

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

mastoïde, avec douleur sans fluctuation ». Chez le malade de Mathewson, de Brooklyn (Ann. d'otol. et Laryng. Gouguenheim), il existait sur l'apophyse mastoïde une fistule entourée de granulations exubérantes; avec la sonde, on constatait une nécrose osseuse au niveau de la lésion. L'observation de Chaix (Lyon méd., 1^{er} juin 1890) se résume ainsi : otorrhée purulente droite, vive céphalalgie et mastoïdite. Incision de l'abcès mastoïdien et issue de pus fétide et granuleux; le surlendemain, mort avec 42^e. A l'autopsie, nécrose du temporal; gros abcès intra-cérébelleux à droite. — Dans les Arch. of. otologie, n^o 1, 1896, observ. de Woodward : garçon de 13 ans qui avait eu une mastoïdite deux ans auparavant; absence de tous symptômes objectifs ou subjectifs, sauf un peu de céphalalgie, tout à fait à la fin; le lobe gauche du cervelet était transformé en une cavité purulente avec une membrane pyogénique d'aspect relativement ancien.

Comme on ne saurait rien négliger dans une question aussi obscure, nous rappellerons que Macewen a essayé de tirer parti de la percussion du crâne pour le diagnostic des tumeurs endocrâniennes; et par percussion du crâne, nous entendons la production d'un bruit vibratoire par le choc des parois crâniennes. Or, à côté de notions ébauchées, un fait certain s'est dégagé des recherches de Macewen : la distension des ventricules latéraux par du liquide modifie d'une façon notable la note de la percussion. La résonance du crâne en est augmentée. Comme les tumeurs du cervelet sont des causes fréquentes d'hydropisie ventriculaire, et comme la tumeur des otorrhéiques est une poche abcédée, on voit le parti à tirer de la percussion du crâne dans le diagnostic des abcès cérébelleux d'origine otique. D'ailleurs, Macewen donne des observations cliniques dans lesquelles des abcès du cervelet étaient accompagnés d'une sonorité exagérée du crâne. Le moyen d'exploration est si simple qu'on serait blâmable de ne pas l'utiliser : il suffit de faire asseoir le patient sur le lit et de frapper légèrement le crâne avec l'extrémité du médius. La note est mieux perçue près du ptériorion ou un peu en arrière de ce point.

Que disent les observations au point de vue des troubles nerveux fonctionnels ? Nous en avons fait le relevé avec d'autant plus d'intérêt que, les physiologistes n'étant pas d'accord sur le

rôle du cervelet, l'anatomie pathologique est susceptible d'apporter quelque utile renseignement.

Courmont a fait du cervelet un organe psychique et sensitif, utilisant pour sa théorie les faits cliniques les plus divers et tirant un égal parti des observations de profonde mélancolie, de gaieté insolite et de rire injustifié.

L'état des malades atteints d'abcès cérébelleux ne diffère, en rien, au point de vue psychique, de celui produit par les abcès temporaux. Tous sont tristes, abattus, déprimés, comme ils le seraient, s'ils avaient un abcès cérébral. L'abattement n'est pas un symptôme spécial aux abcès cérébelleux. Ne l'avons-nous pas placé au premier rang des manifestations cliniques des abcès du cerveau.

Nous n'avons pas remarqué non plus qu'on ait relevé des signes fréquents d'anesthésie ou d'hyperesthésie capables de servir d'éléments de diagnostic ou de faire admettre une action du cervelet sur la sensibilité générale.

Il ressort plutôt de la lecture des observations que les abcès cérébelleux produisent des désordres de la motilité, des troubles de l'équilibre, de l'astase, une hésitation et une incoordination des mouvements des membres, du tronc, de la tête. Le cervelet apparaît comme un centre encéphalique coordinateur, dont la puissance contrebalance et équilibre celle du cerveau. Nous dirions volontiers que les centres moteurs d'un hémisphère cérébral nous semblent correspondre à d'autres centres moteurs de l'hémisphère cérébelleux opposé. Le cervelet serait en quelque sorte le balancier cérébral.

