

pathologique. Remarquer l'expression « typique » employée par Knapp. Ce cas est relatif à un abcès du lobe temporo-sphénoïdal. Il a été causé par une suppuration chronique de l'oreille moyenne. Il y a eu issue fatale par suite de la compression exercée sur le cerveau par un abcès volumineux; mais, à aucun moment, le malade n'a présenté un autre symptôme que les symptômes généraux de la compression. L'autopsie a montré, que, suivant toute probabilité, le malade aurait été sauvé si l'abcès avait été ouvert une semaine avant le décès.

Le malade, M. G.-A. N..., était un jeune médecin de New-York. Dès son enfance, il a eu une « otorrhée » bilatérale chronique, pour laquelle il a, pendant plusieurs années, suivi un traitement à l'acide trichloracétique. Depuis le 19 octobre 1894, il a été soigné par mon ancien élève et assistant, le docteur J.-B. Mac-Mahon, qui lui avait enlevé des polypes de l'oreille gauche. Le malade se plaignait d'une céphalalgie violente généralisée; pas de nausées. Le traitement qu'on lui fit suivre consista en : nettoyage de l'oreille, instillation d'une solution alcoolique boriquée faible; attouchement du tissu granulaire avec de l'acide chromique.

12 novembre, on envoie chercher le docteur Mac-Mahon. Le malade est alité depuis deux jours; mal de tête violent; affaissement, pas de vomissements. La pression de l'apophyse mastoïde ne révèle de douleur en aucun point. Selles régulières. Pouls : 72. Respiration : 16. Temp. : 99°,3 Far.

14 novembre, à peu près le même état. Temp. : 99°,7.

15 novembre, pouls : 60. Respiration : 18. Temp. : 98°,6. On gratte le tissu granulaire avec une « cuiller à bords tranchants ». Stupeur marquée. Le malade répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Pas de douleurs. Pupille et fond d'œil normaux.

16 novembre, au soir, je vis le malade en consultation avec le docteur Mac-Mahon. Il gisait sur sa couche (lay in bed), apathique, incapable de répondre, et agitant seulement ses mains, quand on lui nettoya le conduit auriculaire avec un stylet. Les pupilles étaient également dilatées et réagissaient également bien sous l'action d'un rayon lumineux, projeté soit d'un côté, soit de l'autre. Fond d'œil normal. Violent mal de tête; nausées, mais pas de vomissements; le malade est très excitable. Pouls : 64. Temp. : 98°,4. Apophyse mastoïde normale.

Nous diagnostiquâmes un abcès du lobe temporal, qu'il fallait opérer dès le lendemain; ce qui fut accepté; mais dans la nuit le malade eut

de la fièvre (pouls : 136°, temp. : 103°,3) et mourut le matin à 7 heures : comatose.

L'autopsie, faite huit heures après le décès, révéla un énorme abcès occupant presque toute la totalité du lobe temporo-sphénoïdal.

Nous irons plus loin encore; et nous dirons que la céphalalgie persistante peut être le seul symptôme de l'abcès cérébral; et qu'on peut la considérer comme une indication suffisante d'intervention, surtout si elle est fixe en un point du crâne. Elle a été l'unique phénomène d'une collection purulente du lobe occipital chez un malade de Hoffmann. Les accidents étaient si peu prononcés que le chirurgien n'avait diagnostiqué qu'une collection extra-dure-mérienne : pouls régulier, pas de fièvre; pas de signes papillaires; pas de paralysie ni de contracture; rien que des douleurs de tête variables dans leur intensité. Tout le monde connaît les remarquables observations de Hartmann, citées dans son livre classique « Les maladies de l'oreille ». Un ouvrier chez lequel il trouva à l'autopsie un volumineux abcès du lobe temporal, put, pendant des semaines, se livrer à son travail. Les signes indiquant un abcès cérébral consistaient simplement en ceci : le malade, après s'être livré à des excès d'alcool, souffrait les deux jours suivants de violents maux de tête. Un autre malade, qui fut opéré par Bergmann, présentait des manifestations fébriles irrégulières, une faiblesse et un abattement singuliers, des douleurs de tête extrêmement vives, symptômes qui alternaient avec un bien-être relatif.

