

colorée, paupières droites contractées, agitées de mouvements spasmodiques; écoulement purulent par l'oreille droite, qui est très douloureuse, surtout par l'effet de battements intenses; pouls large, fréquent; peau chaude, inappétence, soif, constipation; intellect un peu obtus, douleur en parlant. Mort au bout de quelques jours. — Dure-mère sur le rocher altérée, noirâtre; sinus latéral droit atteint de phlébite; partie voisine du cervelet noirâtre, lobe moyen droit du cerveau couvert de pus, et contenant un foyer apoplectique (1).

XXXIX<sup>e</sup> Obs. — Homme, vingt ans, marié depuis six mois, et depuis le même temps indisposé. Il y a quatre mois, perte de la voix par affection catarrhale. Un mois après, écoulement de pus par l'oreille droite. Le suivant, abcès sur l'apophyse mastoïde. Bientôt après, céphalalgie et attaques d'épilepsie, avec les yeux déviés et les membres atteints de convulsions légères; affaiblissement du côté gauche, somnolence facile à dissiper, peau fraîche, pouls 80, 90. A la fin, assoupissement. — Surface de l'encéphale très vasculaire, surtout le long du sinus longitudinal; cavité droite de l'arachnoïde pleine de pus, excepté vers la base; cerveau injecté. Tout le sinus latéral droit est distendu par une matière adhérente aux parois, qui, à l'œil nu, ressemble à du pus, et au microscope paraît être composée de globules graisseux et de corps granuleux. La paroi en rapport avec le temporal est molle et remplie d'une matière semblable. Il y a du vrai pus dans le sinus longitudinal supérieur, et dans les veines des méninges du côté droit. Membrane du tympan perforée; chaîne des osselets complète. Pas d'apparence de carie du côté des cavités de l'oreille. Seulement à la surface, vis à vis le sinus latéral, il y a un ou deux points de perforation qui pénètrent jusqu'au tympan, et une petite veine est convertie en cordon par un caillot ferme (2).

XL<sup>e</sup> Obs. — Homme, vingt-deux ans. Otite interne; signes de méningite; coma, nausées; paralysies alternatives du mouvement et du sentiment à droite et à gauche, surtout de ce dernier côté. Cornée terne, avec infiltration à gauche. Paupières contractées, surdité, douleur vive au côté droit de la tête; marche impossible. Mort. — Infiltration purulente des méninges, phlébite du sinus latéral droit (3).

XLI<sup>e</sup> Obs. — Étudiant en médecine, vingt-deux ans. Ancienne otite droite, avec écoulement purulent et surdité; guérison. Élan-

(1) Lemaistre, *Bulletin de la Société anatomique*, 1848, p. 18.

(2) Dickinson, *Transact. of the Pathological Society of London*, t. XV, p. 26.

(3) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, t. II, p. 118, pl. XCVI, fig. 4 et 5.

ments dans l'oreille et léger écoulement. En se baignant à la rivière, l'eau entre dans le conduit auditif; vive douleur; surdité, écoulement. On constate la perforation, l'épaississement et le ramollissement de la membrane du tympan. Retour de l'écoulement, fièvre, frisson, sueur abondante, coma, délire, stertor, mort. — Rocher plein de pus. Près de la gouttière latérale droite, carie et perforation du rocher. Inflammation du sinus, dont la paroi interne est tapissée de pus. Le sinus longitudinal supérieur en contient aussi (1).

XLII<sup>e</sup> Obs. — Militaire, vingt-trois ans; lymphatique. Parfois douleurs et écoulement de l'oreille droite. Accès de fièvre quotidienne; douleurs vives de la tête et de l'oreille; délire, stupeur, somnolence, prostration, gonflement inflammatoire de la région mastoïdienne droite. Diarrhée, légère dyspnée. Mort le douzième jour, à dater de l'invasion de la fièvre. — Cerveau peu consistant. Ramollissement gris ardoisé du lobe postérieur droit du cerveau, et un autre du côté externe du lobe droit du cervelet, correspondant, l'un et l'autre, à des taches brunâtres de la dure-mère, vis à vis le rocher, dont cette membrane est détachée par du pus verdâtre. Sinus latéral droit doublé intérieurement, dans l'étendue de deux centimètres, par une fausse membrane molle, renfermant, sans y adhérer, des caillots demi-fibrineux, du pus et du sang. Cette altération, ayant quatre centimètres d'étendue, s'arrête au golfe de la veine jugulaire. Collection de pus sous le périoste de la région mastoïdienne et dans les cellules de cette partie; carie des oreilles interne et moyenne; abcès métastatiques dans les poumons (2).

