

En arrière du pavillon, la partie inférieure des téguments est chaude, rouge, douloureuse à la pression.

Pansement au moyen du tamponnement avec la gaze iodoformée.

22 août, même état; la vision est affaiblie dans l'œil gauche et l'examen ophtalmoscopique révèle une congestion notable des vaisseaux de la papille.

23 août, sous l'influence de l'antipyrine et du sulfate de quinine la fièvre a diminué. Le soir, la température est de 38°, pouls 76. Etant donnée l'abondance extraordinaire de l'écoulement, le tamponnement par la gaze iodoformée est renouvelé trois fois par jour.

Le malade se plaint seulement de souffrir dans la région temporo-frontale gauche.

24 août, température du soir : 37°8, douleurs moins intenses. Jusqu'au 7 septembre l'amélioration continua; la température était normale; les douleurs de la tête avaient disparu et la vision de l'œil gauche était redevenue parfaite, la congestion papillaire n'existant plus, l'écoulement séro-purulent, d'une abondance inusitée au début, avait sensiblement diminué. Le malade pouvait se lever et se croyait presque guéri; mais le 7 septembre, à la suite d'un nouveau refroidissement, que la température anormale à cette époque (35° à l'ombre) explique, il survint une poussée aiguë se manifestant par le retour des douleurs de tête, la rougeur et l'empâtement de la région rétro-auriculaire inférieure, s'étendant à la partie latérale et supérieure du cou. La température monte à 40° le soir.

Les jours suivants, l'inflammation gagne de plus en plus la région cervicale; les mouvements de rotation de la tête deviennent impossibles comme dans le torticolis.

Cet état semble s'amender du 16 au 24 septembre, période pendant laquelle la fièvre diminue.

L'écoulement, pour la première fois, change de nature, il devient franchement purulent et diminue considérablement en quantité.

A partir du 24 septembre, les symptômes inflammatoires reprennent une nouvelle intensité, la température remonte à 39° le matin et à 40° le soir; la région latérale du cou est chaude et empâtée, sans qu'on puisse toutefois reconnaître de la fluctuation.

Le malade peut à peine ouvrir la bouche; la déglutition est difficile. Rétrécissement notable de la pupille de l'œil gauche.

Enfin le 30 septembre on commence à pouvoir trouver les signes d'une fluctuation profonde vers le tiers inférieur du bord postérieur du sterno-mastoïdien, dont le corps est projeté en avant.

Je pratique alors à ce niveau une large incision de la peau et des tissus sous-jacents, couche par couche, avec la sonde cannelée. Elle

donne issue à une grande quantité de pus. L'exploration du foyer purulent avec la sonde permet de reconnaître qu'il est situé en arrière du sterno-mastoïdien et s'étend jusqu'à la gaine du faisceau vasculo-nerveux. On peut enfoncer la sonde, de haut en bas et de dehors en dedans, jusqu'à une profondeur de 12 centimètres. Après avoir placé un drain, je fais un pansement antiseptique à l'acide phénique.

A partir de ce jour, l'état général s'est amélioré et cet adéno-phlegmon a rapidement guéri. D'un autre côté, la suppuration de l'oreille a cessé et la perforation de la membrane du tympan s'est cicatrisée.

A la fin d'octobre, le malade guéri, et entendant presque normalement a pu reprendre son travail.

L'examen bactériologique, pratiqué à plusieurs reprises, a fait reconnaître dans le pus, la présence de staphylococcus albus et aureus associé au streptocoque pyogène.

Le pus du phlegmon du cou ne contenait que le streptocoque pyogène seul.

Je dois ajouter en terminant que je n'ai pu, à aucun moment, constater le moindre symptôme de mastoïdite.

#### D. — Phlébites cervicales.

Quelques explications sont ici nécessaires.

L'oreille moyenne a des rapports directs avec la jugulaire interne et est reliée par les veinules de sa fibro-muqueuse aux plexus veineux cervicaux.

