

breuses. Le cœur est gros et flasque, ses cavités sont remplies d'un sang noir coagulé; pas d'altération valvulaire.

Adhérences pleurales des deux côtés plus fortes au sommet du poumon droit.

Les sommets des deux poumons sont farcis de tubercules dont les uns, gros comme un pois, sont caséeux, et les autres fibreux et calcaires.

L'examen bactériologique du pus des méninges et de l'abcès cérébral n'a pu être fait que dans de très mauvaises conditions: sujet mort depuis 36 heures et période de chaleur excessive. Un cobaye inoculé avec du pus des méninges est mort de septicémie 48 heures après. Un autre cobaye inoculé avec du pus de l'abcès cérébral a présenté un abcès local à streptocoques qui a guéri en 15 jours sans laisser de traces.

L'évolution des phénomènes cliniques nous semble, dans cette observation, en étroite corrélation avec les lésions anatomiques; et on peut suivre, par l'étude synthétique des symptômes, la marche progressive de l'infection.

Au début: otite moyenne catharrale ou purulente, avec des bourdonnements et des écoulements intermittents, des douleurs et des vertiges qu'explique le siège de la perforation au pôle supérieur de la membrane du tympan.

Pendant quatre ans et demi environ, la caisse reste imprégnée par les germes septiques qui stagnent derrière le tympan, et qui, ne pouvant trouver une issue au dehors ou être détruits par les agents antiseptiques, s'infiltrèrent dans le réseau vasculaire de la mince paroi osseuse supérieure de la caisse, l'érodent et l'ulcèrent.

Quand le feuillet dure-mérien commence à s'altérer à la fin de 1891, une aggravation se produit: le caractère s'aigrit, la mémoire se perd, les vertiges et les douleurs augmentent.

Le 12 avril 1892, peut-être au début de l'infiltration septique de la substance cérébrale, l'affaiblissement général du malade, les vertiges, les vomissements, les nausées et d'intolérables douleurs l'obligent à prendre le lit.

Dans les derniers jours de la vie, l'abcès, d'abord cantonné dans une région muette du cerveau, comprime la région motrice, et on peut constater de la parésie des membres du côté opposé à l'oreille moyenne.

La scène se termine par une dépression des facultés cérébrales:

obnubilation de l'intelligence, ralentissement du pouls, parésie vésicale et intestinale, coïncidant avec la congestion cérébrale que détermine la collection purulente; et quand la région bulbaire est envahie par la méningite, crises de vomissement, quelques convulsions, somnolence et mort subite.

Nous croyons, en somme, que l'abcès a dû mettre une quarantaine de jours à évoluer.

Dans les cas très rares où l'abcès otitique se développe dans la zone rolandique ou dans le lobe occipital, il se révèle cliniquement par les symptômes qui sont l'attribut de la perte du pouvoir fonctionnel de ces deux régions du cerveau, c'est-à-dire par une hémiparésie croisée complète pour la zone rolandique, et par une hémianopsie pour le lobe occipital.

L'hémiparésie croisée complète permet d'affirmer l'existence d'un foyer purulent au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. L'hémiparésie totale n'est pas le fait d'un abcès temporal; elle est pathognomonique d'un abcès rolandique.

Un exemple nous est fourni par l'observation de Picqué.

Homme de 46 ans, atteint d'une otite grippale fin décembre 1889, entre en avril 1890 dans le service de Picqué pour hémicranie violente, affaiblissement progressif des forces et T. 38-38°5. Deux jours après, obnubilation intellectuelle, subdélirium, *hémiparésie gauche complète*.

Le chirurgien applique trois couronnes de trépan de 25 millimètres au niveau de la ligne rolandique, et agrandit la brèche avec des cisailles. Il ponctionne le cerveau, et entre dans un foyer considérable contenant une notable quantité de pus. L'abcès siègeait en avant du sillon rolandique au niveau de la partie moyenne de la frontale ascendante.

L'hémianopsie franche est le signe diagnostique de l'abcès occipital. Elle est caractérisée par la perte du pouvoir fonctionnel de la moitié des deux rétines correspondant au côté lésé de l'oreille et du cerveau avec conservation des réflexes pupillaires. Un abcès du lobe occipital gauche détermine la paralysie de la moitié externe de l'œil gauche, et de la moitié interne de l'œil droit. Autrement dit, quand le malade regardera à droite, il ne pourra distinguer les objets et son trouble visuel sera traduit par l'ex-

pression clinique de hémianopsie latérale droite. Ceci résulte de la semi-décussation que subissent dans le chiasma les fibres optiques émanées de la région du cunéus. Mais l'hémianopsie n'est pas un symptôme de localisation aussi précis que l'hémiplégie croisée. Elle échappe facilement au malade et au médecin. « A « côté des rares malades qui vous disent d'eux-mêmes qu'ils ne « voient plus que la moitié des objets, il en est beaucoup qui ne « se rendent pas compte de ce qui leur est arrivé du côté de la « vision » (Lannois et Jaboulay).