Ce sont des cas difficiles; mais qu'on sache que l'otorrhée n'est pas douloureuse sans complication. Une douleur continue, prolongée, en un point de la zone temporale, doit faire soupçonner un travail pathologique profond.

Nous ne tenons pas assez compte, en général, de la douleur; et le malade n'ose pas toujours exprimer toutes ses sensations, de peur de paraître pusillanime. Mais quiconque souffre de l'oreille et surtout au-dessus du conduit auditif et souffre pendant longtemps doit être attentivement surveillé. Nous recommanderons aussi de prendre en juste considération la dépression apparente ou subjective du malade, et son état d'apathie.

Nous avons dit l'importance de ce signe, et nous avons eu l'occasion de remarquer qu'on l'attribuait parfois à la mollesse du sujet, ou au traitement calmant, alors qu'il était symptôme d'une collection purulente endocrânienne.

Voyons maintenant les signes de localisation des abcès cérébraux.

Ils sont de deux ordres : *crâniens et cérébraux*.

L'exploration du crâne donne parfois de précieuses indications. Une zone douloureuse périphérique correspond au siège profond de l'abcès. Politzer attache beaucoup d'importance à cette exploration, et un certain nombre d'auteurs partagent son avis. Les abcès temporaux s'accompagnent d'une sensibilité exagérée de la région tempo-pariétale et particulièrement de la partie inférieure et sus-zygomatique de cette région. Il ne faut pas se borner à une palpation de la région, il faut la percuter, car la percussion éveille mieux la douleur, soit à cause du coup plus sec, soit à cause de l'ébranlement des parties profondes. L'hypéresthésie est parfois assez grande pour que l'exploration soit perçue malgré la somnolence du malade, et provoque une contraction du visage. Chez un de nos malades, qui ne pouvait supporter la moindre percussion au-dessus du conduit auditif, nous avons trouvé à l'opération une plaque d'infiltration septique du temporal et un abcès du lobe temporal. Gluck avoue s'être trompé pour n'avoir pas assez tenu compte de la douleur provoquée chez un malade par la pression de la région temporale; les symptômes fonctionnels lui ayant fait admettre un abcès du cervelet, il trépana la fosse cérébelleuse; point de pus, mort du malade quelques jours après; et, à l'autopsie, abcès temporal ayant envahi le pont de Varole et infiltré le pédoncule cérébral. Par contre, les docteurs Heurtaux et Malherbe ont trépané l'écaille du temporal et ponctionné le lobe temporal en se guidant sur une douleur très vive au-dessus du pavillon de l'oreille; la moindre pression sur la partie écailleuse du temporal déterminait une violente douleur. Mais cette fois la douleur ne correspondait à aucune lésion profonde; l'autopsie montra une dure-mère cérébrale et un lobe temporal sains; il y avait un abcès

cérébelleux de la grosseur d'une noix (in thèse Logereau, Paris, 1896).

Les symptômes de localisation cérébrale sont loin de présenter dans la pathologie des abcès otitiques du cerveau l'importance qu'ils ont acquise dans le diagnostic des tumeurs et des oblitérations artérielles.

Les abcès qui apparaissent d'abord dans le lobe temporal, dont la fonction est encore mal précisée, peuvent détruire une grande partie de la substance blanche de ce lobe, sans donner lieu à un phénomène paralytique moteur ou sensoriel; et les symptômes de localisation des abcès du lobe temporal sont tellement divers qu'on ne rencontre pas deux observations semblables à cet égard. Rien d'étonnant à cela: bien que partant presque toujours d'un même point, l'abcès se développe dans des directions différentes et détermine par son volume des compressions sur les centres corticaux voisins, ou produit autour de lui (surtout s'il n'est pas encapsulé) des infiltrations, de l'œdème, des lymphangites interstitielles, et quelquefois des abcès secondaires qui altèrent les masses grises centrales ou les fibres rayonnantes des territoires corticaux éloignés. Dans ce dernier cas, le fonctionnement de parties de l'encéphale sans rapport immédiat avec le siège de l'abcès, se trouve modifié.

