

purulente. Retenons le fait suivant de la pratique de Politzer (An. mal. oreil., 1892) : quelques semaines après le début d'une otite grippale, le malade présentait une forte sensibilité de la mastoïde, un rétrécissement du conduit auditif et une notable élévation de la température. Politzer diagnostique un abcès mastoïdien. Il opère; et il trouve à l'ouverture de la mastoïde une cavité colossale remplie de pus et de granulations qui s'étend en dedans jusqu'au sinus latéral. L'exploration démontre que la gouttière du sinus est détruite et la paroi membraneuse du canal veineux mise à nu sur une étendue de plusieurs centimètres. A la suite de l'opération, cette cavité se remplit de granulations et la guérison complète ne tarda pas.

Que serait-il advenu si on avait temporisé? Politzer nous le dit à la fin de cette observation : une thrombose, puis une phlébite du sinus n'auraient pas manqué d'amener la mort.

Voilà pour les abcès épiméningés d'origine mastoïdienne. Dans les *abcès de la fosse temporale*, développés autour d'une perforation de l'antra et étalés sur les faces supérieure du rocher et interne de l'écaïlle du temporal, les incertitudes du diagnostic sont bien plus grandes, parce que la région osseuse qui est le point de départ de la lésion épiméningée n'est plus explorable directement. La série des signes fonctionnels reste à peu près la même; les maux de tête figurent au premier rang. Ils sont unilatéraux, continuels ou intermittents et accompagnés, au moment des paroxysmes, de nausées ou de vomissements, quelquefois de crises d'excitation cérébrale avec convulsions partielles ou générales et obnubilation intellectuelle; fièvre ou apyrexie. Mais les signes objectifs sont souvent nuls au début. A peine réveille-t-on la douleur par la pression et la percussion de l'écaïlle du temporal. Quelquefois, il existe de l'œdème de la partie supérieure du sillon rétroauriculaire, causé par l'antrite qui a déterminé la carie de la face supérieure du rocher, ou un peu de gonflement au-dessus du pavillon de l'oreille. Cependant, l'évolution de l'abcès continuant, l'écaïlle du temporal finit par se perforer. La tuméfaction de la région temporale s'exagère; la fluctuation devient manifeste en un point du gonflement; et un abcès des parties molles exocrâ-

niennes est constitué. La perforation de l'écaïlle se fait un peu au-dessus de l'arcade zygomatique, en avant ou en arrière du conduit auditif. On considère que le foyer d'élection de ces fistules est à 10 ou 15 millimètres au-dessus et en arrière du conduit auditif, à l'endroit où l'écaïlle est très mince. Après cette trépanation spontanée, le pus de l'abcès dural peut descendre sur la face externe de la mastoïde : ce que le chirurgien ne doit pas oublier pour remonter, le cas échéant, à la véritable origine de l'abcès. Nous pouvons confirmer la description des abcès épiméningés de la fosse moyenne du crâne par les deux observations suivantes :

I. — Obs. de Hecke (Arch. f. Ohr., v. XXXIII, 2<sup>e</sup> fasc., résumée). Homme de 33 ans, atteint en mars 1891 d'une otite moyenne droite grippale, et visité par Hecke le 9 mai. Douleurs de tête très fortes à droite et insomnie depuis trois semaines. Tuméfaction douloureuse et fluctuante en arrière de l'oreille droite.

Dès le lendemain, 10 mai, le chirurgien incise l'abcès rétroauriculaire; et procède à la trépanation de la mastoïde qu'il trouve dure comme de l'ivoire. Il n'insiste pas sur l'évidement de l'apophyse, n'ouvre même pas l'antra et cherche la cause de l'abcès en dehors du processus mastoïdien. Il prolonge en haut l'incision de la peau et découvre une fistule de la dimension d'une tête d'épingle par où le pus s'écoule goutte à goutte de la cavité crânienne. La fistule est élargie avec le ciseau; et l'ouverture de drainage se trouve située à un centimètre et demi au moins au-dessus du conduit auditif externe et un peu en arrière.