Quelquefois la station debout est difficile, le malade n'ose se lever ou s'asseoir : il tend à tomber de côté ou en avant, la démarche est chancelante, titubante ou ébrieuse, telle que l'a décrite Duchenne de Boulogne. Un malade de Winter et de Deanley (the Lancet, 1894), âgé de 16 ans, ne pouvait rester assis; il demeurait couché sur le côté droit (côté opposé à l'oreille malade) et pelotonné sur lui-même. Un malade de Bacon (the Amer. Journ. of. med. science, août 1895) présentait une démarche chancelante très marquée. Chaque fois qu'il s'asseyait dans son lit et qu'il regardait d'un côté, il avait tendance à tomber du côté

opposé. L'observation de Bucquoy est typique : le sujet, âgé de 60 ans, ne pouvait également se tenir debout. Mis sur ses pieds, il décrivait un demi-cercle, tournant toujours du côté de l'oreille malade, la tête fortement renversée en arrière et du côté affecté.

Les désordres partiels de la mobilité propres aux abcès cérébelleux sont variables : ils portent sur les membres supérieurs, le tronc, la tête et les yeux ; les membres inférieurs sont exceptionnellement atteints. On remarque de la parésie ou des contractions. Ici, c'est un mouvement oscillatoire du membre supérieur qui augmente d'amplitude à mesure que la main approche du but, comme dans la sclérose en plaques. Là, c'est un tremblement de la tête avec ou sans mouvement rotatoire. Ailleurs, il y a des secousses rythmiques dans les membres supérieurs ou l'immobilisation d'un ou des deux bras en demi-flexion. La contraction des muscles de la nuque dont nous avons signalé l'habitude intense peut s'étendre dans toute la masse musculaire dorso-lombaire avec une égale force des deux côtés ou être plus marquée d'un côté que de l'autre. La rigidité s'est étendue aux membres supérieurs chez une malade de Lévy (Bul. soc. anat. 1894) au point de faire naître un état cataleptoïde : la malade gardait pendant un temps appréciable ses membres dans la position qu'on leur donnait ; ils retombaient ensuite du fait de la pesanteur.

Tenir compte du décubitus du malade : le cérébelleux prend souvent dans son lit la position fœtale. Il est en chien de fusil, blotti sur un côté avec une flexion générale des membres.

Les paralysies du membre supérieur figurent en très petit nombre dans les observations d'abcès du cervelet. On y rencontre plus fréquemment la paralysie faciale qui existe dans un bon tiers des cas. Aussi le nystagmus et les déviations oculaires.

On voit que les phénomènes paralytiques des abcès cérébelleux se rapprochent beaucoup de ceux des abcès temporaux.

Il y a pourtant des différences : le trouble moteur cérébelleux est moins prononcé que le cérébral. C'est plutôt une parésie, une faiblesse musculaire qu'une véritable paralysie ; et, fait essentiel, le trouble moteur cérébelleux est homolatéral, contrairement à la paralysie d'origine cérébrale qui est croisée : homolatérale, la parésie faciale ; homolatérale, la parésie brachiale. Quant à la

déviations des globes oculaires, remarquons bien ceci : symptomatique d'un abcès cérébelleux, elle se fait du côté sain ; symptomatique d'un abcès cérébral, elle se produit du côté malade. On connaît dans ce dernier cas la formule : le malade regarde sa lésion. En sorte que les parésies partielles en apparence plutôt embarrassantes qu'utiles pour le diagnostic de localisation de l'abcès otitique prennent une grande importance si on rapproche leur siège du côté de l'oreille lésée. Pour perdre leur signification, il faudrait que le malade eût une otorrhée bilatérale, et qu'on ne sût à quelle oreille rapporter la complication encéphalique.