XLIII<sup>e</sup> Obs. — Homme, vingt-trois ans. Otorrhée datant d'un an. Depuis trois semaines, malaise, anorexie, nausées; puis fièvre, frissons, chaleur, sueur, avec type tierce. Gonflement de la parotide gauche, disparition de l'otorrhée, céphalalgie, symptômes abdominaux, mort. — Tumeur dans le rocher gauche, composée surtout de cholestérine ayant traversé l'os aux parties antérieure et postérieure et fait saillie dans le crâne. En cet endroit, cerveau grisâtre, dure-mère perforée; sinus latéral aussi perforé, rempli de caillots adhérents et décolorés, et contenant un liquide puriforme, sanieux; veine jugulaire en partie détruite, obstruée par des caillots dans sa partie supérieure, et tissu cellulaire voisin infiltré de pus (3).

XLIV<sup>e</sup> Obs. — Femme, ayant pris froid après ses couches; douleurs dans le côté droit de la tête et dans l'oreille. Fièvre, symptômes

(1) Weill, *Thèses de Strasbourg*, 1858, p. 18.

(2) Sédillot, *De l'infection purulente*, 1849, p. 320.

(3) Virchow, dans Lebert, *Traité d'anat. pathol. générale et spéciale*. Paris, t. II, p. 13.



aigus de pyohémie. Mort quatre mois après la délivrance. — Carie étendue du temporal jusqu'au voisinage de l'occipital, destruction des cartilages de la suture, phlébite du sinus latéral et thrombose de la veine jugulaire (1).

XLV<sup>e</sup> Obs. — Homme, vingt-six ans, riveur, marié, sans enfants. Traces d'anciennes adénites cervicales. Pas d'hérédité morbide, conditions hygiéniques satisfaisantes, santé assez bonne. Toutefois, otorrhée très ancienne, qui, supprimée il y a sept ans, fut l'occasion de maux d'oreilles violents, de céphalalgie très intense, que firent cesser un traitement énergique et le retour de l'otorrhée. Avril, l'écoulement oriculaire se supprime de nouveau, sans cause appréciable; les douleurs d'oreille reparaissent, ainsi que la céphalalgie. 8, décubitus dorsal, assoupissement, plaintes continuelles, intelligence nette, réponses lentes et difficiles à obtenir; peau pâle, brûlante; pouls plein, fort, résistant, régulier, 64. Douleur très vive à la nuque et au niveau de l'apophyse mastoïde, augmentée par la pression. Impossibilité presque absolue de remuer la tête. Pupilles un peu dilatées et lentement contractiles; éblouissements fréquents, vue un peu faible; anorexie. Abdomen dur, douloureux à la pression; constipation, urines très colorées. Rien d'apparent dans le conduit auditif, pas d'écoulement; surdité de ce côté. 12, légère diminution dans les souffrances. 13, exacerbation; pouls 56. Tout à coup, secousse violente dans la tête, cri; la douleur part de l'oreille droite et se répand dans toute la tête. 15, frissons. 16, sueurs abondantes; pouls 72; teinte subictérique de la face, assoupissement. 17 et 18, retour des frissons et des sueurs (sulfate de quinine). 20, syncope; puis accélération du pouls, 108. 21, respiration courte, plaintive; douleur à la partie antérieure et droite du thorax, sans matité; la respiration s'y entend. 23, fluctuation sur l'apophyse mastoïde, incision, écoulement de pus, soulagement. 24, stupeur, pouls 126, dyspnée. 27, suppuration tarie, tuméfaction périphérique; intelligence nette. 29, délire, embarras de la respiration; toux sèche, quinteuse, râle à grosses bulles. Mort le 30. — Téguments indurés et infiltrés de pus sur la région mastoïdienne droite. Apophyse dépouillée de son périoste, rugueuse, perforée par une ouverture irrégulièrement arrondie de 3 à 4 millimètres. Petit séquestre, de la grosseur d'un pois et immobile, situé au centre de cette apophyse, dont les cellules ont disparu et dont la cavité communique avec celles de l'oreille moyenne et interne, lesquelles sont remplies par une matière demi-solide, grisâtre, pulpeuse, fétide. Membrane du tympan et osselets disparus. Veines des méninges et du cerveau

(1) Puchelt, *Venensystem*, t. II, p. 178. (Von Dusch, p. 93.)