Le 13 mai, nouvel élargissement de l'ouverture pour remédier à des phénomènes de rétention, mais impuissance du traitement. Le malade succombe le 16 mai à une leptoméningite généralisée.

Autopsie : Méningite purulente avec accumulation considérable de pus au-dessus de la face supérieure du rocher entre l'os et la dure-mère, fistule du toit de la caisse. La fistule conduisait de l'antra dans la cavité crânienne à travers le toit du tympan.

II. — Observ. de Reuling (Arch. of. Otolog. 1894, p. 44, résumée). Homme 52 ans, entré le 11 juin 1892 à l'hôpital; suintement auriculaire droit, large perforation du tympan, promontoire granuleux, accidents cérébraux caractérisés par de l'hémicrânie droite, avec élancements dans l'œil, la mâchoire inférieure et les muscles du cou. Alternatives de calme et d'exagération des douleurs; quelquefois nausées, vo-

missements et crises convulsives. *Région mastoïdienne normale* : ni gonflement, ni sensibilité à la pression; le diagnostic reste hésitant pendant quelques jours. A tout hasard, Reuling pratique l'incision de Wilde, ne trouve aucune lésion, referme la plaie qui se cicatrise rapidement et... le malade d'être visiblement amélioré. Mais le troisième soir après l'intervention, l'opéré se plaint de battements douloureux dans la région temporale droite; la température s'élève à 102°5 F., et une tuméfaction fluctuante apparaît au-dessus du pavillon de l'oreille. Reuling incise aussitôt cette tuméfaction et retire une once de pus crémeux. L'introduction d'un stilet dans la plaie lui permet de constater une carie de l'os. L'opération ne put retarder la mort qui arriva 24 heures plus tard dans le coma.

Autopsie : Deux cuillers à soupe de pus dans la fosse temporale et le long du rocher entre l'os et la dure-mère. Carie de l'écaille du temporal avec une perforation de 5 à 6 lignes de diamètre au-dessus du méat auditif; ramollissement de l'hémisphère droit du cerveau; ni abcès encéphalique, ni thrombose sinusienne.

La remarquable observation de Hoffmann mérite également d'être rappelée. Le diagnostic d'abcès dural, accusé par de la céphalalgie permanente et une tuméfaction douloureuse des parois du crâne, se trouve confirmé par l'écoulement du pus de l'abcès à travers la perforation du toit de l'antre.

Le malade, âgé de 20 ans, s'était présenté à Hoffmann trois mois après le début d'une otite moyenne purulente chronique. Les douleurs de tête étaient permanentes avec des poussées paroxystiques. La partie rétro-auriculaire du crâne était tuméfiée avec deux points plus particulièrement douloureux, l'un à trois centimètres au-dessus et l'autre à quatre centimètres en arrière du conduit. La percussion était intolérable à ces endroits. Hoffmann remarqua que le pus venait remplir la caisse et le conduit, immédiatement après la douche d'air de Politzer et le nettoyage du conduit; et il en conclut que la plus grande quantité de pus provenait d'une collection extra-dure-mérienne en communication avec l'oreille moyenne. L'opération justifia le diagnostic; et, pour mettre à nu complètement le foyer de l'abcès, il ne fallut pas moins d'une perte de substance d'une pièce de 5 marcs, dont le bord postérieur était à 6 centimètres du conduit auditif externe.

Les observations d'abcès extra-dure-mériens aberrants sont tellement rares que nous ne pouvons en faire une description générale. Nous ne ferons que présenter quelques faits à titre de documents.