Dans les cas où les abcès cérébelleux ont produit des hyperesthésies partielles ou générales, les zones d'hyperesthésie n'ont pas été recherchées avec assez de soin ; et on ne peut qu'enregistrer la possibilité du fait sans apprécier sa valeur. L'hyperesthésie cutanée générale est signalée dans l'observation de Lévy, sans autre détail que sa mention.

L'attention est attirée depuis quelques années sur l'état des réflexes dans les affections cérébelleuses ; et les plus récentes observations montrent que des examens ont été faits dans ce sens chez les otorrhéiques soupçonnés d'une complication du cervelet. Mais l'enquête est encore trop récente. La malade de Lévy n'avait plus de réflexes rotuliens. Dans l'observation d'Acland et de Balance, le réflexe rotulien était brusque du même côté que l'abcès. Bacon a trouvé les réflexes normaux (The Am. Journ. of sc. 1895, n° 126). Heyman les a trouvés exagérés.

Les abcès cérébelleux ont en général une marche plus rapide que les abcès cérébraux, ce qui n'empêche pas de rencontrer de temps en temps un abcès cérébelleux à marche chronique. Au cinquième congrès international d'otologie (23-26 septembre 1895, Florence), Heyman cite l'histoire d'un malade dont l'abcès évolua probablement en deux ans et demi. Toutes les interventions eurent un même résultat, celui de provoquer une amélioration temporaire diminuant la pression intra-crânienne. Quand Heyman vit le malade pour la première fois, il avait des symptômes marqués d'abcès endocrânien et vraisemblablement du cervelet : pouls lent (48-52) ; temp. : 37°, céphalée très intense dominant dans la région occipitale droite, vertige, troubles de coordi-

nation (la tête oscillait continuellement de droite à gauche et d'arrière en avant), vomissements continuels, constipation, accidents de déglutition, rétention d'urine; parole lente et difficile; inégalité des pupilles, parésie faciale droite et troubles vaso-moteurs à gauche, augmentation des réflexes rotuliens, apathie, somnolence et débilité générales. Le malade fut aussitôt trépané et malgré l'opinion de Heyman, on rechercha l'abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal. Bien qu'on n'eût pas trouvé de pus, le malade s'améliora notablement: l'apathie et la somnolence disparurent, les symptômes de paralysie s'amendèrent, les vomissements cessèrent complètement. Toutefois, au bout de peu de temps, le mal empira. Plus tard, on essaya deux fois le traitement antisypilitique; on trépana la mastoïde et l'attique et de nouveau la région du lobe droit du cervelet. Toutes les opérations n'apportèrent qu'une amélioration de courte durée. On ne trouva pas de pus durant l'opération sur le cervelet. Environ six mois avant sa mort, le malade eut une otite purulente gauche avec de fortes douleurs dans les régions temporale et pariétale gauches qui persistèrent deux mois. Lorsqu'elles disparurent, les douleurs occipitales reparurent à droite. Le malade fut observé et soigné deux mois à l'hôpital: il succomba à une tuberculose générale et pulmonaire. L'autopsie démontra l'existence d'un abcès du lobe droit et du processus vermiforme du cervelet, avec carie du temporal et tuberculose des poumons. (Ann. mal. oreil., 1896, n° 1.)

Thrombose des sinus. — La thrombose des sinus est la complication endo-crânienne la plus facile à reconnaître, surtout si l'on se rappelle les données de l'anatomie pathologique.

Associée à une pachyméningite localisée ou un abcès dural, on trouve dans sa symptomatologie les principaux signes de l'irritation dure-mérienne. Foyer de septicémie, elle s'accompagne du syndrome de l'infection purulente.