L'hémianopsie est aussi un symptôme mélangé aux troubles fonctionnels multiples que nous avons vu coïncider avec les abcès temporaux. C'est que les collections purulentes qui la font naître peuvent commencer dans le lobe temporal, et irriter, en se portant en arrière, les fibres optiques qui vont à travers le lobe temporal du cunéus aux corps genouillés externes. Quoi qu'il en soit, l'hémianopsie doit obliger le chirurgien à chercher l'abcès otitique vers la partie postérieure du cerveau. Qu'on lise à cet effet la remarquable observation présentée au congrès de chirurgie par Lannois et Jaboulay (1896).

Nous ajouterons, pour compléter ce qui a trait aux localisations exceptionnelles des abcès cérébraux d'origine auriculaire, qu'on ne devrait pas se laisser surprendre par un *abcès protubérantiel* dont l'hémiplégie alterne est le signe principal. Pitt rapporte l'observation d'un homme de 46 ans atteint d'otorrhée droite, et qui tomba paralysé du bras et de la jambe gauche, avec une paralysie faciale droite. L'évolution de la maladie dura six jours et à l'autopsie on trouva un abcès dans la moitié droite de la protubérance, au niveau de la partie supérieure du faisceau moteur. Il avait des parois épaisses, verdâtres et était entouré d'une zone inflammatoire diffuse.

La durée totale des abcès encéphaliques ne peut être précisée. Certains abcès ont une marche rapide et d'autres une marche lente.

Les abcès les plus aigus amènent la mort en quelques jours. Chez un de nos malades, l'infection de l'oreille moyenne précéda

de 27 jours les premiers symptômes encéphaliques et la mort survint 25 jours après ces symptômes. Le malade de Darde, âgé de 21 ans, otorrhéique depuis l'âge de 2 ans et demi, dut se mettre au lit le 5 juillet et succomba le 15 juillet. A l'autopsie, désorganisation du lobe cérébral antérieur; la cavité de l'abcès aurait pu contenir le poing.

Par contre, le malade dont Rindfleisch a communiqué l'observation à Prompt, a vécu un an après les premiers symptômes encéphaliques de la formation du pus. Il s'agissait, il est vrai, d'une jeune fille tuberculeuse qui était atteinte d'une otite moyenne suppurée remontant à plusieurs années. Après une période aiguë d'accidents cérébraux, le calme se rétablit pendant un an et on aurait pu croire à un retour de l'encéphale à l'état physiologique. La mort n'eut lieu que par les progrès de la cachexie tuberculeuse; examen nécropsique: le cerveau est le siège d'un abcès enkysté, dont la cavité pourrait loger un œuf de pigeon. On voit parfaitement, sur le fragment conservé, la membrane d'enkystement de l'abcès; elle adhère fort peu à la substance nerveuse environnante; son épaisseur est à peu près d'un millimètre et demi. Entre la cavité de l'abcès et la surface du cerveau qui répond au rocher, il y a une couche de substance cérébrale saine, d'un centimètre à un centimètre et demi d'épaisseur. — La caisse et les cellules mastoïdiennes étaient remplies d'une matière ressemblant à une agglomération de feuillets membraniformes stratifiés (Thèse, Paris, 1870).

Et cette observation du docteur Toulmouche, de Rennes (Gaz. Méd. de Paris, 1838, p. 422): une fille, nommée Bindel, est prise en 1830 d'une affection dont les symptômes rappellent la fièvre typhoïde et à la suite de laquelle survient un écoulement de l'oreille gauche. — Deux ans après elle entre à l'hôpital avec de la céphalalgie, des douleurs vives dans tout le côté gauche de la tête, un écoulement purulent et séreux de l'oreille, une paralysie faciale et des envies de vomir. — Elle sort de l'hôpital, y rentre le 12 janvier 1833 pour une phtisie pulmonaire et succombe le 11 avril à une cachexie tuberculeuse. — Autopsie: la face inférieure du lobe temporal offre une zone d'une teinte bleuâtre, d'une forme ovulaire allongée, avec érosion de la pulpe cérébrale.