Nous devons même dire que l'application trop exacte des données classiques des localisations cérébrales expose à des surprises. C'est pour avoir attribué, à la zone rolandique, des abcès sphéno-temporaux accompagnés de paralysie faciale et de monoplégie brachiale, ou pour avoir localisé dans le lobe pariétal ces mêmes abcès accusés cliniquement par une déviation latérale de la tête et des yeux que des chirurgiens éminents sont allés ponctionner le cerveau sur les confins de la collection purulente. Erreur préjudiciable au malade, soit qu'on remette à une date ultérieure une nouvelle exploration, et laisse ainsi l'abcès augmenter de volume; soit qu'on agrandisse la perte de substance du crâne pour rendre moins indirecte la voie du drainage.

En réalité voici l'enseignement clinique:

Les symptômes en foyer des abcès temporaux sont très complexes et aussi bien moteurs que sensitifs ou sensoriels. Il y a

cependant un symptôme plus souvent noté que les autres et peut-être consécutif, en raison même de cette fréquence, au trouble de la fonction physiologique du lobe temporal. Il s'agit de l'aphasie, mais d'une aphasie particulière : Ferrier a localisé depuis longtemps le sens de l'audition dans le lobe temporal, et particulièrement dans la partie postérieure de la première circonvolution temporale. Si l'on entend seulement par audition le pouvoir de percevoir les sons, l'hypothèse de Ferrier ne se vérifie pas, car nous n'avons pas remarqué de surdité de l'oreille saine, chez nos malades et beaucoup d'autres observateurs qui ont porté leur attention sur ce point n'ont pas fait une constatation différente. Mais si l'on étend la faculté auditive à la mémoire des mots appris par l'audition, le lobe temporal gauche paraît être le centre de cette faculté cérébrale; et sa lésion semble entraîner l'impossibilité de répéter tout ou partie des choses apprises par l'intermédiaire de l'ouïe.

Les abcès cérébraux ont en effet pour conséquence de troubler l'association des symboles auditifs et des choses signifiées. L'aphasie symptomatique de ces abcès est caractérisée par un désordre d'élocution résultant de l'amnésie presque exclusive des substantifs. Cette amnésie peut être très partielle et la mémoire ne faire défaut que pour quelques mots, en sorte que la conversation avec le malade se poursuit presque sans difficultés apparentes. Le sujet, qui ne peut trouver le mot, le remplace par une périphrase; et si l'on veut être renseigné sur l'existence de cette forme d'aphasie, il est nécessaire de faire un examen spécial de la mémoire des substantifs, au moins dans les cas légers. Ailleurs, l'amnésie verbale est évidente, et l'idée du malade ne peut être comprise faute de mots pour l'exprimer. L'aphasie est aussi représentée par l'emploi de mots impropres, déviés de leur sens et prononcés avec beaucoup de volubilité, de sorte que le malade a toute l'apparence d'un sujet ivre ou en délire. Il arrive même que des associations de syllabes produisent des mots qui n'appartiennent à aucune langue. La réponse à une demande peut être déraisonnable par impuissance à trouver le terme précis.

L'observation de Sanger et Sick (*Deutsch med. Wochenscher*, 1890, n° 10) est remarquable à cet égard : elle concerne un homme

de 52 ans dont le trouble de la parole a été très bien analysé par les observateurs. Le patient avait l'aspect d'un homme ivre; il n'avait pas l'air d'entendre les questions qu'on lui posait, et il répondait souvent de travers à ces questions. Il disait par exemple : « L'oreille me fait mal », quand on lui demandait : « comment vous appelez-vous ? » Il accompagnait sa réponse d'un geste correspondant et d'une expression de physionomie caractéristique; mais excitait-on le sujet à parler, il se mettait à discourir abondamment et rapidement; il employait des mots surtout mal appropriés, déviés de leur sens, souvent incompréhensibles, et les prononçait avec l'intonation d'une langue étrangère, si bien que Sanger crut que le malade était Polonais, alors qu'au dire de sa femme, celui-ci n'avait jamais su que l'allemand.