On sait que la paroi osseuse qui recouvre le bulbe de la jugulaire forme le plancher de la caisse, et que cette paroi est excessivement mince. Il y a même des cas où la lame osseuse fait partiellement défaut et où la fibro-muqueuse auriculaire est en contact immédiat avec la paroi veineuse. Sur 449 crânes, Otto Kœrner (Ann. mal. or. 1891, p. 664) a trouvé 30 fois des déhiscences du plancher, et 23 fois des trous plus petits au niveau de la surface jugulaire. Ces orifices anormaux seraient plus fréquents du côté droit.

On sait aussi que les veines de la caisse et de la mastoïde aboutissent plus ou moins directement à la jugulaire interne. Les unes vont dans le golfe de la jugulaire et sont ordinairement très petites; les autres se jettent dans les veines stylo-mastoïdiennes ou occipitales. Enfin la veine mastoïdienne aboutit à la veine occi-

pitale et quelquefois à la jugulaire interne. Walther la signale comme formant une des origines de la veine jugulaire postérieure. Il existe donc sur les parties latérales de la nuque un réseau veineux assez riche, recevant une grande partie des veines de l'oreille et de la région mastoïdienne, et communiquant largement avec le sinus (Collinet).

Il résulte de nos observations personnelles que des phlébites d'origine auriculaire peuvent atteindre soit la jugulaire interne, soit le plexus veineux sous-occipital sans que le sinus latéral avec lequel ces vaisseaux communiquent présente des lésions cliniquement appréciables et justiciables d'un traitement chirurgical.

Les recherches nombreuses que nous avons faites à ce sujet dans la littérature sont restées à peu près sans résultat. Aucune observation de phlébite otitique n'a été prise dans le sens que nous indiquons, et tous les cas de phlébite se rapportent à des inflammations sinuso-jugulaires. Il est vrai qu'on ne publie la plupart du temps que les cas suivis de décès ou d'opérations. Le canal veineux sinuso-jugulaire est irréductible pour tous les auteurs. Ses inflammations sont aussi bien décrites dans les traités sur la chirurgie cérébrale que dans les mémoires sur les suppurations cervicales des otites. Il semble, d'après cela, que les phlébites s'étendent toujours sur toute l'étendue du tronc veineux sinuso-jugulaire et qu'une égale importance des symptômes cérébraux et cervicaux permette au pathologiste de tracer un tableau clinique de l'affection avec non moins de précision en commençant par un segment du canal ou par l'autre. Encore les suppurations du sinus latéral ont-elles plus particulièrement fixé l'attention des observateurs, tandis que les thromboses de la veine jugulaire sont à peine mentionnées. Certains chirurgiens paraissent avoir oublié dans les examens cadavériques que la jugulaire fait suite au sinus et qu'on peut trouver dans la jugulaire les causes anatomiques des symptômes qu'on recherche en vain dans le sinus. Par exemple, il y a deux ans, un chirurgien de Berlin, dans un travail sur la pyohémie otitique sans phlébite des sinus, publiait l'observation d'une fillette de huit ans qui fut atteinte, au cours d'une otite moyenne aiguë gauche, de tuméfaction de la région mastoïdienne, de douleurs au niveau de la jugulaire, de frissons avec

grands accès de fièvre. Surviennent un abcès de mollet et une arthrite carpo-métacarpienne. Le chirurgien pose le diagnostic de thrombose du sinus transverse, et trépane l'apophyse. Il la curette et ouvre le sinus latéral qui contient du sang liquide. L'enfant succombe à une méningite trois semaines après. Les sinus furent trouvés sains; *mais la jugulaire ne fut pas examinée.*

Nous sommes obligé de dire que s'il est vrai anatomiquement que la jugulaire interne est le prolongement cervical du sinus latéral, il est non moins vrai en pathologie qu'il existe trois catégories de cas bien distincts : 1° ceux où le caillot putride emplit à la fois le sinus et la jugulaire; 2° ceux où il est limité au sinus; 3° ceux où il est limité à la veine jugulaire interne.

