la fosse ptérygo-maxillaire semble infiltrée.

Examen histologique de l'œil gauche. — La rétine sur une

grande étendue est détachée de sa couche pigmentée par une substance granuleuse prenant très mal l'éosine au milieu de laquelle on aperçoit encore des cônes et des bâtonnets en partie dégénérés. La couche des cônes et des bâtonnets est partout dégénérée, méconnaissable. La couche pigmentée persiste néanmoins assez régulière. Les couches des grains interne et externe sont diminuées d'épaisseur, parfois dissociées. Cette dissociation peut-être artificielle laisse apercevoir un lacis très fin de fibrilles conjonctives formant des mailles que les cellules ont plus ou moins abandonnées. La couche des cellules ganglionnaires, celles des fibres nerveuses sont normales, sans hémorragies ni lésions vasculaires. Quelques vaisseaux seulement sont remplis de caillots. Les couches pléxiformes ne sont pas augmentées d'épaisseur. La choroïde est normale.

OBSERVATION XVII

LANCIAL. — *Thèse*, Paris, 1888. — (Résumé).

Périostite alvéolodentaire supérieure droite. Phlébite de la veine ophtalmique droite, propagation aux sinus caverneux et à la veine ophtalmique gauche.

Le nommé Edouard V..., journalier, âgé de 54 ans, entre dans le service de chirurgie, le 3 novembre 1885.

Ce malade ne donne que des renseignements très vagues sur les débuts de sa maladie. Il y a une huitaine de jours, après avoir passé la nuit dans une grange froide, il eut un frisson, de la céphalalgie, en même temps gonflement de la gencive et de la lèvre supérieure.

1^{er} novembre. Grand frisson, la tuméfaction gagne l'aile du nez.

3 novembre. Le malade est dirigé sur un service de médecine avec le diagnostic d'erysipèle.

4 novembre. *Abcès périostique siégeant au niveau des incisives supérieures droites* et s'ouvrant spontanément laissant écouler un pus très fétide. Phénomènes généraux graves. T = 40°1.

5 novembre. Le malade est envoyé en chirurgie, il accuse des douleurs vives dans la région frontale. La lèvre supérieure est considérablement épaissie et oedématiée ainsi que la peau de la joue ; la rougeur et le gonflement remontent jusqu'à l'angle du nez et ont envahi les paupières de l'œil droit et la région sus-orbitaire correspondante. Toute cette région est empâtée, douloureuse à la pression ; la rougeur ne cesse pas brusquement, mais se fond graduellement jusqu'au tissu sain.

En soulevant la lèvre supérieure, on constate au niveau des incisives supérieures droites un décollement de la muqueuse gengivale à bords irréguliers et noirâtres. Un pus fétide s'écoule par l'ouverture. Les incisives sont manifestement altérées et ont déterminé l'abcès alvéolaire. On les extrait sur le champ.

Les deux paupières de l'œil droit sont très oedématiées, mais le gonflement de la paupière supérieure efface le sillon orbito-frontal et se continue directement avec la région sourcillaire tuméfiée. Chémosis séreux et exophtalmie de l'œil droit, en outre, cet œil est presque immobile et la vision très altérée. Purgatif : calomel à haute dose.

Le 6 novembre. Même état. T = 39°. Douleur frontale vive.

Le 7 novembre. Chémosis et exophtalmie très prononcés, pas de dilatation pupillaire, calomel, sangsues à la région temporale droite.

Le 8 novembre. T = 40°. Croyant à la possibilité d'un phlegmon profond de l'orbite et voulant le faire avorter, M. Duret, pratique une incision le long du sillon orbito-frontal, la sonde cannelée est ensuite introduite en suivant la voûte orbitaire jusqu'à une profondeur de plusieurs centimètres sans amener l'issue de pus. T = 40°5. Etat soporeux.

Le 10 novembre. Le chémosis droit diminue ainsi que le gon-

flement des paupières, mais au niveau du nez et de l'angle interne de l'œil, la tuméfaction persiste. On observe en outre ce matin que l'œil gauche se prend à son tour, il existe une exophtalmie et un chémosis considérables.