En somme, l'aphasie des abcès temporaux est complètement différente de l'aphasie motrice. On ne peut mieux comparer l'aphasique temporal qu'à un enfant incapable de répéter les mots prononcés devant lui. Kussmaul a défini ainsi ce trouble de parole : « Plus le sens est abstrait, plus le mot qui l'exprime disparaît de bonne heure. Les représentations de personnes et de choses sont conçues sans qu'il soit nécessaire de leur attacher un nom, tandis que nous concevons plus difficilement les abstractions détachées des circonstances enveloppantes de leurs rapports et de leurs propriétés. Pendant que nous ne retenons les choses à sens abstrait qu'en leur associant un nom, nous nous représentons aisément les personnes et les choses concrètes, sans qu'un nom soit mis à côté d'elles. L'image des sens est plus significative que l'image du sens qui est le nom. »

A l'amnésie verbale de l'aphasique, s'ajoutent aussi l'alexie et l'agraphie. Le malade ne peut plus lire les mots tout en voyant et épelant les lettres qui les composent. L'observation d'un de nos malades fait bien ressortir ces troubles du langage.

Cet homme qui était caporal veut faire un jour l'appel des hommes de son escouade; il cherche, fait des efforts, mais ne peut trouver aucun nom. Il descend dans la cour, se trouve mêlé aux caporaux de sa compagnie, les reconnaît, leur parle, mais impossible de se rappeler leur nom. Ayant perdu son képi, le ma-

lade ne pouvait le demander faute de savoir exprimer ce qu'il voulait. Il était obligé de prendre une périphrase et de dire « ce qui se met sur la tête. » Il avait oublié le mot « mouchoir » et il aurait dû se faire comprendre par des gestes s'il en avait désiré un. Le mot « fourchette » avait fui également. Notre malade ne savait plus lire, il ne connaissait plus les lettres. Il n'aurait pu écrire à ses parents, car il ne savait plus leur adresse. Mais si la mémoire des mots et des lettres était supprimée, la mémoire des lieux était complète ; il pouvait aller et venir dans la caserne sans s'égarer et il voyait la maison de son père dont le nom lui échappait.

Le malade observé par Lannois et Jaboulay avait de l'agraphie avec son amnésie verbale. « Il voit les lettres et ne peut pas les lire ; il voit les objets qu'on lui montre et est incapable de les nommer.

« Il peut parfaitement répéter les mots qu'on prononce devant lui ; par exemple si on lui demande son nom, il fait un effort violent pour le chercher, et n'y arrive pas ; si on le lui dit, il le répète avec satisfaction ; mais si immédiatement après on lui présente un couteau, il répète encore son nom ; si on lui dit : « C'est un couteau. » — Ah oui, c'est un couteau. Il répète le mot couteau si on lui présente un verre et ainsi de suite.

« Le malade ne peut écrire spontanément et est incapable d'écrire couramment. Si on lui écrit son nom, il le recopie en dessinant les lettres pour ainsi dire. »

L'aphasie peut précéder les autres phénomènes de localisation et même demeurer jusqu'à la fin le seul symptôme en foyer. Elle constitue le trouble fonctionnel le plus fréquent, et elle paraîtrait encore plus fréquente si elle était recherchée avec plus de soin ; nous sommes convaincu qu'elle a souvent échappé aux chirurgiens. Elle ne s'impose pas à l'observation comme le trouble du langage des lésions de la circonvolution de Broca ; et pourtant elle est pathognomonique des abcès temporaux. Quand elle existe, on peut diagnostiquer et localiser l'abcès avec certitude. Mais il faut pour cela que la lésion soit située à gauche ; à droite, la lésion ne donne pas lieu aux mêmes phénomènes. Cette nécessité de la lo-

calisation à gauche de l'abcès semblerait devoir infirmer l'opinion qui fait de l'aphasie un signe d'hypertension crânienne.

