

de croire que cette hémiplegie soit symptomatique d'un abcès cérébelleux ; et l'hémianopsie nous ferait porter l'ouverture du crâne sur la partie inféro-postérieure du pariétal, au-dessus de la suture mastoïdo-pariétale, en arrière de la suture squamo-pariétale. Voyez en effet ce qui s'est produit dans les cas de Knapp et de Lannois-Jaboulay.

Le malade de Knapp qui avait une hémianopsie homonyme a été trépané au-dessus et en arrière du conduit auditif ; l'orifice de trépanation avait trois centimètres de diamètre ; et l'aiguille de ponction dut être enfoncée dans le tissu cérébral *en haut et en arrière*.

Jaboulay, qui avait commencé par le procédé transmastoïdien et qui avait fait une première fois en tous sens des ponctions exploratrices du cerveau, qui avait répété une seconde fois ces mêmes ponctions, n'a donné issue au pus qu'en dirigeant, à une troisième tentative, l'aiguille en haut et en arrière *en plein lobe occipital*. — Or mieux vaut faire la trépanation en face de la partie centrale de l'abcès plutôt qu'à une de ses pointes ; car le drainage est plus facile ; et quelquefois un abcès sous-durémérien peut être associé à l'abcès encéphalique. Ces modifications dans le procédé opératoire ne seraient pas une raison pour négliger l'ouverture de l'antre dont l'infection demeure la cause primordiale de la complication encéphalique.

Les procédés de trépanation basés sur les rapports du lobe temporal avec le crâne ne pouvaient manquer de devenir très nombreux, vu les dimensions du lobe temporal et les prolongements tantôt antérieurs et tantôt postérieurs des abcès. Ce lobe est recouvert par un rectangle osseux de dix centimètres de longueur sur quatre de hauteur formé par l'écaille du temporal, un peu par le pariétal et la grande aile du sphénoïde. Une ligne droite verticale passant par le conduit auditif correspond à peu près au milieu du lobe temporal. Des couronnes de trépan ont été échelonnées sur le trajet de cette ligne verticale ; d'autres, en avant et en arrière d'elle ; et le procédé qui avait réussi dans une circonstance a été recommandé par son auteur comme préférable à tous les précédents. On a couvert ainsi de couronnes de trépan toute la surface de l'écaille du temporal. Les trépanations faites au niveau de la partie moyenne du lobe temporal, sur la

ligne verticale passant par le conduit auditif sont préférables aux autres, puisqu'elles sont en face du foyer primitif de l'abcès. Elles ne peuvent manquer leur but que placées trop haut quand l'abcès est trop petit. Elles sont alors au-dessus de la collection purulente. Les trépanations antérieures et postérieures sont d'autant plus défectueuses qu'elles s'éloignent davantage de la partie moyenne du lobe temporal ; car le sens du prolongement de l'abcès ne peut être précisé cliniquement dans la plupart des cas ; et l'on s'expose à faire une ponction dans une direction opposée à celle de l'abcès.

Abcès du cervelet. — Le cervelet est défendu par l'épaisse ceinture osseuse occipito-mastoïdienne que le sinus latéral fortifie en dedans comme un fossé infranchissable. Autant est facile la découverte du lobe temporal, autant est délicate celle du cervelet.

Le procédé classique qui consiste à pratiquer la trépanation au centre de la fosse occipitale cérébelleuse, sur le milieu d'une ligne allant de la pointe de l'apophyse mastoïde à l'inion ouvre certainement le chemin le plus sûr vers un des hémisphères cérébelleux. On se trouve ainsi à égale distance des portions transversale et descendante du sinus latéral. Mais nous devons reconnaître que le procédé n'est pas avantageux pour les abcès otitiques du cervelet. Ils sont incisés loin de leur foyer d'origine ; et s'ils sont associés à un petit abcès extra-dural, celui-ci n'est pas ouvert et peut continuer de s'étendre ou donner lieu à une leptoméningite. Si, d'un autre côté, l'abcès cérébelleux est de très petite dimension, l'aiguille exploratrice peut passer autour de la collection purulente sans la rencontrer. C'est ce qui est arrivé à Schwartze, qui trouva, à l'autopsie, un abcès cérébelleux non découvert du vivant du malade, malgré des ponctions répétées, après trépanation de l'écaille de l'occipital. Si on fait usage de ce procédé, l'aiguille aspiratrice ne doit pas pénétrer à plus de deux centimètres dans le cervelet et doit être enfoncée dans la direction du conduit auditif, et pour préciser davantage, de l'antre mastoïdien. En enfonçant une trop grande longueur de l'aiguille, on est exposé à blesser le sinus latéral.