remplies d'un sang noirâtre. Substance cérébrale piquetée, sans ramollissement ni autre altération; seulement, il existe une infiltration sanguine très circonscrite sur le lobe droit du cervelet. Au milieu de la gouttière du temporal qui reçoit le sinus latéral, se trouve une ouverture qui communiqué avec le foyer purulent et les cavités de l'oreille. Le pus de ces cavités a pu pénétrer dans le sinus, où on en trouve une certaine quantité au centre d'un caillot fibrineux, solide, blanchâtre, adhérent dans toute l'étendue de ce sinus, dont les parois sont épaissies et dont la surface interne est tomenteuse. Toute la gouttière osseuse qui loge le sinus est noirâtre. État normal des autres sinus et de la veine jugulaire, du nerf facial, et des méninges sur le ganglion de Gasser. Petit épanchement enkysté sous la base du poumon droit; épanchement pleural gauche peu considérable; points d'hépatisation à la base du poumon droit, cinq ou six petits abcès dans celle du gauche. Pas de tubercules (1).

XLVI<sup>e</sup> Obs. — Marin, vingt-sept ans. Depuis son enfance, écoulement purulent par l'oreille droite. Cet écoulement a cessé depuis une semaine. Frissons, céphalalgie, fièvre continue. Douleur vive et abcès à l'apophyse mastoïde, issue d'une grande quantité de matière sanieuse et fétide. Langue brune et sèche, inappétence. Douleur à l'occiput; assoupissement, coma, mort. — Congestion des vaisseaux encéphaliques. Deux onces d'un liquide séro-purulent dans les ventricules latéraux, le droit tapissé par une couche de lympho coagulable. Sinus latéral droit rempli de matière purulente et tapissé par une fausse membrane. Gouttière latérale du temporal rugueuse et poreuse. Beaucoup de pus dans la veine jugulaire interne (2).

XLVII<sup>e</sup> Obs. — Homme, trente-quatre ans, atteint depuis vingt ans d'un écoulement par l'oreille droite, qui cesse. Courbature, frissons, accès fébriles, délire, tremblement général; facies altéré, un peu jaunâtre; pouls fréquent; roideur des muscles du cou, sputation. Mort le vingt-deuxième jour. — Rocher droit carié, ramolli, contenant une matière jaune, épaisse et purulente. Sinus latéral correspondant brunâtre, ayant ses parois épaissies, friables, enflammées; il est bouché, dans une étendue de deux centimètres, par un coagulum brunâtre, jaunâtre, semi-sanguin et semi-purulent. Méninges injectées du même côté. Cerveau peu consistant, foyers métastatiques dans les poumons, sang fluide dans le cœur; couleur jaune et mollesse du foie, des reins, de la rate, etc. (3).

(1) Sentex, Thèses de Paris, 1865, n° 130, p. 72. (Observation recueillie dans le service de Clinique interne de mon fils, à l'hôpital Saint-André.)

(2) Bruce, *Gazette médicale*, 1841, p. 260.

(3) Lancereaux, *De la thrombose et de l'embolie*. Paris, 1862, p. 133.



XLVIII<sup>e</sup> Obs. — Homme, trente-cinq ans, vie régulière. Cinq ou six ans avant, otorrhée purulente, fièvre intermittente, céphalalgie intense, douleur vive dans l'oreille droite et la tempe, ouïe obtuse, vomissement, pouls 100; frissons à plusieurs reprises, faiblesse; langue brune et sèche, jactitation. Mort le dixième jour. — Sinus de la dure-mère pleins de sang. Quatre onces de sérosité dans les ventricules. Sinus latéral droit rempli par un caillot d'une odeur gangréneuse. Cervelet offrant une tache noirâtre vis à vis la lésion du sinus. Pas de carie des os. Oreille interne remplie de pus <sup>(1)</sup>.

XLIX<sup>e</sup> Obs. — Homme, trente-sept ans, ancienne affection syphilitique. Agitation bruyante, suppuration par l'oreille gauche, délire, céphalalgie. Le malade peut encore se lever lui-même deux jours avant sa mort. — Péricrâne détaché près l'oreille malade; os sous-jacent altéré; cerveau sain. Le sinus latéral et les sinus pétreux et caverneux sont remplis d'un pus mal élaboré, brunâtre. Glande pituitaire entourée de pus. La veine jugulaire en contient aussi. Dans la partie supérieure du pharynx, on trouve une masse de matière purulente épaisse. Traces de pleurésie, même de gangrène de la plèvre costale; abcès dans le poumon; péricardite <sup>(2)</sup>.