Les autres symptômes en foyer des abcès temporaux ne peuvent être systématisés. Les troubles moteurs sont toujours très atténués. Ce sont des parésies plutôt que des paralysies. Ils portent sur la face, le membre supérieur, et très rarement le membre inférieur. Les deux branches du nerf facial sont parésiées ou la paralysie est limitée au facial inférieur. La parésie du bras est elle-même totale ou partielle. On cite des cas où la perte du mouvement n'a porté que sur la main ; quelquefois la diminution de la puissance musculaire n'est sensible qu'au dynamomètre.

Ces paralysies siègent toujours du côté opposé à l'abcès. Elles sont limitées à la face ou au membre supérieur ; mais quelquefois la face et le bras sont atteints en même temps ; et quand la face est seule affectée, la parésie faciale peut accompagner l'aphasie. Peut-on mettre, à côté de ces paralysies, la dysphagie quelquefois observée dans les abcès temporaux ?

Les troubles sensitifs comprennent l'hémianesthésie et des hyperesthésies. L'hémianesthésie est un symptôme concomitant des autres symptômes en foyer, mais n'apparaît jamais isolément. Tantôt elle existe en même temps que les troubles paralytiques que nous venons d'énumérer et tantôt elle accompagne les désordres visuels dont nous allons parler.

Les troubles sensoriels n'intéressent, à notre connaissance, que le sens de la vision. Bien que l'hémianopsie fasse quelquefois partie du cortège des symptômes locaux des abcès temporaux, c'est surtout la fonction de la convergence qui ne peut plus s'exercer. Dès que les globules oculaires sont astreints à un peu de fixité, et principalement quand on force leur mouvement de latéralité, ils sont pris de convulsions intermittentes qui constituent le nystagmus. Les secousses convulsives sont plus ou moins fréquentes et plus ou moins brusques. Elles se produisent surtout dans le sens horizontal. Le nystagmus précède quelquefois la déviation latérale des yeux et de la tête. Ce dernier symptôme, connu sous le nom de déviation conjuguée de la tête et des yeux, a existé seul dans un certain nombre d'observations. Chez un de nos malades, il a constitué avec le nystagmus le seul phénomène

de localisation. On n'oubliera pas que la déviation se produit du côté de l'hémisphère lésé.

Comment expliquer la diversité des symptômes locaux dans des abcès anatomiquement semblables? C'est que, hors l'aphasie, les symptômes locaux des abcès temporaux sont des symptômes de voisinage. Nous nous figurons que la collection purulente, en distendant le lobe temporal, comprime les circonvolutions contiguës ; et comme la dilatation du lobe temporal ne se fait pas toujours dans le même sens, les symptômes varient suivant que la pointe ou la base du lobe se tuméfie davantage. Quand l'abcès se rapproche de la partie antérieure du lobe temporal, il refoule l'extrémité inférieure de la région rolandique qui contient les centres des mouvements de la face et du membre supérieur ; et comme le noyau du facial inférieur est le plus rapproché de la scissure de Sylvius, il subit le premier l'action compressive : d'où la plus grande fréquence de la paralysie faciale inférieure parmi les troubles moteurs. La compression, avec son action à distance, explique aisément les parésies et les paralysies partielles, ainsi que l'ordre de fréquence des troubles moteurs qui correspond à l'échelonnement de bas en haut des centres moteurs de la région rolandique. Si les paralysies du membre inférieur sont rares, c'est parce que les centres d'action de ce membre sont trop élevés pour être influencés par la dilatation du lobe temporal ; et si les paralysies faciale et manuelle sont associées dans quelques cas, c'est grâce au voisinage immédiat des centres faciaux et des cellules motrices de la main.