Tuffier a opéré un malade dont la diffusion de l'infection épiméningée s'était faite probablement par voie lymphatique. H. G., âgé de 38 ans, entre le 28 septembre 1893, salle Gosselin, hôpital Beaujon. Homme grand, fort, vigoureux, n'ayant aucun antécédent héréditaire. Au mois de mai 1893, il fut pris d'une otite suppurée droite qui s'ouvrit spontanément à l'extérieur; depuis cette époque, c'est-à-dire pendant cinq mois, il eut une série de symptômes dus à une évacuation incomplète du pus; il maigrissait, présentait de temps en temps des accès fébriles à tel point que le docteur Gilbert pensant l'intervention chirurgicale nécessaire envoya le malade dans le service.

A ce moment, on constata que le malade était pâle et assez cachectique; l'oreille ne présentait aucun écoulement purulent; l'état général révélait une élévation thermique vespérale de 39°. Le malade éprouvait une douleur très violente, spontanée et provoquée par la pression, au niveau de l'apophyse mastoïde, dont les apparences extérieures étaient absolument normales.

Deux signes, douleurs localisées et hyperthermie, décidèrent Tuffier à pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde qui fut faite le lendemain.

La trépanation fut pratiquée derrière le pavillon de l'oreille qui ne fut pas décollé; on arriva sur une apophyse mastoïde normale. Tuffier alla chercher l'abcès qu'il avait prévu être sous-dural. Il trouva en effet deux verres à liqueur de pus sous la dure-mère, entre elle et la face interne de l'apophyse mastoïde. Ce pus donna une culture pure de streptocoques. Mèche de gaze iodoformée.

Les suites furent excellentes; la température et les douleurs avaient disparu dès le lendemain, et cet état se continua jusque vers le milieu du mois d'octobre.

A ce moment, céphalalgie diffuse irradiant dans la région temporale. Le 17 octobre, un peu de parésie du bras gauche et apparition de quelques phénomènes méningitiques (rêves, abatte-

ment, douleurs dans les yeux, etc.); le thermomètre remonte de nouveau à 39°.

Le 19, on élargit l'ancienne incision qui n'était pas encore fermée; l'échancrure crânienne est considérablement agrandie avec la pince gouge; mais on ne trouve pas de pus, seulement quelques fongosités qu'on enlève à la curette.

Après cette intervention, la température persiste. Le malade présente des crises d'épilepsie jacksonnienne et une monoplégie complète du bras gauche.

Le 24 octobre, trépanation; on trouve un abcès sous-durémérien *isolé* au niveau de la partie moyenne de la zone motrice; une incision exploratrice de la dure-mère montre l'intégrité des parties profondes. Dès le lendemain, le malade parle, la monoplégie a disparu presque complètement; si bien que pendant les six jours qui suivent il peut s'alimenter et l'absence d'élévation thermique peut faire croire à un succès (In Bul. Soc. Anatom., Paris, 1894).

Cette observation mérite d'être retenue à un autre point de vue: elle infirme l'opinion de Korner qui a avancé que les abcès durs ne produisent pas de phénomènes de compression chez les adultes. Quand les abcès épiduals sont limités et localisés dans la zone rolandique, ils peuvent, on vient de le voir, donner lieu à des phénomènes de localisation comme une véritable tumeur. Et pourquoi d'ailleurs n'en serait-il pas ainsi? Nous savons bien qu'on pourrait nous objecter que la fin de l'observation (que nous n'avons pas relatée) mentionne le décès ultérieur du malade et la découverte, à l'autopsie, d'un abcès de la substance encéphalique correspondant à l'abcès épidual. Mais il suffit d'analyser l'observation pour s'assurer que l'abcès rolandique a été consécutif à l'infection pachiméningée.