Tout observateur doit tenir compte de ces faits anatomo-pathologiques et a le devoir de chercher à les différencier cliniquement. On conçoit que les symptômes varient suivant que la phlébite est sinusale ou jugulaire. Tout segment de vaisseau enflammé détermine autour de lui une atmosphère septique qui va de l'œdème simple au phlegmon suppuré; et, il est évident que l'œdème ou le phlegmon périsinusal ne se traduit pas par les mêmes phénomènes cliniques que la périphlébite jugulaire ou sous-occipitale.

Il reste bien entendu que nous ne faisons ici allusion qu'au siège cervical d'un caillot infectant. Ceci ne signifie pas qu'à l'autopsie d'un malade mort d'une phlébite de la jugulaire, on ne puisse trouver un caillot fibrineux dans une partie de la portion sinusale du conduit veineux. Mais ce caillot, à notre avis, n'a aucun effet comme agent propagateur de l'infection. C'est au contraire un caillot protecteur, un rempart naturel contre l'extension des germes septiques, quelque chose comme la barrière défensive que cherche à établir le chirurgien en posant un fil à ligature sur une veine infectée. Ces caillots fibrineux sont les bons caillots; ils sont quelquefois aseptiques, la bactériologie nous l'a démontré dans un cas; et imprudent qui les détruit. Nous les respectons comme on respecte la digue plastique élevée autour d'un abcès dans une cavité séreuse. Ne compte pour nous que le caillot diffus ou abcédé qui inonde le sang de ses produits septiques et les répand dans l'atmosphère cellulaire du

vaisseau. Nous en avons la preuve dans une observation de Gibert (Soc. an., 1858, p. 433). Le malade meurt en quelques jours d'une septicémie consécutive à une otite moyenne purulente gauche. La veine jugulaire est trouvée, à l'autopsie, pleine d'une bouillie noirâtre, un peu fétide, depuis le bulbe jusqu'à l'embouchure de la veine thyroïdienne. La face interne de la veine est noire; ses parois sont friables et se laissent facilement déchirer. La jugulaire ne reprend ses caractères normaux qu'au moment où elle rejoint la sous-clavière. En haut du côté du crâne, le sinus latéral est plein d'un gros caillot, sans pus au centre, dit l'observation. — Nous croyons que ce dernier caillot n'était pas infectant et ne formait qu'un bouchon au-dessus de la traînée septique intra-jugulaire. En effet, tandis que tout autour de la veine l'inflammation du tissu cellulaire avait réuni les uns aux autres l'artère, la veine, la pneumogastrique; le cerveau était sain et les méninges normales. Le caillot sinusal avait été bien toléré.

Robin, dans sa thèse d'agrégation, nous dit avoir relevé dix cas de thromboses isolées de la jugulaire; et Broca reconnaît dans sa « Chirurgie cérébrale » que « la jugulaire peut être le seul foyer de l'infection veineuse qui, partie de la caisse et non de l'apophyse, frappe le bulbe de la jugulaire et de là descend au cou sans remonter dans le sinus. »

Parmi les faits les plus démonstratifs, on cite celui de Keen.

Un homme de 31 ans, atteint d'otorrhée chronique depuis huit ans, présente, à la suite d'un examen de l'oreille par un spécialiste, des frissons, des douleurs de tête et de poitrine, de l'ictère et des crachements de sang. Le cas fut considéré comme de l'infection purulente consécutive à l'otite; la région mastoïdienne était gonflée et douloureuse à la pression. Trépanation de l'apophyse, que l'on trouve remplie de pus caséeux et fétide. La veine jugulaire interne est ensuite mise à nu et liée à un pouce et demi au-dessus de la clavicule: cela fait, on l'ouvre au-dessus de la ligature et on en retire un caillot fétide. Le sinus latéral ouvert ne renferme pas de thrombose; on le remplit de gaze iodoformée pour arrêter le sang. Drainage et pansement antiseptique. Etat favorable pendant 24 heures, puis mort subite par dyspnée. Le caillot de la veine jugulaire contenait des bacilles et des microcoques (Philadelphia Time and Register, 30 décembre 1890).