Les partisans du procédé sus-attico-antral pour les abcès

cérébraux ont cherché à appliquer un procédé analogue aux abcès cérébelleux, et cela au nom des mêmes principes. L'abcès cérébelleux est originaire le plus souvent d'une ostéite de la paroi postérieure de l'antre; il est presque toujours précédé d'un petit abcès extra-dure-mérien, et il apparaît dans la partie antéro-externe de l'hémisphère cérébelleux. C'est donc la paroi postérieure de l'antre qu'il faut exciser et la face antéro-externe du cervelet qu'il faut ponctionner; d'où un procédé plutôt encore indiqué que décrit, et qui consiste à abraser la partie de la face postérieure du rocher comprise entre le sinus latéral et la paroi labyrinthique de l'antre. Cette résection, qui de prime abord semble assez compliquée, se réduit à l'ablation de la paroi postérieure de l'antre, quand l'antre a été ouvert et le sinus latéral mis à nu.

Il est évident que toutes les conditions du traitement sont ainsi remplies: on enlève la paroi cariée, on donne issue au pus de l'abcès épiméningé, s'il en existe un; et on n'a qu'à passer à travers la dure-mère ramollie une sonde cannelée pour évacuer l'abcès de la substance nerveuse. Mais quelles difficultés opératoires! Par cela seul que le procédé se prête mal à une description méthodique et que les points de repère précis font défaut, sa compréhension n'est bien nette qu'après plusieurs essais opératoires. Puis quand on l'a en main, suivant l'expression des amphithéâtres, on s'aperçoit que des accidents sont possibles. Un petit coup de gouge un peu moins retenu ou un copeau osseux peuvent érailler la paroi du sinus latéral; et si l'on remonte un peu trop haut vers la paroi supérieure du rocher, on déchire le sinus pétreux qui longe l'arête supérieure de la pyramide. Que faire alors au fond de cette étroite ouverture, si l'hémorragie est un peu abondante et si le tamponnement devient nécessaire? Le plus petit tampon obstruera le champ opératoire. A-t-on pensé aussi à la mauvaise disposition du drainage? Quand le malade sera étendu dans le décubitus dorsal, ce qui est le cas habituel, la bouche du drain se trouvera en haut au lieu d'être en bas, et la suppuration s'étendra en arrière.

Nous reconnaissons la supériorité de ce procédé, quand les abcès du cervelet sont accompagnés d'une nécrose ou d'un ramollissement de la paroi postérieure du rocher, et que quelques

coups de curette suffisent à effondrer la paroi postérieure de l'antre. Les principaux faits rapportés à l'avantage de ce procédé ont été recueillis dans ces conditions. Le plus expressif est certainement celui de Parker concernant un enfant de six ans, opéré d'un abcès mastoïdien. Le rocher était nécrosé, et à l'autopsie on trouva un abcès cérébelleux vidé dans lequel le drain pénétrait (Méd. Times, 1885).

Nous avons essayé de trouver un autre procédé permettant de découvrir l'angle antéro-externe du cervelet et de réserver assez de jour pour assurer l'hémostase si l'on blessait un sinus non thrombosé. Nous avons d'abord pensé appliquer une large couronne de trépan dans l'angle formé par la suture occipito-mastoïdienne et la ligne courbe occipitale supérieure, de façon que la circonférence de la perforation soit tangente à ces deux limites sans les intéresser (fig. 97, B). L'opération est très facile: elle n'ébranle pas le cerveau du malade puisqu'on peut faire usage du trépan circulaire, et elle n'intéresse pas la veine mastoïdienne. Le trou d'exploration se rapproche un peu plus de l'angle antéro-externe du cervelet que dans le procédé classique. Mais nous nous trouvons encore dans l'écaille de l'occipital et nous sommes trop éloigné du sinus latéral pour curetter les abcès périphlébitiques.