M. Duret fait de ce malade l'objet d'une leçon clinique et porte le diagnostic de phlébite de la veine ophtalmique droite ayant occasionné, par propagation de l'inflammation une thrombose du sinus caverneux droit, du sinus transverse et plus récemment du sinus caverneux gauche et de la veine ophtalmique de ce côté.

Le 11 novembre. Les veines temporales, frontales, la préparate sont très dilatées. Etat comateux, mort à 6 heures du soir. T = 42°.

Autopsie. — A l'incision des parties molles péricrâniennes on voit soudre une goutte de pus au niveau de l'angle interne et supérieur de l'œil droit.

Pas de pus au niveau de la base, mais léger œdème cérébral.

Ramollissement ancien au niveau de la 3^e circonvolution frontale gauche. La veine de Galien et les veines choroïdiennes sont turgides et il y a un peu de pus dans les prolongements sphénoïdaux des ventricules latéraux.

Au niveau des orbites, les veines frontale interne et préparate sont turgides et celle du côté gauche est obstruée par un caillot fibrineux. Le sinus caverneux droit est rempli par une masse séro-purulente qu'on trouve encore ainsi que les caillots et le putrilage dans les sinus pétreux supérieur, le sinus latéral et le sinus transverse. Au niveau de ce dernier le pus est en assez grande quantité pour qu'on puisse l'enlever avec le manche du bistouri.

Le sinus caverneux gauche et le sinus pétreux du même côté sont purulents.

Le sinus latéral renferme un léger caillot gélatineux.

A l'enlèvement de la voûte orbitaire gauche, on trouve une veine de calibre aussi fort que celui de la radiale oblitérée par un caillot et le tissu cellulo-adipeux de l'orbite est épaissi comme s'il avait subi un certain degré d'inflammation.

A la face, on trouve une *veine angulaire droite* énorme gonflée de pus et cet état se continue *dans la faciale* jusque sur les côtés de l'aile du nez et en haut jusqu'à l'angle interne de l'œil ou le pus se trouve encore en plus grande quantité. En suivant la veine en bas jusqu'au niveau du bord inférieur de la lèvre supérieure, on trouve un caillot se continuant avec le décollement purulent observé en cet endroit pendant la vie. En haut, l'angulaire communique avec la préparate qui contient aussi du pus.

Dans la cavité de l'orbite droite on trouve à la partie supérieure au niveau du droit supérieur une veine blanche gonflée de pus et communiquant en avant avec la préparate et l'angulaire, en arrière avec le sinus caverneux. Quant au sinus maxillaire il ne contient aucun liquide.

OBSERVATION XVIII

COLOMBE. *Revue des Maladies de l'Enfance*, 1885, p. 186.

Périostite alvéolaire suppurée de la mâchoire supérieure, inflammation consécutive des veines faciales et phlébite des sinus.

Enfant, âgé de 10 ans, malade depuis 5 ou 6 jours, santé délicate, ayant eu souvent des fluxions dentaires. Il avait plusieurs dents cariées.

7 août. Toutes les dents de la mâchoire supérieure sont usées transversalement et les couronnes usées à moitié. Gonflement considérable de la moitié gauche de la face, dur, cédèmateux, sans fluctuation. L'enfant répond difficilement aux questions et n'ouvre que très péniblement la bouche. T. : 39°2.

Trois jours après, le gonflement est encore augmenté.

12 août. On peut constater avec le doigt la présence d'un abcès à la voute palatine, ouverture, issue d'un peu de pus.

14 août. L'œdème facial a diminué.

16 août. Nouvelle ouverture de l'abcès palatin qui s'est reformé.

L'œdème gagne la paupière supérieure droite, il n'y a pas d'exophtalmie. A gauche, au niveau de la joue, les veines sont nettement dessinées ; l'une d'elles donne au doigt la sensation d'un *cordon dur, résistant*, ce cordon que l'on commence à sentir au niveau de la joue se dégage vers le sillon naso-génien et se termine à l'arcade transversale de la racine du nez. Incontinence d'urine et des matières fécales. Ventre ballonné.