La substance du cerveau était ramollie et presque en déliquescence dans toute la portion qui avait une teinte plombée. La carie avait détruit les deux tiers externes du bord antérieur de la portion pierreuse du temporal et la moitié externe de sa face supérieure, dont toute la portion centrale avait été isolée par le pus et était restée détachée et mobile au milieu de l'excavation résultant de la carie.

Quelques abcès cérébraux procèdent par poussées successives qui se traduisent en clinique par des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Quand on est prévenu de la possibilité de ces faits, on suit cliniquement la marche de la collection purulente. Chaque période d'accalmie correspond à un arrêt du développement de l'abcès ; chaque recrudescence des symptômes indique son extension. Il n'y a pas de plus belle observation à cet égard que celle de Budd (cité par Toynbee). Un enfant de 13 ans, ayant une otorrhée du côté droit, prend le lit le 12 juin avec de la courbature et une céphalalgie temporale continue. Sa parole est brouillée au point d'être parfois inintelligible ; sa physionomie est profondément altérée par l'expression de la souffrance. Le 14, il a des vomissements, de la somnolence et une parésie de la jambe droite. Le 19 juin, amélioration notable et le 1<sup>er</sup> juillet l'enfant a repris ses jeux. Le 3 juillet, la céphalalgie reparait assez violente pour faire pousser des cris et avec elle un abattement comparable à un état léthargique, vomissements, peau chaude et sèche, pouls : 40. Le 7 juillet, à la grande surprise de tout le monde, on observe une nouvelle amélioration ; la céphalalgie et les vomissements cessent, la somnolence disparaît, les mouvements et l'appétit reviennent. Le 14 juillet, malaises et paroxysme de douleur, à la suite desquels survient de l'abattement qui se dissipe par degrés. Le 17 juillet, mort dans un de ces paroxysmes. A l'autopsie, trois abcès dans le lobe cérébelleux droit : deux ont une membrane pyogénique ; et dans l'un, la membrane pyogénique est plus épaisse que dans l'autre ; le troisième est en plein tissu nerveux, déchiré et floconneux.

Mais pour lente que soit la marche d'un abcès cérébral, elle n'en est pas moins toujours progressive. Le pus ne se résorbe pas ; la mort arrive par extension de la tumeur, brusquement ou len-

tement. Ici c'est la dépression graduelle des fonctions cérébrales, la somnolence et le coma ; là, c'est le délire ou l'ictus apoplectique.

Il y a cependant quelques cas d'évacuation spontanée d'abcès temporaux.

A la 66<sup>e</sup> réunion des naturalistes et médecins allemands à Vienne, Brieger a fait connaître une observation détaillée d'abcès cérébral guéri par l'évacuation spontanée du pus à travers une fistule de la paroi supérieure du conduit auditif externe ; l'individu ayant succombé ultérieurement à une thrombose du sinus, la guérison de l'abcès put être reconnue à l'autopsie.

Rohrer a signalé également un cas analogue qu'il a eu l'occasion de voir à l'autopsie ; il n'a pu recueillir de détails sur le passé du malade. Toutefois, ce dernier, vers la fin de sa vie, ne souffrait pas de troubles aigus. On trouva une fistule près du cou, deux séquestres osseux du temporal et un abcès cérébral partiellement guéri.

De l'avis de Schuber, l'issue spontanée du pus par une fistule du toit de la caisse ne serait pas exceptionnelle et on a pu voir la communication se fermer et s'ouvrir alternativement sous la poussée du pus intra-cérébral.

L'observation suivante montre également l'effort de guérison tenté par la nature : l'apophyse mastoïde d'une femme de 38 ans est ouverte en 1890 pour des accidents dont quelques-uns semblaient indiquer un abcès du cerveau. La malade resta guérie après cette opération jusqu'en décembre 1894. A ce moment reparurent de l'écoulement, de la rougeur et des signes d'inflammation endocrânienne. Le 3 février, curage de la mastoïde qui améliore à peine la situation. Le 8 février, dans un effort de toux, la malade rend tout à coup par les fosses nasales environ 60 grammes de pus fétide. Une nouvelle intervention, au cours de laquelle on découvre le sinus latéral, n'amène aucun résultat favorable et la malade succombe le 12 février. A l'autopsie, collection de pus comprimant le lobe frontal et s'étendant jusqu'à la lame criblée de l'ethmoïde qui présente un orifice par lequel le pus s'écoule dans les fosses nasales. Cette collection purulente communique par une traînée de pus avec un abcès temporo-sphénoïdal.