Ce procédé vient pourtant de donner un beau résultat à Ballance (voir Saint-Thomas's Hospital Reports, vol. XXIII).

Le malade âgé de 15 ans, dont l'oreille droite suppurait depuis neuf ans, avait tous les signes d'un abcès cérébelleux. Il est opéré dès le jour de son entrée à l'hôpital: on pratique un évidement pétro-mastoïdien, et on trépane l'occipital en arrière et en dessous du genou du sinus sigmoïde. L'hémisphère cérébelleux mis à découvert est ponctionné; une demi-once de pus légèrement fétide est évacuée de la partie antérieure de cet hémisphère. Drainage séparé du foyer cérébelleux et du foyer osseux: le premier au moyen d'un drain d'argent; le second au moyen d'un tube en caoutchouc.

Mais suivons la fin de l'observation: le lendemain, grande amélioration, disparition de la céphalée, des vomissements et de la déviation conjuguée des yeux; température et pouls normaux.

Huit jours plus tard, réapparition des symptômes graves ; la situation redevient critique. Une nouvelle ponction faite en arrière de la première évacue une petite collection de liquide noirâtre, formé de sang décomposé.

Cette fois, convalescence progressive.

Quoi qu'en dise l'auteur de l'observation, nous ne pouvons nous décider à admettre que l'absence d'exploration et de désinfection de l'atmosphère péri-sinusienne n'a pas eu une influence sur le retour des accidents encéphaliques. Cette opinion est d'autant plus plausible que la paroi postérieure de l'antra avait été trouvée nécrosée au cours de l'évidement péto-mastoïdien.

En réalité, le procédé de choix nous semble consister dans l'abrasion de la face externe de la mastoïde. C'est une longue opération sur le cadavre parce que le massif osseux est épais ; mais nous la pratiquerions sur le vivant, si le malade avait une mastoïdite, ce qui n'est pas rare chez les cérébelleux. Il faut de bons burins coupant bien et ne cassant pas.

La limite supérieure de l'ouverture est située un peu au-dessous de la ligne horizontale réunissant la crête temporale à la ligne courbe occipitale supérieure et qui représente la base de l'apophyse mastoïde et aussi le niveau des insertions de la tente du cervelet. La limite postérieure de la trépanation peut s'étendre jusqu'au bord postérieur de la mastoïde, où il faut compter trouver la veine mastoïdienne. La pointe de la mastoïde et ses faisceaux tendineux sont conservés.

Ainsi accepté, le procédé d'ouverture des abcès cérébelleux peut s'appeler transmastoïdien.

Il comprend deux temps :

1^{er} temps. — L'antra étant ouvert, et l'examen de sa paroi postérieure n'ayant pas montré de point de carie susceptible d'être enlevé à la curette et de fournir un passage jusqu'au cervelet, on agrandit la plaie des téguments par une incision horizontale postérieure de 4 à 5 centimètres, partant du milieu du pavillon de l'oreille. Libérer à la rugine toute la face externe de l'apophyse mastoïde jusqu'à son bord postérieur, sans couper la

veine mastoïdienne, si c'est possible, et mettre à nu la base et les points de repère précédemment indiqués.

Commencer par tracer au burin et au maillet un fossé réunissant la crête temporale à la ligne courbe supérieure de l'occipital et qui demeurera la limite supérieure de la trépanation.