L<sup>e</sup> Obs. — Homme, trente-sept ans. Frère mort probablement de méningite tuberculeuse. Écoulement chronique par l'oreille droite depuis l'âge de cinq ans. Depuis deux mois, céphalalgie très violente, accès quotidiens de fièvre intense, qui résistent au sulfate de quinine; cou très douloureux, mouvements de la tête difficiles, empatement et rougeur de la peau du côté droit du cou, puis de la joue et des paupières du même côté, et plus tard du côté gauche; chémosis séreux, saillie des globes oculaires, fièvre continue, délire, frissons. Mort. — Teinte jaunâtre générale, infiltration séreuse du cou, de la face; collection purulente sous le sterno-mastoïdien, veine jugulaire oblitérée vers le milieu de son trajet, et ses parois détruites au centre du foyer purulent, lequel remonte vers le golfe en suivant la gaine des vaisseaux. Inflammation purulente au niveau du corps pituitaire et de la protubérance. Les sinus du côté droit et les sinus impairs sont remplis de pus, ainsi que la veine ophthalmique droite. Sinus latéral droit perforé vis à vis; une perforation de l'occipital derrière le condyle, conduit le pus dans l'articulation altoïdo-occipitale, et jusqu'au niveau de la troisième cervicale; méningite de la base, cerveau un peu mou, œdémateux; altération considérable du rocher, perte de substance de sa face postérieure, cavité anfractueuse

<sup>(1)</sup> Thomas F. Cock, *American Journal of med. Sciences*, 1852, t. II, p. 371.

<sup>(2)</sup> Bright, *Reports of med. cases*, t. II, p. 129, case LXVI.

remplie par une matière hétéromorphe, enkystée. Cette matière, analogue à du fromage, est d'un blanc-jaunâtre, formée de vésicules graisseuses, de cristaux de cholestérine, de granulations sans noyaux, constituant des globules de nature tuberculeuse à l'état de crudité. Cette matière est renfermée dans une membrane mince, qui manque du côté du conduit auditif externe. Le tympan, les osselets, la corde du tympan, la trompe d'Eustachi ont disparu; le limaçon, les canaux demi-circulaires, le vestibule, le nerf facial sont conservés. Les poumons, les ganglions bronchiques et les autres organes sont sains. Pas de tubercules <sup>(1)</sup>.

LI<sup>e</sup> Obs. — Paveur, quarante-six ans, bonne santé antérieure. Il y a deux ans, fièvre typhoïde, suivie de douleurs de tête vagues, assez vives et de légère surdité. Il y a six mois, céphalalgie violente qui diminue, puis reprend, surtout dans le côté gauche de la tête et dans l'oreille. Janvier, tumeur derrière cette partie, écoulement purulent vers le conduit auditif, surdité du même côté, inappétence, constipation, pouls normal, respiration naturelle, frissons. L'incision de la tumeur permet l'issue d'une assez grande quantité de pus fétide. Apophyse mastoïde dénudée, retour périodique des frissons, sueurs, diarrhée. Sulfate de quinine donné avec un succès momentané. Teinte ictérique de la peau, langue et gencives sèches, fuligineuses, pouls fréquent, dépressible; délire, stupeur, plaintes; légère matité thoracique, râles crépitants et sous-crépitaux. Mort vingt-un jours après l'entrée à l'hôpital. — Large dénudation du temporal, teinte brun-violacé et ramollissement du lobe moyen gauche du cerveau, dure-mère du même côté, de couleur bleuâtre sur le rocher et le sinus latéral, se détachant facilement, comme ulcérée et séparée des surfaces osseuses par une sorte de fausse membrane; surface interne du sinus latéral enflammée et tapissée par une fausse membrane très épaisse, qui n'en obture cependant la cavité qu'en un point au niveau de la base du rocher, et dont le centre est rempli de pus. Veine jugulaire interne enflammée, tapissée de fausses membranes et de pus jusqu'à sa terminaison, où elle présente un caillot peu consistant et mobile engagé dans le tronc brachio-céphalique. Perforation de la base du rocher qui communique avec les cellules mastoïdiennes, remplies d'une matière comme tuberculeuse; destruction des osselets et de la membrane du tympan, épanchement dans les plèvres, abcès multiples dans les poumons <sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Tassel, *Bulletin de la Société anatomique*, 1854, p. 276.