Si le siège du thrombus infectieux ne peut être précisé cliniquement, l'anatomie pathologique vient éclairer le chirurgien et lui apprendre qu'il a les plus grandes chances de découvrir le point de départ du caillot dans le sinus latéral et qu'il doit chercher

la source de l'intoxication dans la partie du sinus adhérente à la gouttière sigmoïde du temporal.

Une observation très attentive permet dans les autres cas de se rendre compte de l'extension de la thrombose du sinus latéral aux autres sinus intracrâniens.

Dans la forme clinique la mieux caractérisée, les phénomènes cérébraux précèdent de quelques jours les phénomènes typiques de la septicémie. Pendant trois, quatre, cinq, ou huit jours, le malade se plaint d'une céphalalgie violente souvent généralisée à toute la tête, mais en tout cas avec un point plus sensible près de l'oreille lésée. Il est abattu, sans appétit et sans sommeil, avec un peu de stupeur; la température est déjà élevée: 39° ou plus; le pouls est à 100 et 110 quelquefois; vertiges et vomissements; ceux-ci peuvent faire défaut. L'observateur est hésitant, il pressent une complication cérébrale, mais laquelle? Survient le phénomène pathognomonique, un violent frisson avec claquements de dents, ascension thermique à 40° ou 41° et sueurs abondantes. Les frissons se renouvellent dans la même journée ou le lendemain, aussi intenses ou plus atténués et augmentent de plus en plus l'abattement du sujet. La dépression est progressive ou bien il y a des intervalles d'euphorie qui laissent à la famille d'éphémères espérances. Les yeux s'excellent et perdent leur vivacité; l'intelligence s'affaiblit, la face prend une teinte ictérique ou subictérique, la céphalalgie résiste à tous les calmants. Comme conséquences de la pyohémie: épanchements séreux ou abcès viscéraux, collections purulentes des articulations ou des membres avec leurs symptômes spéciaux, très souvent insidieux et masqués par la gravité de l'état général; urines albumineuses.

Précisons davantage. La céphalalgie de la thrombose sinusienne est pariéto-occipitale; elle s'accompagne d'une gêne dans les mouvements de la tête avec un peu de rotation de la tête du côté malade. Le pouls est parfois un peu ralenti.

Du côté de la mastoïde, région importante à examiner puisque son inflammation est la cause habituelle de la thrombose, les résultats sont très différents: ou tous les signes d'une mastoïdite ou une absence complète de lésions apparentes; ni douleur ni tuméfaction de l'apophyse; quelquefois seulement un peu de

sensibilité de la pointe. De graves lésions peuvent être dissimulées sous des téguments sains et une corticale normale; on les trouve à l'opération et elles servent de guide au chirurgien.

Du côté de l'appareil de la vision, les renseignements sont précieux. Tous les observateurs sont d'accord pour admettre la fréquence d'un œdème de la papille ou d'une névrite optique. Jansen a noté la névrite dans près de la moitié des cas; et d'après cet auteur, la lésion est toujours bilatérale; elle se produit surtout lorsque la thrombose du sinus est compliquée d'abcès extradurémérien; elle s'accroît parfois après l'ouverture du sinus et peut aboutir à la cécité. Le retour de la vision à l'état normal exige plusieurs mois, mais la guérison peut être complète. On signale aussi un nystagmus binoculaire se produisant surtout lorsque le regard se porte du côté opposé à l'oreille malade. D'après Jansen, l'existence de ce nystagmus n'a de valeur comme signe de phlébite ou de périphlébite sinusienne que si l'on peut exclure toute participation du labyrinthe ou de l'arachnoïde.

Nous avons trouvé signalées des convulsions partielles ou étendues, sans que les auteurs aient donné plus de précision à leur description.