Le rôle du chirurgien est maintenant celui d'un ciseleur adroit et patient. La mastoïde est abrasée d'arrière en avant et lamelles par lamelles jusqu'à ce qu'on ait mis à nu une partie du sinus latéral. Dès que le trou est assez grand, essayer d'utiliser la pince coupante dont le mors intra-crânien décolle le sinus et la dure-mère sans les déchirer. Si le tissu osseux est trop dur, nous recommandons d'enlever au burin la table externe de l'os et d'exciser à la pince la table interne. Il faut que la trépanation ait au moins une étendue de deux centimètres en longueur à partir de l'arête de la face postérieure du rocher et une hauteur de deux centimètres. A travers cette fenêtre, on a sous les yeux une partie du sinus latéral et en arrière de lui la partie antérieure de la face externe de l'hémisphère cérébelleux (voir fig. 98).

2^e temps. — Sinus et dure-mère sont nettoyés et débarrassés des exsudats purulents ou des fongosités qui les enveloppent. Explorer la face postérieure du rocher et voir si une infiltration septique ne s'est pas faite de ce côté.

Profiter d'une fistule de la dure-mère pour pénétrer dans le cervelet ou inciser la dure-mère près du sinus latéral et ponctionner le cervelet dans son angle antéro-externe.

Drainer et maintenir le drain en place avec un manchon de gaze iodoformée.

Ne fermer la plaie qu'à ses angles.

La valeur du procédé transmastoïdien n'est pas qu'expérimentale ; elle est également justifiée par les faits. Si nous avons bien compris la technique opératoire de Scheede, c'est ainsi qu'il procéda dans l'ouverture de l'abcès cérébelleux du jeune homme de 17 ans dont l'histoire est connue de tous les otologistes. Et non moins remarquable est le cas rapporté par Muray (Brit. Med. Journ., 1895, t. I, obs. III). Un jeune homme de 17 ans est at-

teint depuis trois semaines d'écoulement de l'oreille droite, et est pris subitement de céphalalgie et de vomissements fréquents. Au moment de son admission à l'hôpital (2 juin 1894), il était émacié, malingre, épuisé et accablé par une douleur frontale; tuméfaction dans la région mastoïdienne droite, T. 100° F. Double névrite optique. L'abcès mastoïdien ayant été ouvert, l'état général du

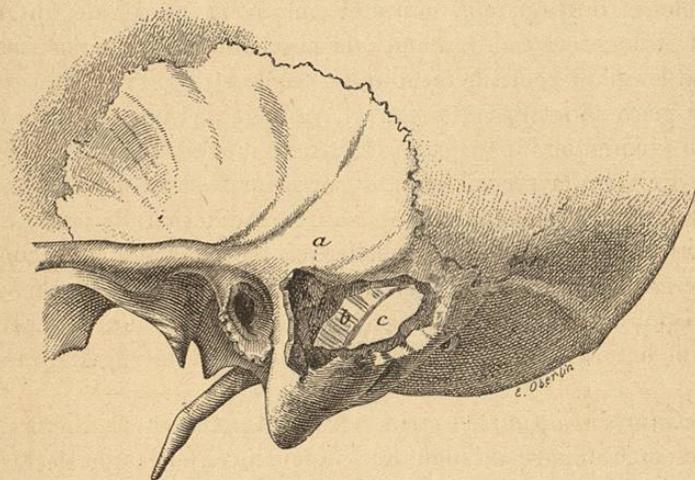


Fig. 98.

Procédé transmastoidien de résection du crâne pour abcès otitique du cervelet.
a, antre pétreux; — b, sinus latéral; — c, hémisphère cérébelleux.

malade ne se releva pas et resta plutôt inquietant, T. entre 98 et 100° F., pouls régulier, 80-90. De la douleur et du gonflement apparaissent à la partie supérieure du cou sur le trajet de la veine jugulaire; douleurs frontales persistantes. Nouvelle anesthésie avec intention d'ouvrir l'antre mastoïdien et mettre à découvert la portion sigmoïde du sinus latéral. L'antre mastoïdien était plein de granulations; et en évidant l'os en arrière afin de dénuder le sinus sigmoïde, l'opérateur rencontre un petit abcès intradural. Le sinus était affaissé et paraissait thrombosé, il ne fut pas ouvert. Cette deuxième intervention ne produisit encore pas d'amélioration; au contraire, le mal de tête et les vomissements continuaient, et la respiration devenait suspi-

rieuse, T. 97°, P. 40-60, irrégulier. On ne pouvait douter qu'une grave complication évoluait, vraisemblablement un abcès temporal ou cérébelleux. Comme les chances étaient plus grandes en faveur de ce dernier abcès, l'exploration du cervelet fut décidée.