Nous avons eu l'occasion de traiter un malade atteint d'une ostéite du pariétal que nous avons attribuée, ainsi que nous l'avons déjà dit, à une phlébite du diploë. C... est pris, en décembre 1892, d'une otite moyenne suppurée aiguë gauche, à la suite d'une infection grippale. L'otite évolue régulièrement, lorsque, fin janvier 1893, le malade se plaint de douleurs pariétales que nous attribuons à la faiblesse de la convalescence et au séjour hospita-

lier un peu prolongé. A peine rentré chez lui en congé de convalescence, C... sent la vue s'affaiblir. Il vient nous voir et nous constatons une névro-papillite bilatérale typique; continuation de la douleur pariétale. Nous étions bien embarrassé de trouver la cause de cette lésion oculaire, lorsque du gonflement apparut en haut et en arrière de la région pariétale gauche. La fluctuation y devint manifeste, et l'ouverture de la poche purulente nous conduisit sur un point osseux nécrosé qui nous mena lui-même sur des fongosités épiduals; guérison complète de l'abcès et de la névrite. Chez ce malade, l'otite était guérie quand se manifesta la névrite optique. C'est d'ailleurs un fait aujourd'hui bien connu qu'une pachyméningite externe peut se développer après la cessation de tous les phénomènes inflammatoires de l'oreille.

Hansberg a publié une observation analogue à celle de notre malade. M<sup>me</sup> D... âgée de 36 ans n'ayant jamais eu d'affection d'oreilles tomba malade en octobre 1892; suppuration aiguë, abondante de l'oreille moyenne gauche; douleurs violentes dans le côté correspondant de la tête. Le 16 novembre, à l'examen objectif: tympan bombé en haut et en arrière, avec une petite ouverture au centre de la voussure par laquelle le pus s'écoule; pas de douleur à la pression de la mastoïde, ni du côté gauche du crâne à la percussion. En janvier 1893, aggravation de la situation, manque d'appétit, vertiges passagers, élévation passagère de la température (38°); la mastoïde est un peu sensible à la base. Quelques jours plus tard, zone d'œdème à deux doigts derrière le pavillon de l'oreille, sans que la mastoïde soit douloureuse à la pression. Hansberg se décide à intervenir. Il fait une incision verticale rétro-auriculaire et découvre une fistule crânienne dans l'angle inféro-postérieur de l'os pariétal. Il agrandit la fistule, met à nu des fongosités purulentes et nettoie la dure-mère qui est animée de forts battements; ni l'autre, ni la mastoïde ne contenaient de pus. Pour Hansberg, il s'agissait d'un abcès subdural situé loin de l'oreille moyenne, au moins à 5 ou 6 centimètres en haut et en arrière du conduit auditif (Arch. of. Otol., 1895).

A rapprocher de ces observations le fait de Knapp:

II. P... 29 ans, souffrait de l'oreille depuis 2 ou 3 mois; fistule sur-

venue à la suite d'un abcès derrière l'oreille. Écoulement par le conduit auditif externe qui cessa au bout de quelque temps. Alors apparut un gonflement fluctuant à cinq centimètres en arrière et deux centimètres au-dessus du conduit auditif externe. Une incision en ce point donne issue à une masse de pus. La sonde peut pénétrer dans l'os jusqu'à deux centimètres de profondeur et arrive au contact de la dure-mère. Drainage. Deux mois après, gonflement au niveau de la pointe de la mastoïde, qui disparaît par des applications chaudes. — Guérison. (Zeits. f. Ohr., 1894, p. 79.)

On connaît aussi quelques cas d'abcès de la dure-mère et du cou consécutifs à une nécrose de l'occipital. Le cas le plus précis est rapporté par Luc et Gérard-Marchand (Arch. inter. de laryng., 1896, p. 20).

Homme, 60 ans, otite moyenne suppurée subaiguë. Gonflement profond de la moitié latérale du cou. La pression en arrière du sterno-mastoïdien provoque l'issue du pus par le conduit; trépanation de l'antre plein de pus, contre-ouverture à la nuque. Le doigt introduit dans la plaie constate une large perforation de l'occipital à égale distance du trou occipital et de la mastoïde; abcès subdural communiquant probablement avec la cavité mastoïdienne et la caisse (Résumée par Collinet).