On peut aussi rappeler celui de Politzer (Annales des maladies de l'oreille, 1897, p. 43).

Jeune homme de 19 ans. Ancienne otite double due à la diphtérie. Dix ans plus tard, otite moyenne suppurée droite, mastoïdite, trépanation mastoïdienne; fièvre persiste. *Deux jours après mise à nu du sinus qui a un aspect normal*; frissons continuent, corde indurée sur le trajet de la jugulaire; pendant les jours suivants, il se forma un phlegmon autour de la veine thrombosée.

Métastase au coude gauche, vers le 22<sup>e</sup> jour de la maladie; atténuation des accidents; guérison.

La pathogénie des phlébitis cervicales serait très intéressante à élucider: mais l'absence de documents impose une grande réserve. Si l'on peut saisir, ainsi que nous le verrons, les causes directes de la thrombose du sinus latéral, il est moins facile de se rendre compte des conditions qui limitent l'inflammation aux troncs veineux sous-crâniens.

On peut établir cependant que la phlébite de la jugulaire est une complication plus spéciale aux otites moyennes aiguës et reste le plus souvent indépendante d'une mastoïdite.

Les malades que nous avons observés avaient un écoulement d'oreille qui remontait seulement à quelques semaines; et ne présentaient ni tuméfaction, ni rougeur, ni douleur de la mastoïde. Tout au plus une forte pression déterminait-elle de la douleur à la pointe de l'apophyse, ce qui est à peu près de règle dans toutes les otites moyennes aiguës et ce qui indique, à notre avis, la turgescence de la muqueuse endo-mastoïdienne. Mais le système osseux de la mastoïde nous a paru intact; et l'on ne peut pas dire que la phlébite ait été occasionnée par une ostéomyélite de cette apophyse.

Etant donnée la marche générale des inflammations veineuses qui se développent au niveau du point contaminé, et qui progressent dans le sens du courant sanguin, la cause de la phlébite de la jugulaire doit siéger à son origine même.

Il peut y avoir une inflammation du plancher de la caisse, ou une propagation jusqu'au tronc de la veine des caillots infectieux formés dans les veinules de la fibro-muqueuse de l'oreille moyenne.

La phlébite du plexus veineux sous-occipital n'a pas été convenablement étudiée. Son histoire est à faire. Collinet, qui a réservé dans sa thèse un chapitre aux abcès phlébitiques de la nuque, fait dépendre les phlébités sous-occipitales d'une phlébite mastoïdienne et rattache celle-ci à une phlébite sinusale, sans se demander si la phlébite mastoïdienne ne peut pas être le premier chaînon de la série et si la phlébite sinusale n'arrive pas quelquefois en dernier lieu. On ne peut pas tirer de renseignements utiles des observations de Orne Green, qui sont la source des informations de Collinet, parce qu'il y en a trois sans autopsie, et que la quatrième est trop incomplète.

Quant aux lésions endo et périphlébitiques de la jugulaire interne, elles représentent tous les degrés des inflammations veineuses : Parois épaissies, volumineuses et résistantes avec thrombose; parois ramollies, friables et se laissant facilement déchirer; parois ulcérées en un point ou détruites sur une grande étendue. Contenu jaune citrin, à odeur fétide; contenu diffus et noirâtre quelquefois mélangé à des gaz; contenu purulent représentant un abcès enkysté de la veine. Induration du tissu cellulaire péri-vasculaire, ou infiltration du tissu par une sérosité incolore, ou suppuration, ou gangrène de ce tissu.

Les caillots de la jugulaire ont en général 3 ou 4 centimètres de longueur; mais ils peuvent s'étendre progressivement en bas jusqu'à la clavicule et même dans la cavité cardiaque ou gagner les veines collatérales du cou ou de la face.