Murray découvrit le cervelet « By nibbling away the bone from the seat of former incision. » Voussure de la dure-mère sans pulsations; après l'incision de la pachyméninge, hernie du cervelet et introduction d'un stylet en avant et dedans du cervelet; issue de 4 à 5 drachmes de pus, drainage, guérison complète. L'enfant reprit le chemin de l'école.

Le procédé transmastoidien a l'avantage de rapprocher du trou mastoïdien situé à peu près à la partie moyenne du bord postérieur de l'apophyse mastoïde et par lequel passe la veine mastoïdienne souvent entourée de pus ou pleine de pus elle-même dans les infections de la fosse cérébelleuse. Barker a donné le conseil de se guider sur cette veine infectée pour aboutir au cervelet. Deux points de repère valant mieux qu'un, on ne doit pas perdre de vue le conseil de Barker.

Résultats opératoires immédiats et éloignés. — En dehors des fautes opératoires par défaut de prudence, telles que déchirure de la dure-mère ou blessure d'un sinus, on ne relève dans les observations que quelques accidents dont il est bon d'être prévenu. C'est ainsi, par exemple, que des chirurgiens très expérimentés n'ont pas pu trouver la collection purulente du cerveau ou du cervelet malgré des ponctions en divers sens. Certains malades sont morts sans que l'abcès ait été ouvert; chez d'autres l'évacuation ne s'est faite qu'après une seconde intervention, par conséquent dans des conditions moins favorables qu'à la première tentative. Ne pas craindre de renouveler les ponctions; et n'abandonner la recherche de l'abcès que si le cerveau a au moins été exploré dans les quatre directions principales, en bas, en haut, en avant et en arrière. Stocker n'a vu sourdre le pus qu'au dixième coup de trocart, et « Bergmann agissant au bistouri dut inciser le cerveau à trois reprises ».

L'emploi d'une aiguille, comme agent d'exploration, peut être une cause d'échec: la lumière, ainsi que le dit Broca, pouvant se

boucher par un cylindre de substance cérébrale enlevé comme à l'emporte-pièce. L'auteur du traité de chirurgie cérébrale en conclut que le trocart a une supériorité réelle, quoique le trocart n'ait pu une fois fonctionner entre ses mains et aspirer le pus qu'après la cessation du vide. L'incision avec une lame tranchante étroite n'a pas ces inconvénients, et Oblinski a dû plonger un bistouri dans un abcès cérébral dont la ponction exploratrice ne fournissait pas de liquide (Wien. Med. Woch., 1882).

On a blessé les ventricules latéraux faute de mesure dans la pénétration de l'instrument. Or il a été calculé qu'on peut, sans inconvénient, enfoncer une longueur d'aiguille de trois centimètres, quel que soit le point ponctionné; c'est bien suffisant. Les chirurgiens qui ont dû employer une plus grande longueur de trocart avaient fait la trépanation trop loin du siège de l'abcès; mais en se tenant aux procédés recommandés, pas n'est besoin d'aller profondément dans le cerveau.

On peut espérer sauver par l'intervention la moitié des opérés; l'amélioration se fait sentir très rapidement quand l'abcès a été bien drainé. Le malade recouvre peu à peu la conscience; la tête s'allège, le regard s'anime, l'intelligence renaît; les troubles moteurs disparaissent graduellement, mais l'aphasie peut persister longtemps; elle n'est pas évidente, le malade en est peu gêné; son entourage n'en est pas frappé, mais si l'on veut faire désigner un objet dont le nom avait été antérieurement perdu, on s'aperçoit que la mémoire tarde à revenir. La fièvre qui persiste ou la température qui s'élève est d'un mauvais présage, ainsi que l'agitation et le délire.