18 août. L'enfant a eu deux frissons ayant duré 6 à 8 minutes. T. : 39°. Délire la nuit.

19 août. L'œdème a presque disparu, mais l'enfant est dans le coma et meurt dans la journée.

OBSERVATION XIX

SCHOLTZ. Acta-oto-rhino-laryngologica.

Fasc. 1-2-1924, *In mémoire de Bürger* (Traduction personnelle)

*Plegmon du maxillaire supérieur. Thrombose caverneuse.
Hémorragie foudroyante du sinus.*

Malade, ayant présenté une fièvre élevée avec frisson et délire coïncidant avec l'apparition d'un phlegmon extensif siégeant du côté droit de la face, de la joue et du cou. Des incisions ayant été pratiquées, un pus épais sortit derrière la dernière grosse molaire supérieure. La mort survint au 12^e jour par suffocation au cours d'une *abondante hémorragie du nez et de la bouche*.

Autopsie. — Une *carie extensive du corps du sphénoïde* se révéla aussitôt. La paroi latérale, aussi bien que le fond

de la cavité sphénoïdale, étaient perforés. La carie destructive s'étendait à l'aile pterygoïdienne droite. La cavité sphénoïdale droite communiquait directement avec le sinus caverneux thrombosé et l'hémorragie foudroyante était arrivée de ce sinus crevant à travers la paroi cariée du sphénoïde. La moitié droite de la face était infiltrée de pus.

OBSERVATION XX

R. E. SMITH. *Presse Médicale*, 22 oct. 1919, page 619.
Texte complet dans *The Lancet*, n° 5.005, 2 août 1919.

Pyorrhée alvéolaire, abcès dentaire droit, thrombose caverneuse, hémiplegie gauche.

Sujet de 28 ans qui, à la suite d'une longue histoire de pyorrhée alvéolaire et après avulsion de 7 dents, fit un abcès dentaire droit, avec adénite cervicale suppurée droite incisée. Suivirent des signes de septicémie avec broncho-pneumonie et une hémiplegie gauche. Mort de broncho-pneumonie. Il s'agissait d'une thrombose du sinus caverneux droit, ayant entraîné un œdème cérébral local avec hémiplegie.

OBSERVATION XXI

SCHUDE. *Verhandl. d. Aertzl. Vereins zu Hambourg Jahrg*, 1888,
In Thèse de Sabatier, 1902-03. (Résumé).

Ostéite du maxillaire sans localisation nette. Thrombophlébite caverneuse consécutive.

Malade présentant une tumeur phlegmoneuse du cou à la suite d'une nécrose maxillaire après extraction dentaire. Aug-

mentation de volume du maxillaire inférieur et énorme abcès temporal. T. : 41°. Ouverture de cet abcès.

26 janvier. Malade en meilleur état, il nous apprend qu'il souffre des dents depuis 6 mois et qu'il fit extraire, la nuit de Noël, une molaire supérieure droite à la suite de laquelle apparut une tuméfaction occupant toute la joue.

Aujourd'hui la douleur est faible, la figure a désenflé. T. : 39°.

27 janvier. Enorme tuméfaction oedémateuse de la moitié gauche de la figure. Expulsion d'une grande quantité de pus.

30 janvier. Frissons, T. : 40°6.

1^{er} et 2 février. Ecoulement purulent par une ouverture située entre les incisives inférieures droites, la sonde va jusqu'au maxillaire dénudé. Nombreux crachats hémoptoïques. Incisions multiples.

3 février. Agrandissement des incisions, on trouve un maxillaire nécrosé. Hémorragie, tamponnement. T. : 40°.

5 février. Mort par pyohémie.