L'abcès périphlébitique est plus ou moins volumineux. Il s'étend le long de la gaine des vaisseaux et remonte vers le golfe de la jugulaire. Son contenu communique quelquefois avec celui de la veine ou les parois de celle-ci sont tellement altérées qu'on ne distingue plus les limites du vaisseau de celles de l'abcès. Située à la partie la plus élevée et la plus profonde de la région, la nappe d'infiltration périphlébitique enveloppe les nerfs de la base du crâne, le glosso-pharyngien, le grand hypoglosse, le pneumogastrique et le sympathique, fuse dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, et s'ouvre quelquefois dans le pharynx. Il peut franchir la fosse jugulaire et remonter dans la cavité crânienne.

Il n'y a que du côté de la peau que l'abcès péri-vasculaire ne

puisse pas se faire jour; car les aponévroses sont trop résistantes pour se laisser traverser.

Les phlébités cervicales se présentent sous deux formes cliniques qui résultent du degré d'intensité de l'infection.

Dans la forme la plus atténuée, on retrouve la physionomie de la phlegmatia alba dolens: le caillot tend à l'organisation ou à la résorption. Dans la forme la plus grave, le caillot se désagrège en particules septiques; c'est le tableau épouvantable de l'infection purulente.

*Forme atténuée.* — Œdème sur le trajet de la jugulaire interne, douleurs spontanées et provoquées le long de la veine, phénomènes généraux, voilà les principaux éléments du diagnostic.

L'œdème occupe le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et masque la gouttière rétro-maxillaire où il peut rester localisé. Plus souvent, il s'étend plus ou moins en arrière vers la nuque, comble la dépression sous-mastoïdienne et l'espace compris entre le sterno-mastoïdien et le trapèze. Il donne à ce dernier espace une forme régulièrement arrondie d'avant en arrière. Il remonte un peu en arrière du pavillon de l'oreille, sur la pointe de l'apophyse mastoïde, et gagne quelquefois même la région parotidienne. Il descend plus ou moins bas vers la partie inférieure du cou et peut arriver jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur. L'infiltration œdémateuse occupe surtout le plan sous-musculaire. La couche superficielle du tissu cellulaire peut être également œdématisée, mais moins que la couche profonde, parce que sa disposition anatomique, se rapprochant encore de celle du cuir chevelu, ne prête pas à son extension.

En passant les doigts dans la gouttière rétro-maxillaire on sent un cordon dur et résistant situé près du bord du sterno-mastoïdien, et qui correspond au trajet de la veine jugulaire interne.

Au bout de peu de jours, l'œdème diffus diminue et disparaît. Il se localise autour de la jugulaire où il se traduit par un empâtement profond très appréciable par la comparaison de la région avec celle du côté opposé.

La douleur survient en même temps que le gonflement ou est le phénomène primordial de la complication. Des douleurs spontanées, généralement lancinantes, occupent l'oreille, le cou, la nuque et quelquefois l'épaule. La pression est très pénible sur toute la région œdématiée et en particulier sous le lobule de l'oreille, dans le sillon rétro-maxillaire. La zone sous-occipitale, le long de la ligne courbe occipitale, est parfois aussi très sensible.

La nuque est enroïdie. Le malade s'assied sur son lit ou se couche en immobilisant le cou. Il évite les mouvements de rotation de la tête et il regarde à droite ou à gauche en faisant tourner la colonne vertébrale autour de la région lombaire. Il peut faire, en les limitant, les signes de oui et de non ; mais il ne peut regarder l'épaule opposée au côté malade.

Il est évident, que dans ce mouvement le muscle sterno-mastoïdien détermine une compression douloureuse des tissus sous-jacents. L'abaissement de la mâchoire inférieure est également douloureux et la mastication ne se fait qu'avec lenteur, pour éviter la compression de la jugulaire.

Des phénomènes généraux accompagnent toujours la phlébite de la jugulaire interne. La température s'élève et il y a de l'abattement, de l'inappétence et de l'insomnie.

On connaît les grandes oscillations thermiques des phlébitiques.

Un fait capital dans la symptomatologie de cette complication est l'existence des frissons. Nous les avons vus se produire chez les deux malades de notre service qui ont présenté la forme atténuée de la phlébite.