Les causes de mort sont nombreuses; encéphalite continuant sa marche progressive et déterminant des symptômes bulbares; diverticules purulents mal drainés; abcès cérébraux voisins et méconnus; phlébite des sinus; leptoméningite suppurée. Ce sont, en somme, des malades pour lesquels on peut dire ainsi qu'Amброise Paré: je les ai traités, Dieu les guérisse!

La hernie cérébrale vient souvent, comme complication intercurrente, retarder la guérison ou emporter un malade qu'on espérait avoir sauvé. Faut-il s'en étonner? La hernie qui est toujours la conséquence d'une infection diffuse de la substance cérébrale

trouve ses meilleures conditions de développement dans les abcès du cerveau. Pour peu qu'il y ait de la rétention purulente ou que la poche abcédée s'échauffe par infection secondaire, le parenchyme cérébral se tuméfie et bourgeonne à travers l'orifice de la trépanation; aussi a-t-on recommandé de faire cet orifice aussi petit que possible, pour que le cerveau ait moins de tendance à s'échapper en dehors. Mais les dimensions du trou crânien ont moins d'importance que la propreté et la régularité du pansement. L'antiseptie rigoureuse est le vrai traitement préventif de la hernie cérébrale.

L'abcès encéphalique se reproduit quelquefois sur place et on conçoit que les chances de succès sont moins grandes à la deuxième intervention qu'à la première. Murray a opéré une première fois une enfant de 7 ans d'un abcès temporo-sphénoïdal gauche. Un mois plus tard, l'enfant semblait tout à fait guérie quand elle eut une convulsion intéressant les membres du côté droit et suivie de perte de connaissance. Le lobe temporo-sphénoïdal fut de nouveau exploré et on découvrit profondément une cuillerée à café environ de pus, qu'on évacua. Comme lors de la première opération, l'enfant s'améliora; mais le lendemain, nouvelle crise convulsive du côté droit avec rétraction de la tête en arrière; mort. A l'autopsie: pus dans les ventricules; lobe temporo-sphénoïdal très enflammé et ramolli.

Il est difficile d'établir un parallèle entre les résultats du traitement des abcès cérébraux et celui des abcès cérébelleux. Ces derniers n'ont pas encore été traités en assez grand nombre; et ceux qu'on a ponctionnés, l'ont été dans des conditions trop diverses, pour qu'on puisse se faire une opinion de quelque valeur. C'est une question qui reste à l'étude.

A l'étude aussi, l'avenir des malades arrachés à la mort par l'opération! Les succès primitifs demeurent-ils complets et définitifs; il n'en est malheureusement rien. « Les malades suivis « pendant longtemps, plusieurs années ou plusieurs mois seulement, sont rares. Certes les observations de Ball (18 mois), « Barker (16 mois), Rehn (plus d'un an), Paulson (3 ans), « Scwhartz (6 ans), etc., prouvent que la guérison peut être « complète et durable; et d'autre part nous ne nous inquiéterons

« pas de quelques troubles paralytiques qui peuvent persister, de
 « l'aphasie, par exemple, notée à des degrés divers d'intensité et
 « de durée, par Pritchard et Rose, W. Cheyne, Boginski et
 « Gluck, etc... Les abcès épileptiformes sont déjà plus sérieux.
 « Mais surtout, pour les cas publiés seulement quelques jours ou
 « quelques semaines après que le malade est sorti de l'hôpital,
 « un doute doit rester dans l'esprit et nous devons nous souvenir
 « qu'après avoir paru fort bien guéris pendant deux mois, des
 « malades de Jansen, de Mac Ewen ont été emportés en quelques
 « jours. Même déconvenue de Lloyd qui, après avoir publié un
 « succès, a dû quelque temps après enregistrer une récurrence
 « mortelle. On conçoit quelle doit être la prudence du diagnostic,
 « puisque chez ce malade, opéré en octobre 1889, et considéré
 « comme guéri en mars 1890, les accidents mortels en sept jours,
 « n'ont reparu qu'en 1890. » (In. Broca et Maubrac, p. 366).

C'est avec satisfaction que nous reproduisons une observation déjà présentée à la Société de chirurgie et que nous la complétons par le bulletin de santé du malade reçu trois ans et demi après l'intervention.