L'extension des lésions à la veine jugulaire est un bon signe de phlébite du sinus latéral. Elle se traduit par une douleur spontanée et à la pression sur le trajet de la veine, du gonflement des parties molles et par tous les signes de la phlébite de la jugulaire. Mais ce signe n'est pas constant, il manque dans plus de la moitié des cas; et son absence a égaré Hansberg qui a attribué les accidents cérébraux de son malade à un abcès encéphalique. Quand l'œdème cervical fait défaut, il y a souvent une sensibilité exagérée du sillon rétro-maxillaire. L'œdème péri-jugulaire symptomatique de la sinusite est quelquefois très fugace, il peut ne durer que quelques jours et disparaître ensuite complètement pendant que l'infection continue sa marche progressive. On a aussi observé des cas de suppuration du tissu cellulaire péri-jugulaire avec fusées pharyngiennes et carotidiennes, comme dans les faits de phlébite de la jugulaire interne que nous avons cités, bien que le point d'origine de la périphlébite se trouvât dans le sinus. Les veines du cou, de la nuque et de la face sont quelquefois très dilatées.

L'époque à laquelle apparaît le premier frisson, caractéristique de l'infection du sinus, ne peut être précisée. Dans certains cas, il est précédé de légers frissons que l'on est tenté de rapporter à l'état fébrile et même qui ne sont signalés par le malade qu'autant que le médecin attire son attention sur ce sujet. Un de nos malades dont on lira plus loin l'observation a eu des sensations de froid intermittentes pendant plusieurs jours avant son premier frisson prolongé. Tous les otologistes connaissent l'observation de Sentex (Thèse de Paris, 1865), parce qu'elle a été une des premières publiées avec des détails très précis et qu'elle a servi de point de départ à des recherches très consciencieuses. Le malade, âgé de 26 ans, était otorrhéique depuis son enfance; pendant 25 jours, il a présenté des douleurs d'oreilles vives, une céphalalgie extrêmement violente, un assoupissement prolongé avec plaintes continuelles, intelligence nette, réponses difficiles à obtenir; la peau était brûlante, le pouls plein, fort, résistant, régulier sans fréquence; l'impossibilité de remuer la tête était absolue, tant le mouvement augmentait les douleurs. Ces symptômes faisaient penser à une inflammation intracrânienne: méningite ou abcès. Le 25^e jour dans la soirée, le malade ressent dans la tête une violente douleur qui part de l'intérieur de l'oreille et se répand dans tout le crâne. Il semblait au patient que la tête allait voler en éclats. Le lendemain, frissons qui se reproduisent en s'accroissant dans la soirée, et se renouvellent le surlendemain avec des sueurs profuses abondantes. Les traits s'étirent, la face maigrit, la teinte subictérique se prononce de plus en plus; épanchement pleural, induration pulmonaire; mort le 50^e jour après le début de la maladie et le 15^e jour après le premier frisson.

Par contre, on trouve des cas où les accidents pyohémiques s'installent franchement 48 heures après le début de l'infection.

Les abcès des membres aussi bien que les abcès viscéraux doivent être recherchés avec soin; ils surviennent rapidement et d'une façon insidieuse. Dans son état de stupeur, le malade ne songe pas à signaler une petite douleur éprouvée dans un mollet ou dans un bras ou il n'attache pas d'importance à une gêne des mouvements. Plus encore que dans les cas de phlébite de la jugulaire interne, il faut explorer les diverses régions du corps, et sur-

tout les points soumis à une pression permanente ; il faut chaque jour ausculter la poitrine et percuter le foie et la rate.

Les urines ne tardent pas à devenir albumineuses, et leur examen doit être pratiqué chaque jour.

Nous avons fait procéder à l'examen du sang d'un de nos malades, mais les cultures sont demeurées stériles.

Nous n'aurions rien à ajouter si les deux groupes de symptômes des phlébites sinusiennes, cérébraux et pyohémiques, n'étaient tellement variables dans leurs relations et leur intensité que l'affection revêt des formes très différentes dont la méconnaissance peut être préjudiciable aux malades.