Chez l'un d'eux, un frisson prolongé avec une période de froid de 20 minutes, et suivi d'un stade de chaleur et de sueurs, fut précédé d'une série de petits frissons qui auraient échappé à l'attention du médecin, si le malade n'avait pas été interrogé à cet égard. Chez l'autre, nous trouvons notée également l'existence d'un grand frisson. Nous croyons que les frissons sont un des principaux éléments du diagnostic et nous n'oserions en leur absence affirmer le développement de phlébite de la jugulaire. Ils sont moins nets, il est vrai, que dans la forme grave pyohémique de la maladie; ils exigent un examen plus attentif du sujet.

L'état des viscères doit être surveillé avec beaucoup d'atten-

tion. Bien que le propre de la forme de thrombose que nous examinons soit de ne pas donner lieu à des foyers septiques disséminés, il peut se produire des congestions viscérales. Le poumon est l'organe le plus exposé à une infection partielle; et un de nos malades présenta une congestion du lobe inférieur du poumon droit, sans autre localisation septicémique.

Cette forme de phlébite de la jugulaire, malgré sa bénignité, a une marche assez lente. On verra par l'observation qui suit que la guérison n'était pas encore complète deux mois après le début de l'affection.

La résolution de l'œdème est progressive et celui-ci se réduit peu à peu à un empâtement autour de la jugulaire.

De temps en temps, le malade ressent quelques élancements, et certains mouvements brusques du cou réveillent la douleur.

Ces malades ne doivent reprendre leurs occupations qu'après la disparition de la douleur à la pression.

T..., jeune soldat, salle 13, lit 25; début d'une otite moyenne purulente droite à la fin de janvier 1895. Le 17 février, l'écoulement de l'oreille étant encore très abondant, le malade est pris de vives douleurs dans le fond du conduit auditif et derrière le pavillon de l'oreille. Elles persistent les jours suivants, avec des alternatives d'apaisement et d'exacerbations. Quatre ou cinq jours après, survient un malaise général qui s'accompagne de petits frissons, sans claquement de dents, mais nécessitant une augmentation du nombre des couvertures et suivis d'un peu de transpiration. Ces frissons se reproduisent trois fois avant l'entrée du malade à l'hôpital.

T... est envoyé dans notre service le 27 février, à 4 heures du soir. Il est très abattu et se tient debout à grand peine, T 39°7.

28 février, au moment de la visite, et en voulant le découvrir, le malade est pris d'un grand frisson avec aspect violacé de la face et tremblement assez violent pour secouer le lit. Ce frisson dure 15 minutes et est suivi de transpiration; à peine un léger mal de tête. La langue est large et saburrale, un peu de toux, sans signe de bronchite; abattement.

*Examen de l'oreille.* — Le premier phénomène qui frappe dans cet examen est la déformation de la région cervicale. Au-dessous de l'oreille, entre le bord postérieur de la mâchoire et le muscle trapèze, existe un œdème profond qui efface les dépressions de la région arrondie de la partie latérale du cou et s'étend en bas jusqu'à la grande corne de

l'os hyoïde. Il remonte légèrement en haut sur la pointe de l'apophyse mastoïde sans effacer le sillon rétro-auriculaire. Pas de changement de coloration de la peau. A la palpation, on sent un empâtement profond sous le muscle sterno-mastoïdien. La douleur à la pression a son maximum au-dessous de la mastoïde et le long des attaches des muscles de la nuque jusqu'à la protubérance occipitale externe. Les mouvements de rotation du cou sont très difficiles, aussi bien à droite qu'à gauche; la flexion de la tête est plus douloureuse que l'extension.

1<sup>er</sup> mars, l'abattement du malade s'est prolongé jusqu'à ce matin; mais depuis quelques heures il se sent mieux et est plus éveillé; mêmes signes locaux.

2 mars, insomnie du fait de la douleur d'oreille, pas de céphalalgie, pus abondant, un peu de diminution de l'œdème rétro-maxillaire, mais même raideur de la nuque; pouls plein, régulier 60; toux fréquente, sèche, superficielle; bronchite à la base droite.