<sup>(2)</sup> Lenoir, *Gazette des Hôpitaux*, 1846, p. 254, — et Lunier, *Bulletin de la Société anatomique*, 1846, p. 177.



LII<sup>e</sup> Obs. — Boulanger, atteint de syphilis. Perte du palais, douleur et écoulement purulent par l'oreille droite, puis douleur vive de la gauche; insomnie, délire furieux pendant la nuit. Mort. — Abscès gangréneux derrière l'oreille, sérosité dans les ventricules du cerveau, sinus latéraux et pétreux pleins de pus noir de mauvaise nature, veine jugulaire interne ulcérée, pleine de pus, ayant ses parois épaisses, opaques, verdâtres et tapissées de matière fibrineuse. Abscès dans les poumons (1).

LIII<sup>e</sup> Obs. — Soldat, robuste. Atteint de flux purulent par l'oreille, en outre de paralysie du pharynx et du larynx, d'immobilité du côté droit du thorax, avec absence de bruit respiratoire du même côté; accidents de pyohémie. Mort le huitième jour. — Thrombose de la veine jugulaire interne et du sinus latéral droit. Les nerfs passant par les trous déchirés postérieur et condylien étaient comprimés, leur névrilème imbibé de pus. Les tubes nerveux offraient un commencement de dégénération graisseuse. Poumons congestionnés et infiltrés. Dans le droit, six petits foyers lobulaires, pyohémiques (2).

LIV<sup>e</sup> Obs. — Homme, depuis longtemps otorrhée purulente. Symptômes d'affection cérébrale, céphalalgie, stupeur, somnolence, frissons, pleurésie aiguë. — Carie et perforation de la face supérieure du rocher droit et de la gouttière qui contient le sinus latéral, dure-mère épaisse et recouverte d'une couche de lymphes, sinus latéral rempli d'un fluide puriforme, et tapissé à l'intérieur d'une fausse membrane de formation récente; calibre du sinus très diminué, et sa cavité presque complètement oblitérée; sinus pétreux inférieur altéré; quelques caillots dans les plus grosses veines (3).

LV<sup>e</sup> Obs. — Carie du rocher, pus dans l'oreille moyenne, phlébite du sinus latéral, qui contient du pus et du sang coagulé; paroi interne du sinus perforée, communication de sa cavité avec l'intérieur du rocher; coagulum étendu jusque dans la veine jugulaire indurée et épaissie. Trois abcès métastatiques dans les poumons (4).

Résumé des faits relatifs à l'inflammation des sinus de la dure-mère et des veines de l'encéphale.

Ces faits sont au nombre de 55, et ont été distribués en deux séries: l'une composée de phlébites produites par des

(1) Bright, *Medical Reports*. (*Gazette médicale*, 1841, p. 261.)

(2) Beck, *Deutsche Klinik*, n° 48, 1863. (*Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 245.)

(3) Bruce, *Gazette médicale*, 1841, p. 260, 3<sup>e</sup> obs.

(4) Fritz, *Bulletin de la Société anatomique*, 1864, p. 434.

causes diverses non traumatiques; la seconde de phlébites liées à une altération grave du rocher. De temps à autre, dans ce résumé, cette distinction devra être rappelée.

**Causes.** — Sous le rapport du *sexe*, une différence sensible va de suite apparaître. Sur les 55 cas exposés, le sexe n'est spécifié que pour 52, et si on se borne à un résultat général, on trouve autant d'individus mâles que d'individus du sexe féminin. Mais si on compare les deux séries, on trouve dans la première 9 masculins et 17 féminins, et pour la seconde 3 féminins et 22 masculins. Ce ne sont certainement pas des différences accidentelles ou fortuites. Elles sont trop tranchées pour ne pas tenir à quelque condition essentielle. On peut admettre que le sexe féminin favorise le développement des phlébites encéphaliques de causes variées, et le sexe masculin celui des phlébites spécialement dues aux altérations du rocher.

2<sup>o</sup> Quant aux âges, la phlébite cérébro-méningienne présente encore quelques remarques intéressantes. On pourrait la distinguer en celle de l'enfance et celle de l'adolescence et de la virilité. La première appartiendrait presque exclusivement à la première série, et la seconde se partagerait entre les deux.

Voici comment se divisent les 47 cas, dans lesquels l'âge a été exactement indiqué.