Quelques auteurs ont fait entrer dans la description clinique des abcès sous-dure-mériens les petites collections purulentes que l'on trouve dans la gouttière sigmoïde à l'autopsie des malades morts de phlébite sinusienne, ou au-dessous du toit de la caisse dans les cas d'abcès du lobe temporal. C'est pousser trop loin l'analyse: ces derniers abcès n'ont ni symptomatologie, ni traitement qui leur soient propres: leur identité disparaît dans la grande scène pathologique comme disparaît celle de la pustule cutanée dans la lymphangite d'un membre. Nous n'avons entendu traiter ici que de l'abcès épimeningé, constituant primitivement à lui seul la complication endocrânienne dont la gravité pourra être conjurée par un diagnostic prompt et une thérapeutique décisive.

**Abcès cérébraux.** — On trouverait facilement, sur le petit nombre d'observations d'abcès encéphaliques publiées jusqu'ici, une dizaine de cas où les abcès cérébraux ont amené la mort des

malades sans symptômes précurseurs. Au XI<sup>e</sup> congrès de médecine international (Rome, 29 mars à avril 1894), Moure présenta deux observations de mort subite, avec phénomènes apoplectiformes, produite par des abcès cérébraux otitiques; et à cette occasion, Politzer, de Rossi, Moos, Gellé, Cozzolino et Poli ont rapporté des faits semblables. C'est d'un abcès cérébral que mourut brusquement et dans une rue de Naples le célèbre archéologue Schliemann. Le Dr Heiman, de Varsovie, a donné en 1894 la complète relation d'un abcès à évolution latente, ayant occasionné en douze heures la mort du sujet (Annal. des mal. de l'oreille). L'ictus apoplectique est déterminé, dans ces conditions, par la rupture de l'abcès dans les ventricules ou les méninges. De semblables faits intéressent plus le physiologiste que le médecin. Si chaque lobe cérébral a sa fonction, comment la destruction de tout un lobe, nettement traduite en certains cas par des signes cliniques très apparents, reste-t-elle muette en d'autres circonstances?

Passons et voyons les faits utiles.

Le début d'un abcès cérébral n'est jamais bien déterminé, et il est difficile de préciser le moment où l'infection franchissant les limites de l'oreille s'installe dans la substance cérébrale. Un malaise général, de petits frissons, de la fièvre, des vertiges, des vomissements, de la céphalalgie, ou même une paralysie partielle peuvent d'abord attirer l'attention. Il y a toujours une période d'hésitation sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister, car aucune décision thérapeutique n'est alors possible.

Quand l'affection est confirmée, le malade est abattu, anéanti, diminué dans sa valeur cérébrale. Les mouvements sont lents. Couché, il replie ses membres inférieurs sur le corps; il est en « chien de fusil » comme le signalent plusieurs observations; et il reste de préférence dans le décubitus latéral. Il lui faut du repos. Il veut être seul, ne demande rien, ne fait aucune question, est indifférent à ce qui l'entoure. C'est l'apathie. L'interroge-t-on? la parole est hésitante; les réponses sont lentes, plus souvent précises qu'incohérentes. A peine a-t-il répondu qu'il retombe

dans le silence. C'est peut-être de ce besoin impérieux de repos que résultent les modifications du caractère si fréquemment observées, et la diminution des sentiments affectifs. Au lieu de cette obnubilation intellectuelle, on a observé quelquefois de l'excitation, de l'irritabilité, du délire et des convulsions. Mais délire et convulsions sont très peu marqués; c'est un délire doux, tranquille, auquel Beevoir attache une grande importance (Brit. med. Journ., 1890, p. 225).

La dépression cérébrale ou la neurasthénie aiguë retentit également sur toutes les fonctions organiques: l'appétit se perd, la nutrition se fait mal, les traits se tirent, le sujet maigrit. L'amai-grissement rapide n'est pas un des phénomènes les moins saisissants de ce grave état pathologique. Et par ci, par là, on trouve une observation de troubles urinaires: le malade urine dans son lit, comme un enfant.