La communication a été faite à la Société de chirurgie, le 3 octobre 1894.

S..., âgé de 24 ans, et caporal au 132^e de ligne. D'une santé habituellement excellente, d'une bonne constitution, il a dans ses antécédents une première otite moyenne purulente gauche survenue à l'âge de 15 ans, et un retour de l'inflammation de l'oreille en 1893.

Aux environs du 15 mai 1894, il fut pris une troisième fois d'une suppuration de l'oreille gauche à la suite d'une angine. La perforation du tympan se fit au bout de 24 heures, ne donnant issue qu'à un peu de pus épais.

Étant chargé de la surveillance du blanchiment des chambres de la caserne, service peu fatigant, notre malade ne crut pas devoir garder la chambre, et essaya de reprendre ses fonctions le 4^e jour, mais « ça n'allait pas », suivant son expression. Il était courbaturé et s'épuisait au moindre effort, ne mangeait pas et éprouvait quelques douleurs dans l'oreille gauche.

Le 8 juin, en se levant, S... veut, comme chaque matin, faire l'appel des hommes de son escouade : il cherche, fait des efforts, impossible de trouver aucun nom. Il descend dans la cour, se trouve mêlé aux caporaux

de la compagnie, les reconnaît, leur parle, mais ne se rappelle pas leur nom. Il ne sait plus l'adresse de ses parents ; il constate en même temps que d'autres mots lui échappent. Il perd son képi, le réclame, mais ne peut pas exprimer ce qu'il veut. Il prend une périphrase « ce qui se met sur la tête ». Ainsi des mots « mouchoir », « fourchette » ; le mot « cuillère », au contraire, est bien retenu. La lecture était impossible : S... ne connaissait plus ses lettres ; voulant prendre connaissance du rapport, il voit nettement les caractères, mais ne sait plus les interpréter. Si la mémoire des mots et des lettres était supprimée, celle des lieux était complète : S... allait et venait dans la caserne sans se tromper de chemin ; et nous verrons plus tard qu'il gardait fidèlement le souvenir des événements. Quarante-huit heures après le début de ces premiers troubles cérébraux, éclatent de violentes douleurs céphaliques qui siègent surtout en avant et en arrière, aux pôles frontal et occipital, et ressemblent à des coups répercutés d'un pôle à l'autre. Peu de sensibilité dans l'oreille. La station verticale n'est plus possible : vertiges constants. Dès que le malade essaie de se lever ou de soulever la tête, il se sent tourner et tomber. Déjà les mouvements de la tête sont limités et S... a conscience qu'il ne peut la fléchir sur la poitrine. Deux vomissements. Température normale, sauf un soir où elle atteint 39°.

Le 15 juin, nous examinons le malade qui nous est adressé avec le diagnostic « otite ». Sur la paroi inférieure du conduit auditif gauche, on voit, en effet, une légère trainée de pus épais. Le pavillon est normal, les parois du conduit ne sont pas tuméfiées ; le tympan couvert de croûtes purulentes présente une perforation dans le quadrant inféro-antérieur.

La région de l'apophyse mastoïde n'est ni tuméfiée, ni douloureuse au toucher. Mais un point très sensible existe au-dessus du conduit auditif sur l'écaïlle du temporal.

S... est abattu, il a le facies de la douleur. Il repose dans le décubitus latéral droit et ne se soulève qu'à regret, dans la crainte des nausées et des vertiges. Il lui semble à chaque déplacement qu'il va tomber à droite. Les douleurs de tête, violentes, atroces, sont continuelles, dans le front, au-dessus des sourcils et dans la nuque. Sifflements et bourdonnements dans l'oreille gauche. Nuits agitées, cauchemars, réveils brusques, quelques paroles délirantes.

L'amnésie verbale est aisément constatée. Bien que S... nous rende compte de son état, et nous rappelle brièvement ses antécédents pathologiques, il ne peut trouver la dénomination des objets qu'on lui présente, tels que « un verre, un couteau, un crayon, du papier, un livre. » Il les regarde sans impatience : « je ne sais pas », dit-il, et lorsque le