L'os pétreux est carié et le sinus longitudinal thrombosé (The Lancet, 29 juin 1895).

Ces observations ne manquent pas d'intérêt. Si elles n'autorisent pas les chirurgiens à attendre de la nature la guérison des abcès temporaux, elles nous montrent que l'évacuation spontanée du pus s'est faite par une fistule du toit de la caisse, c'est-à-dire par le chemin le plus court et le point de plus faible résistance. Nous en pouvons déduire qu'on ne saurait prendre chirurgicalement une meilleure voie pour l'évacuation des mêmes collections purulentes.

**Abcès cérébelleux.** — Le nombre des abcès cérébelleux reconnus pendant la vie est bien restreint.

La difficulté du diagnostic tient à trois motifs :

1° Certains abcès sont latents, c'est-à-dire ne se manifestent que par des symptômes très atténués : abattement et céphalalgie.

2° Les symptômes généraux de compression ou d'hypertension endocrânienne sont semblables à ceux des abcès cérébraux; et ces symptômes sont le plus souvent les seuls présentés par le malade.

D'après Dansley qui a résumé 23 cas d'abcès du cervelet (The Lancet, décembre 1894), la céphalalgie est constante, les vomissements ne surviennent que dans les deux tiers des cas. Dans presque tous les cas, la température, un peu au-dessus de la normale au début, était devenue normale ou subnormale avant l'opération ou le décès. Les autres symptômes tantôt présents, tantôt absents, étaient le ralentissement de la respiration, la respiration Cheyne-Stokes, les bâillements répétés.

3° Les symptômes de localisation, qui devraient avoir la plus grande valeur, perdent beaucoup de leur importance, par notre ignorance des fonctions du cervelet.

Il y a lieu d'espérer cependant que la publication de plus en plus fréquente d'observations d'abcès cérébelleux attirera l'attention des chirurgiens sur cette complication auriculaire et fera prendre en considération certains détails cliniques, jusqu'ici mal appréciés et même un peu négligés.

L'abcès cérébelleux produit de l'abattement, de la céphalalgie, des vertiges, des vomissements, des troubles oculaires, de la névrite optique, peu ou beaucoup d'élévation de température, tous symptômes que nous avons déjà vus coexister avec l'abcès sphéno-temporal; et ce n'est pas du côté de ces phénomènes généraux qu'on trouvera d'utiles indications.

Il faut plutôt compter sur quelques symptômes locaux et l'examen très minutieux des troubles nerveux fonctionnels. La douleur est quelquefois plus vive dans la région occipitale qu'en aucun autre point du crâne. Elle y est plus vive spontanément et à la pression. De même que la percussion de l'écaïlle du temporal augmente quelquefois les souffrances du malade dans les abcès cérébraux, de même la percussion de l'occipital exagère la douleur des abcès cérébelleux. Certains malades se plaignent d'élanements, de pesanteur, de sensation de constriction dans la partie postérieure de la tête et de la nuque. Les douleurs peuvent être tellement intenses qu'il semble au malade qu'on lui torde la nuque. La souffrance est encore aggravée par une raideur des muscles postérieurs du cou qui dépasse de beaucoup celle observée dans les inflammations des autres régions intra-crâniennes. La tête est maintenue en flexion postérieure, enfoncée dans les épaules et quelquefois inclinée sur l'épaule correspondante à la région malade. On cite des cas d'opisthotonos extrêmement prononcé.

La constatation d'une mastoïdite est en faveur d'une suppuration cérébelleuse. Aussi, l'existence d'une thrombose du sinus latéral. On en comprend les raisons anatomiques : la face interne de la mastoïde et le sinus forment une partie de la paroi des fosses cérébelleuses. Le jeune S..., dont Talamon a rapporté l'observation complète, avait une douleur excessive à la pression de l'apophyse. L'opéré de Gangolfe présentait une tuméfaction de la région périmastoïdienne et une fluctuation évidente. Macewen (Arch. of. otol., n° 3, 1889) s'est laissé guider, chez le jeune homme auquel il a ouvert un abcès du cervelet, par une fistule en arrière du pavillon de l'oreille. Steward (the Lancet, 25 août 1888) a publié le cas d'un enfant de 10 ans qui mourut d'un abcès occupant la presque totalité de l'hémisphère droit du cervelet et qui avait « de la rougeur au niveau de l'apophyse