De 2 ans à 10 ans,	12 cas,	dont 11 de la 1 <sup>re</sup> série et 1 de la 2 <sup>e</sup> .
De 11 — à 20 —	8 — 4 —	et 4 —
De 21 — à 30 —	16 — 10 —	et 6 —
De 31 — à 40 —	6 — 2 —	et 4 —
De 41 — à 50 —	2 — 1 —	et 1 —
Puis	3	sujets de la 1 <sup>re</sup> série avaient 57, 64, 80 ans.
	47	

En somme, c'est donc surtout dans la première moitié de la vie que la phlébite des sinus et des veines de l'encéphale se produit le plus fréquemment.

3<sup>o</sup> Il n'y a pas eu d'occasion de signaler l'influence de



l'hérédité. Seulement, dans un cas, la mère était très nerveuse, sujette aux spasmes, et des frères étaient morts jeunes d'affections cérébrales (XI).

4° La constitution a été tantôt faible, lymphatique, tantôt assez robuste.

5° Comme causes hygiéniques, on a noté l'exposition à la pluie par un temps froid, l'abus des boissons alcooliques, les chagrins, la misère.

6° Les influences pathologiques ont été nombreuses et graves.

a. La diathèse scrofuleuse a agi d'une manière assez évidente dans plusieurs cas chez des jeunes enfants présentant des ophthalmies, des éruptions chroniques sur le cuir chevelu, des engorgements de ganglions lymphatiques du cou ou du mésentère, des diarrhées, des affections catarrhales.

b. Un ordre de causes d'un autre genre et appartenant à un autre âge s'est montré chez dix personnes : c'est l'état puerpéral, accompagné d'accidents variés, comme la *phlegmatia alba dolens*, la métrite-péritonite, des troubles de l'allaitement, des phlegmasies des membres, etc. L'inflammation des veines et des sinus a amené la terminaison funeste de ces accidents, déjà très graves par eux-mêmes.

c. Dans deux cas, cette phlébite est survenue à la fin de la scarlatine.

d. D'autres fois, c'est à la suite d'un épanchement purulent dans la plèvre ou de la suppuration des tubercules pulmonaires ou autres, qu'on a vu la phlébite se montrer, peut-être comme effet secondaire d'une résorption purulente.

e. Dans quelques cas, il y a eu propagation plus directe. Ainsi, des ulcérations du cuir chevelu atteignant la surface osseuse, des suppurations locales qui se sont tariées, une parotide imbibée de pus communiquant son état morbide à la jugulaire interne, etc., ont pu, par voie vasculaire, provoquer l'inflammation des sinus. A cette occasion, il est opportun de mentionner un fait remarquable présenté par

M. Broca à la Société de Chirurgie, en 1865. Un individu, atteint d'anthrax à la nuque, mourut rapidement. On trouva de la sanie purulente en contact avec l'occipital, et une phlébite s'était produite dans le pressoir d'Hérophile et dans les sinus latéraux. La transmission du pus ou la propagation de la phlegmasie s'était évidemment opérée par les veines du diploë (1).

f. La plus fréquente et la plus notable des propagations de cette sorte est celle qui sert de base à la deuxième série de faits de phlébite du sinus, c'est à dire à celle dont la source est dans une grave altération du rocher. Le plus souvent, les sujets avaient éprouvé depuis longtemps les atteintes d'une otite rebelle. Des douleurs, un écoulement purulent, la surdité avaient été les indices premiers de cette lésion, qui avait parfois paru céder, puis s'était reproduite à l'occasion de circonstances accidentelles, comme l'introduction d'un corps étranger dans le conduit auditif, de l'eau froide par exemple (XLI). La diathèse scrofuleuse, la syphilis, paraissent avoir quelquefois contribué à la production ou à l'entretien de l'otite. Cette maladie s'est aussi manifestée sous l'influence d'une fièvre typhoïde grave (LI). Dans ses progrès, la phlegmasie de l'oreille interne désorganise la caisse du tympan, remplit de pus le labyrinthe et les cellules mastoïdiennes, et amène la carie du rocher. Celle-ci parvient à l'extérieur de l'os, et altère la dure-mère. Le sinus latéral, à son passage dans la gouttière du temporal, est alors facilement envahi. Le signal de cette extension est souvent la suppression de l'otorrhée; les douleurs locales et les symptômes généraux font en outre prévoir l'orage qui va éclater.

**Symptômes.** — Quel que soit le siège de la phlébite intracrânienne, les symptômes qu'elle suscite peuvent apparaître d'une manière successive ou débiter brusquement.

Une céphalalgie intense s'est prononcée, affectant le som-

(1) *Union médicale*, septembre 1865, t. XXVII, p. 634.