Il y a une forme où les symptômes infectieux et les symptômes endocrâniens sont en même temps atténués, où l'absence de grands frissons éloigne de l'idée de pyohémie, où la douleur de tête n'a pas assez d'intensité pour faire penser à une infection méningée. Le malade ressemble surtout à un typhique, et on conçoit qu'avant le développement de l'otologie, on ait souvent traité des thromboses sinusiennes pour des dothientéries. Si l'attention du médecin n'est pas attirée du côté de l'oreille, soit par l'écoulement, soit par le récit du malade ou de la famille du malade, il est clair que la confusion avec la fièvre typhoïde est très excusable. C'est dans ces cas que l'exploration de la région cervicale rend de très grands services, et qu'il faut prendre en considération la plus légère douleur sur le trajet de la veine jugulaire interne. Une fillette de 8 ans a été considérée pendant 15 jours comme atteinte de fièvre typhoïde ; elle en avait l'inappétence, la céphalalgie, les saignements de nez, la fièvre, les douleurs de ventre. Ce n'est que le lendemain de son entrée à l'hôpital qu'on s'aperçut de l'existence d'un abcès rétro auriculaire. Peu d'otorrhée. L'opération montra une phlébite sinuso-jugulaire. (In Broca et Maubrac, p. 301.)

On réserve, depuis Lebert, le nom de pyohémique à la forme de la phlébite des sinus où les phénomènes septico-pyohémiques dominant la scène. Les malades redoutent avec angoisses les moments de l'apparition des frissons. Ceux-ci reviennent avec une régularité périodique, ou tous les jours ou même deux fois par jour, et chaque frisson est suivi des deux stades de chaleur et de

sueurs. La température se rapproche de 41°. L'ictus passé, le patient se sent un peu mieux, mais l'amélioration est de courte durée. Puis des abcès ou des congestions viscérales se manifestent et le malade prend le masque d'une infection profonde : teint jaune pâle, stupeur, altération des traits, céphalalgie permanente sans cris et délire, sécheresse des lèvres et fuliginosités de la langue. Les malades de cette catégorie meurent d'épuisement, de marasme, d'intoxication générale ou de complications viscérales d'origine pyohémique. Cette forme clinique est, en réalité, la forme ordinaire de la phlébite sinusienne. Malheureusement elle ne correspond à aucune condition anatomo-pathologique spéciale. Si on la rapproche des lésions anatomiques, on ne trouve aucune corrélation entre elles et les résultats des autopsies. Elle existe à la fois dans les phlébites sans méningite et dans les phlébites avec infiltration méningée. Nous avons même cherché si la forme pyohémique de la phlébite des sinus ne serait pas caractéristique de l'extension de l'infection sinusienne au golfe de la jugulaire, et à la jugulaire elle-même, ce qui aurait pu avoir quelque utilité thérapeutique. Mais là encore nos recherches ne nous ont rien montré de positif : les grands frissons et les abcès métastatiques sont survenus quand la suppuration était limitée à la portion sigmoïde du sinus latéral, aussi bien que dans les cas où le thrombus infectieux occupait plusieurs centimètres de la veine jugulaire.

On voit prédominer chez d'autres malades des douleurs de tête violentes, atroces, s'accompagnant d'agitation, de cris et de plaintes incessantes, de contracture des muscles de la nuque, d'inégalité pupillaire, de nausées et de vomissements. C'est la forme méningée de la thrombose des sinus. Il est très difficile de la différencier de la méningite suppurée ; et les plus expérimentés peuvent s'y méprendre. Erreur regrettable ; car si la méningite confirmée n'a pas encore été arrêtée par une intervention opératoire, des chirurgiens, Broca entre autres, ont sauvé des malades présentant les symptômes de la forme méningée de la phlébite sinusienne. C'est une de ces situations cliniques où l'opération est quelquefois utile, sans être jamais nuisible ; elle peut rester stérile, mais n'aggrave pas l'état du sujet. Encore faut-il prendre