La céphalalgie est le plus souvent accablante: « ma tête est de plomb », nous disait un malade. Son siège n'a rien de précis et ne correspond pas toujours, ainsi qu'on pourrait le croire, au siège de la lésion. Tantôt latérale et limitée autour du pavillon de l'oreille avec des irradiations vers le bregma, la face ou l'occiput; tantôt franchement hémicrânienne, avec ou sans point auriculaire prédominant. Nous l'avons vue localisée au front et à l'occiput, sans que les régions temporo-pariétales fussent spontanément sensibles. On trouve aussi des cas où elle reste frontale et d'autres où elle n'occupe que l'occiput. — Les douleurs sont généralement plus vives pendant la nuit que pendant le jour: un léger mouvement, un bruit violent, une intense lumière les exagèrent. Elles sont constrictives, lancinantes, térébrantes ou déchirantes; comparées par les malades à la pression d'un étau, à des coups de canif, à des mouvements de scie, à l'action lacérante des griffes d'un animal. Certains malades croient entendre un bruit de soufflet; d'autres un jet d'eau.

La nuque est un peu raide et la région cervicale est ankylosée. Le malade peut encore lever le menton, il ne peut fléchir la tête sur la poitrine. Les muscles postérieurs du cou forment des cordons rigides qui se dessinent sous la peau: si l'on essaie de forcer leur extension, on fait crier le malade. Quand celui-ci se sou-

lève, la tête est immobile comme dans la tuberculose cervicale.

Le pouls est ralenti; s'il n'y a pas de fièvre, il tombe à 50, 40 30 P. Si la température est élevée, la fréquence du pouls est inférieure à celle que l'hyperthermie comporterait normalement. Avec 38°, ou 38°5 de température, le pouls n'est qu'à 60 ou 65. Ainsi que dans la péritonite, il y a dissociation de la température et du pouls, mais dans un sens inverse à celui du pouls péritonéal. L'ampleur et la régularité des pulsations ne sont pas d'ordinaire modifiées au début. Il n'en est pas de même plus tard où les pulsations sont parfois irrégulières.

Des vomissements plus ou moins fréquents, avec les caractères des vomissements cérébraux, déterminés par un mouvement du corps, un déplacement de la tête, l'absorption d'une gorgée de liquide.

Des vertiges à rendre la station verticale impossible ou empêchant le malade de soulever la tête de dessus l'oreiller.

Des phénomènes oculaires très variables: les pupilles sont dilatées, égales ou inégales; strabisme; la rétine est devenue parfois plus sensible; il y a de la photophobie et les malades ferment volontairement les paupières. Ailleurs, une paupière est réellement paralysée (ptosis). La cornée perd un peu de son éclat, et sa sensibilité devient moindre au fur et à mesure que s'accroît la compression endo-crânienne. Mais, c'est surtout la papille qu'il faut explorer. Les avis sont très partagés sur la valeur diagnostique de l'examen du fond de l'œil et John-Roosa a déclaré nettement y avoir peu de confiance. La divergence d'opinion résulte peut-être d'une mauvaise entente sur les lésions papillaires propres aux abcès intracrâniens. Certains observateurs recherchent la névrite optique; et, ne trouvant pas les signes caractéristiques de cette lésion, déclarent qu'on ne peut tirer aucun parti de l'exploration ophtalmoscopique. Mais la névrite optique, la grosse papille, est rare dans les abcès encéphaliques. On la rencontre de préférence dans les abcès extra-duraux et les thromboses sinusiennes. Nous ne l'avons pas vue et Gradenigo, qui l'a recherchée avec soin, ne l'a jamais observée. Ce qu'on trouve, c'est une dilatation des veines papillaires avec plus ou moins d'hyperémie des capillaires de la papille. Les lésions sont souvent très légères;

et perdent, de ce fait, beaucoup de leur valeur, car un premier degré de turgescence des vaisseaux de la papille est difficile à apprécier. N'oublions pas que les observations recueillies jusqu'à ce jour sont encore en très petit nombre, et que les jugements portés ne sont pas sans appel. Les faits se multipliant, les conclusions pourront changer. C'est aussi la rareté des cas qui nous fait réserver le jugement sur la valeur des inflammations unilatérales de la papille. Correspondent-elles au côté de la lésion cérébrale? Peuvent-elles servir à la localiser? En somme, peu de renseignements à tirer de l'examen ophtalmoscopique.