Dans le cas où la collection purulente intratemporale se porte en arrière, la partie sensorielle du cerveau supporte à son tour la compression ; et l'on voit survenir en clinique les troubles visuels qui sont pathognomoniques des lésions corticales du cerveau postérieur. Il serait superflu de rappeler que les circonvolutions du pli courbe sont adjacentes à la base du lobe temporal et qu'on attribue, dans l'état actuel de la science, à cette région corticale, une action sur les mouvements de la tête et des yeux.

On peut expliquer d'une autre manière la diversité des symptômes en foyer, et admettre par exemple que l'abcès du lobe temporal, en se portant dans la profondeur et en gagnant le hile

de l'hémisphère, désorganise les noyaux gris centraux, le noyau lenticulaire, la capsule interne et la couche optique. C'est une hypothèse que Hansberg a soutenue dans un remarquable mémoire (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1893). Les symptômes de localisation n'apparaissent, suivant lui, qu'autant que l'abcès a dépassé les limites de la substance blanche du lobe temporal, et exercé une action sur la nappe grise centrale. Il est certain que l'on ne peut trouver de meilleure explication que l'hypothèse de Hansberg pour des faits semblables à celui observé par Jansen (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891). L'abcès otitique du cerveau se manifesta — en outre des signes généraux — par de la paralysie croisée du bras, de la face et de la jambe ; par une déviation conjuguée des yeux et de la tête dans le sens de la lésion ; et enfin par de l'hémianopsie et de l'hémianesthésie. L'ouverture de l'abcès produisit une amélioration progressive et passagère des symptômes et on vit successivement s'atténuer l'hémianopsie, les troubles de la sensibilité et la paralysie des extrémités.

Le facial resta affaibli ainsi que la mémoire. La mort survint à la suite d'un voyage du malade.

Si nous synthétisons maintenant la marche d'un abcès temporal, nous trouverons une sorte de gradation des symptômes : au début, symptômes d'hypertension intracrânienne, puis symptômes de compression locale et enfin dépérissement général du malade : chaque période ayant bien entendu une durée variable. L'observation suivante est un excellent exemple de l'évolution clinique de ces abcès :

R..., 34 ans, entré à l'hôpital, le 19 avril 1892, avait toujours joui, jusqu'à l'âge de 29 ans, d'une excellente santé. En 1887, il fit une chute de cheval dans laquelle la tête heurta violemment le sol. Il n'y eut pas d'écoulement de sang par les oreilles, mais l'oreille droite resta un peu douloureuse et paresseuse. L'année suivante, cette oreille devint le siège de bourdonnements et d'un suintement intermittent jaunâtre sans consistance. De temps en temps à partir de ce moment, survinrent des vertiges qui ont persisté depuis, et dont on verra plus loin la description. Pendant l'automne de 1888, sous l'influence du froid, les douleurs devinrent plus vives et l'écoulement plus abondant, jaune verdâtre et d'odeur fétide. Cet état se continue avec des rémissions en

1889 et 1890. Le 2 décembre de cette dernière année, R... entre à l'hôpital où le traitement qu'il subit, pendant deux mois, l'améliore et lui permet de reprendre son service. Dans les derniers mois de 1891, la situation s'aggrave, l'écoulement augmente; les douleurs sont plus vives, les vertiges plus intenses et plus fréquents. Ceux-ci, qui ne surviennent autrefois qu'après une course à cheval ou pendant la longue immobilité des inspections, surprennent maintenant le malade à n'importe quel moment, au repos, aussi bien que dans les exercices modérés. Tout à coup il entend des bourdonnements et des sifflements semblables aux roulements des voitures ou aux sifflets des bateaux à vapeur, la tête tourne, et il se sent tomber en avant et à droite. La mémoire a diminué, le caractère s'est aigri et est devenu irritable. Le 12 avril 1892, les douleurs étant excessives, R... se rend dans une clinique otologique, à Paris, où on lui pratique une opération sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement précis, mais qui fut suivie d'une aggravation des douleurs. La souffrance devint telle que le malade dut garder le lit: toute la partie postérieure du crâne, les régions temporale, pariétale et mastoïdienne étaient le siège de douleurs atroces faisant crier le malade nuit et jour. Pendant 4 jours, aucun aliment n'est gardé: vomissements et nausées.