Autopsie. — Phlébite ophtalmique et du sinus caverneux. *Abcès métastatiques* des deux poumons, liquide purulent dans les deux plèvres, périadénite submaxillaire droite avec thrombose des veines voisines. *Infarctus* de la rate, gros rein blanc, foie marron. *Foyers libres dans le cerveau* de consistance molasse.

Conclusions

I. — La thrombophlébite du sinus caverneux complication d'accidents dentaires, est une affection rare mais non exceptionnelle.

II. — Elle est le terme ultime de l'extension d'un processus inflammatoire d'origine dentaire aux systèmes veineux faciaux et encéphaliques.

- a) Système veineux **facial ophtalmique**, en ce qui concerne la plupart des affections du **maxillaire supérieur**.
- b) Système veineux **plexus ptérygoïde-veine de Trolard** en ce qui concerne les affections du **maxillaire inférieur**.

III. — Les accidents septiques des dents du maxillaire supérieur donnent **rarement** des thrombophlébitides caverneuses, mais plutôt des phlegmons d'origine lymphatique.

IV. — Les accidents septiques des dents de l'hémi-maxillaire **inférieur gauche** surtout des **grosses molaires**

fournissent à eux seuls la **presque totalité** des thrombophlébites cavernueuses à origine dentaire ; l'hémimaxillaire **inférieur droit** n'ayant **jamais** été, à notre su, le point de départ de phlébites intra crâniennes.

V. — La thrombophlébite cavernueuse se manifeste à sa période d'état par trois symptômes importants :

- a) l'**exophthalmie** unilatérale, puis bilatérale ;
- b) l'**hyperthermie** à quatre grandes oscillations ;
- c) la **céphalalgie** très tenace et très vive.

VI. — Elle reste une affection généralement **mortelle**, susceptible d'un traitement surtout prophylactique, basé sur une bonne **hygiène buccale**, sur une avulsion **précoce** des dents présentant des lésions infectieuses péri-dentaires, sur une **ouverture** non moins **précoce** des phlegmons des maxillaires ; les thromboses veineuses ptérygoïdienne et faciale restant deux complications déjà trop avancées pour permettre un traitement **vraiment efficace**.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LANNOIS.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 20 Novembre 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ABERCROMBIE. — Traité des maladies de l'encéphale, 1818.
- BERTRAND. — De la thrombose des sinus de la dure-mère.
Thèse Paris, 1875.
- BOITEUX. — *Progrès Médical*, 1879, page 479.
- BOURGEOIS. — Thrombophlébite du sinus caverneux d'origine
otique. Guérison. *Annales des Maladies de l'oreille et du
larynx*, 1908, pages 204 et 397.
- BORGE. — Thrombophlébite du sinus caverneux. Thèse Mont-
pellier, 1910.
- BROCA et MAUBRAC. — Traité de chirurgie cérébrale, 1856, p.
286.
- BÜRGER. — *Acta-oto-rhino-laryngologica*, fasc. 1-2, 1924.
- CHABBERT. — Mémoire sur les veines de la face et du cou, 1876.
- CARLOS CHARLIN. — *Annales d'Oculistique*, 1920, p. 708-724.
- CHISOLM et WATKINS. — 12 cas de thrombophlébites du sinus
caverneux. *Arch. Surg. Chicago*, 1920, p. 463-512.
- DESCAZALS. — Des thrombophlébites des sinus de la dure-mère.
Thèse Paris, 1898.
- EDROM. — Thèse Bordeaux, 1921.
- FAUVEL. — La phlébite aiguë des sinus de la dure-mère. Thèse
Paris, 1887.
- FESTAL. — Recherches anatomiques sur les veines de l'orbite,
leurs anastomoses avec les veines des régions voisines.
Thèse Paris, 1886.
- CURWITSCH. — Ueber die Anastomosen zwischen des Gesichts
und Orbitalvenen. *Arch. f. ophtalmo*, 1883.
- GAILLARD. — Phlébite de la veine ophtalmique. Thèse Paris,
1887.