Nous citerons enfin, à titre tout à fait exceptionnel, l'existence d'une circulation exocrânienne complémentaire de la circulation endocrânienne entravée par la tumeur. Nous avons du moins attribué à cette cause la dilatation des veines frontales qu'un de nos malades a présentée une dizaine de jours avant sa mort et que l'autopsie n'a pas permis de rattacher à une thrombose sinusienne.

Peut-être doit-on attribuer également à la gêne circulatoire les épistaxis mentionnées dans quelques cas d'abcès du cerveau?

Comment affirmer assez que l'ensemble des symptômes précédents est suffisant pour faire le diagnostic d'abcès encéphalique. Ce ne sont, il est vrai, que des phénomènes de compression cérébrale, d'hypertension intracrânienne, consécutifs à toute lésion venant augmenter le volume du contenu endocrânien et gêner la circulation cérébrale. Mais joints aux anamnestiques, à l'existence de la suppuration de l'oreille, ils indiquent le développement d'un grave processus intracrânien subordonné à l'otorrhée. Et quel peut être ce processus, si ce n'est un abcès encéphalique. La méningite et la phlébite des sinus ont une toute autre physiologie clinique.

Il ne faut pas tenir compte de l'absence de fièvre et rejeter l'hypothèse de la collection purulente parce que le malade n'a ni petits frissons, ni ascension thermique. La fièvre est rare dans les abcès cérébraux, ou elle est modérée. Elle n'existe que s'il y a une complication dure-mérienne, sinusale ou leptoméningée.

Beaucoup d'observations ressemblent à une des nôtres qui a donné la courbe suivante :

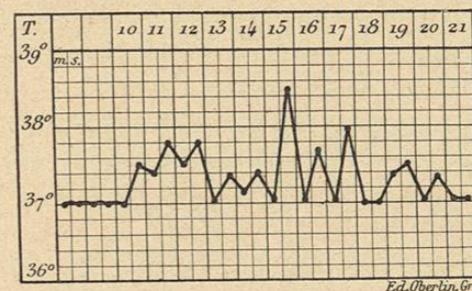


Fig. 90.

Il ne faut pas non plus attendre les symptômes de localisation. Nombre d'abcès cérébraux amènent la mort sans symptômes locaux; et ceux-ci arrivent souvent trop tard et après des dégâts considérables. Les symptômes de localisation sont des auxiliaires du diagnostic, mais n'en doivent pas être la base. C'est l'enseignement de l'anatomie pathologique qui fait localiser l'abcès. L'anatomie pathologique nous a appris que l'abcès otitique se collecte d'habitude dans le lobe temporal, au contact de l'oreille malade. Qu'on se serve de cette donnée pour localiser la collection purulente diagnostiquée par les phénomènes de compression endocrânienne.

Aucune hésitation à avoir, aucune réserve à faire; il faut intervenir promptement chez de semblables malades; il faut ouvrir le crâne, explorer le cerveau et ponctionner le lobe temporal. Le succès thérapeutique est réservé au chirurgien qui sait prendre une décision hâtive. Si la tentative est infructueuse, l'opérateur n'aura pas de regret de l'avoir tentée. Il peut avoir des remords de l'avoir différée. Nous ne voyons qu'une chance d'erreur, l'abcès extra-dural; et la possibilité de cette erreur est une autre raison de prompt intervention.

Knapp a publié récemment, sous le titre « *d'Abcès typique du lobe temporo-sphénoïdal* », une observation que nous reproduisons parce qu'elle est le résumé clinique de notre description