Conduit auditif très large, pas d'abaissement de la paroi postéro-supérieure.

3 mars, insomnie à cause de la toux, râles fins à la base droite, diminution des douleurs auriculaires et de la raideur de la nuque; l'empâtement au-dessous de la mastoïde semble plus résistant que la veille; grande sensibilité à la pointe de la mastoïde et sur le trajet de la jugulaire.

4 mars, amélioration, un peu de repos dans la nuit, facies meilleur, écoulement purulent de l'oreille moindre, diminution de l'empâtement, douleurs très vives dans le sillon rétro-maxillaire jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire; plus de douleurs dans la région occipitale, nuque moins raide et moins douloureuse dans ses mouvements, râles bronchiques plus gros et moins nombreux. P. 60.

5 mars, bonne nuit, a dormi presque toute la nuit; teint légèrement cyanosé, écoulement moindre, diminution de l'empâtement; les contours de la mastoïde sont bien dessinés, mouvements de la tête possibles.

6 mars, la pointe de la mastoïde n'est plus douloureuse, mais la pression sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien est insupportable.

8 mars, l'œdème se concentre autour de la jugulaire qu'on sent encore tuméfiée.

11 mars, l'état général s'améliore; la gaieté revient au malade: tous les symptômes rétrocedent.

23 mars, T... qui se lève et commence à manger, se plaint d'éprouver chaque soir une lassitude générale et une fatigue dans les membres inférieurs.

Il y a encore des douleurs sur le trajet de la jugulaire et dans la région

cervico-occipitale droite. Ces douleurs apparaissent le soir, après le coucher et principalement dans le décubitus latéral droit.

L'écoulement de l'oreille est insignifiant; le tympan se décongestionne et se déterge.

3 avril, encore un peu de sensibilité à la pression sur le trajet de la jugulaire.

5 avril, à huit heures du soir, petite crise assez difficile à expliquer: étourdissements et tremblement ayant commencé par les jambes, et ne s'étant pas étendu aux bras, durée de 30 minutes; urines abondantes après la crise, jambes un peu raides, assez mauvaise nuit, cauchemars. L'hypothèse la plus vraisemblable nous a semblé celle d'une crise hystérique, le malade ayant l'aspect d'un névropathe.

7 avril, T... est remis de la crise précédente; encore quelques élancements sur le trajet de la jugulaire et un peu d'empâtement autour du vaisseau.

26 avril, exeat: les mouvements du cou sont encore un peu gênés et les tissus cervicaux n'ont pas la souplesse de ceux du côté opposé.

Examen de l'oreille: montre à 0<sup>m</sup>02, tympan épais, rétracté avec tache sombre et arrondie au niveau du siège de la perforation.

*Forme grave, typhique ou pyohémique.* — Cette forme présente comme la précédente des signes locaux et des accidents généraux; mais, tandis que l'œdème cervical, le gonflement périphlébitique, les douleurs ne sont pas plus marqués que dans la forme atténuée et peuvent même être moins accentués, les phénomènes généraux ont une gravité qui compromet l'existence.

B... Emile, 23 ans, soldat au 28<sup>e</sup> régiment d'infanterie, entre à l'hôpital le 11 avril 1893; antécédents héréditaires: nuls.

Antécédents personnels: bonne santé habituelle, rougeole en bas-âge, fièvre typhoïde à quinze ans, pas d'affections d'oreille antérieures; avait eu les oreillons un mois auparavant.

Dans la nuit du 8 au 9 avril, après une angine légère, B... est pris de violents maux de tête, beaucoup plus intenses dans la région temporale droite; agitation et insomnie; bourdonnements et sifflements d'oreille très pénibles.

Le lendemain, le malade s'aperçoit que son drap est taché par un liquide abondant, séro-purulent, qui s'est écoulé de l'oreille.

Après un séjour de 48 heures à l'infirmerie, B... est envoyé dans notre service (11 avril).

Le malade est très abattu: T. 38°5; il se plaint de douleurs de tête,