Quand il nous arrive le 19 avril, R... est fatigué, amaigri et irritable. Il se plaint de douleurs céphaliques plus particulièrement localisées dans la région tempo-pariétale, de bourdonnements et de vertiges. L'écoulement de l'oreille droite est peu abondant. La région mastoïdienne est un peu sensible à la pointe de l'apophyse, sans gonflement et sans changement de coloration.

La gouttière rétro-maxillaire est indolore, le conduit auditif est large et ses parois non tuméfiées. La membrane du tympan est recouverte de concrétions purulentes et présente une petite perforation à son pôle supérieur au niveau de la membrane de Shrapnell.

*La nuque est raide*; et le malade ne peut faire le mouvement volontaire d'extension de la tête.

Pas de parésie, pas de perte de la sensibilité.

Pas de dilatation pupillaire, pas de trouble de la vision.

Comme R... a déjà subi à une clinique une petite opération qui a été suivie d'une aggravation de son état; il ne veut plus entendre parler d'une intervention. Nous sommes obligé de borner notre thérapeutique à l'administration d'anesthésiques: antipyrine et injection de chlorhydrate de morphine.

Dans la nuit du 22 au 23 avril, le malade est pris brusquement d'une douleur atroce dans l'oreille droite, douleur irradiée dans tout le côté correspondant de la tête, lui arrachant des cris perçants, et amenant

des nausées et des vomissements. Malgré le chloral, l'antipyrine et deux centigrammes de morphine par jour, les douleurs et les vertiges sont aussi violents.

Le malade s'affaiblit progressivement: il reste la tête cachée dans son oreiller pour éviter la lumière et les déplacements du cou, et ne pas provoquer les vertiges ou les vomissements.

Il ne prend aucune nourriture.

La température est normale.

Le 11 mai, cris et gémissements toute la nuit; mais avec conservation nette de l'intelligence. Le matin, on note de la douleur dans la zone de distribution du facial à droite, avec un peu de parésie musculaire du même côté. Les traits sont déviés à gauche dans l'essai du sourire. La journée du 12 est marquée par un fort hoquet, qui revient à 5 ou 6 reprises et qui augmente la fatigue du malade.

Le 13 mai, R... se plaint de battements sous la voûte du crâne, et nous remarquons sur le front un développement anormal des veines marqué surtout à droite. Un certain degré de parésie musculaire vient d'apparaître dans les membres du côté gauche ainsi qu'une diminution sensible de la force musculaire de ce côté.

Pas de troubles de la vue; temp.: 37°.

Le 16 mai, à la céphalalgie, au vertige, à la faiblesse musculaire, s'ajoute une dépression plus marquée de l'organisme; l'intelligence devient lente, la mémoire s'affaiblit; le pouls tombe à 52. — L'intestin se parésie; constipation.

Le 19 mai, les idées et la parole deviennent de plus en plus lentes; subdélirium, la nuit. La constipation et la lenteur du pouls persistent; myosis bilatéral.

20 mai, parésie vésicale, il faut sonder le malade pour le faire uriner.

22 mai, vers minuit, crise de vomissements très pénible, suivie de douleurs céphaliques extrêmement vives; frissons et convulsions légères.

A une heure, le malade s'est endormi d'un sommeil calme; l'infirmier de garde n'a pas voulu lui rien demander, et à trois heures du matin, le malade a été trouvé inanimé dans la position où il s'était endormi.

J'ai dit ailleurs en détail les lésions trouvées à l'autopsie dans la cavité crânienne: ulcération du toit de la caisse à droite, méningite cérébrale et bulbaire. Gros abcès du lobe temporo-pariétal droit.

Quant aux autres cavités, le péricarde contenait quelques grammes d'un liquide sero-fibrineux. Ses feuillettes vésical et pariétal présentent par place des taches laiteuses, opalescentes, peu étendues et peu nom-