- LAGLEYZE. — Œil et dents. Relations pathologiques. *Archives d'ophtalmologie*, 1899, page 244.
- LABBÉ (Charles). — Etude sur les granulations de Pacchioni suivie d'une note sur les moyens de communication de la circulation veineuse intracrânienne avec l'extérieur du crâne. Thèse Paris, 1882.
- LABALETTE. — Les veines de la tête et du cou. Thèse Lille, 1890-91.
- LANCIAL. — De la thrombose des sinus de la dure-mère. Thèse Paris, 1887-88.
- LAURET. — Thrombophlébite suite d'accidents dentaires. *Paris Médical*, 1921, p. 205 à 307.
- MARTY. — Thrombose des sinus de la dure-mère. Thèse Paris, 1873.
- MARCHIVÉ. — Thèse Bordeaux, 1921.
- MATUIEU et GAMALEIA. — A propos de trois cas de thrombophlébite du sinus caverneux, complication d'accidents dentaires et particulièrement de la dent de sagesse. *Presse Médicale de l'Est*, 15 janvier 1924.
- MOREAU. — Manifestations oculo-orbitaires des sinusites sphénoïdales. Thèse Lyon, 1905.
- PANIAGUA. — Thrombophlébite septique du sinus caverneux gauche consécutive à une infection dentaire. *Clinica Castellana*, t. XXVI, n° 4.
- PIERCE-GOULD. — *Journal of Brit. Dent. Ass.*, 1886.
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.
- PONT. — *Lyon Médical*, 1898.
- RILLER. — Issue favorable d'une thrombophlébite probable du sinus caverneux, *Zeitschr. f. Hals, Nase, Ohr, Krank.*, 1922, p. 348.
- ROBINEAU. — Chirurgie des phlébites. Thèse Paris, 1898.
- SALATHÉ. — Recherches sur les mouvements du cerveau et sur le mécanisme de la circulation des centres nerveux. Thèse Paris, 1887.
- SABATIER. — Contribution à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaire. Thèse Lyon, 1903.

- SÉBILEAU. — Phlegmons pérимандibulaires. *Presse Médicale*, 1921.
- Des gangrènes graves de la bouche. *Revue de Stomatologie*, 1898.
- Un abcès suivi de phlébite mortelle de la veine ophtalmique inférieure. *Revue de Stomatologie*, 1900.
- Des différentes formes de la septicémie buccale. *Presse Médicale et Odontologie*, 1901.
- TAVERNIER. — Chirurgie des thrombophlébites du sinus caverneux. *Lyon Chirurgical*, 1909, p. 790.
- TERSON. — Phlébite ophtalmique. *Tr. ch. clin. et opératoire* T. V.
- Remarques sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections bucco-dentaires, 1893.
- Rapports entre les affections bucco-dentaires et les maladies de l'œil. *Traité de stomatologie*, Gaillard et Nogné, 1911.
- TELLIER J. et C. — Contribution à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaire. *Lyon Médical et Revue de Stomatologie*, 1903.
- TELLIER J. — Septicité bucco-dentaire et ses conséquences. *Odontologie*, 1906.
- Pyorrhée alvéolaire, origines et conséquences. *Congrès de Stomatologie*, 1911. Paris, Lyon, Maloine, Edit.
- TROLARD. — Recherches sur l'anatomie du système veineux du crâne et de l'Encéphale. Thèse Paris, 1868.
- Recherches sur l'anatomie du système veineux du crâne et de l'encéphale. *Arch. génér. de Médecine*, mars 1870.
- *Journal de l'anatomie et de la physiologie normale et pathologique de l'homme et des animaux*, 1890.
- TOUPET. — Chirurgie de l'hypophyse. *Revue de chirurgie* 1912, p. 899.
- ZAWADSKI. — *Gazeta Lekarska*, 1886.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	9
Historique	13
Aperçu de l'Anatomie et de la Physiologie des systèmes veineux faciaux dans leurs rapports avec le sinus caverneux	17
Etiologie et Pathogénie	27
Symptomatologie et Diagnostic	35
Traitement et Pronostic	47
Observations	55
Conclusions	89
Bibliographie	91

