

TÊTE. — COU. — SEIN

I

INTERVENTION IMMÉDIATE

PLAIE DU CRANE PAR ARME A FEU

- I. *Observation* : Plaie du crâne par arme à feu. Accidents immédiats d'épilepsie traumatique. L'intervention met à nu un enfoncement du crâne : les fragments enlevés, les crises d'épilepsie cessent et le blessé guérit.
- II. A la suite des plaies du crâne par arme à feu, *l'intervention immédiate est souvent nécessaire*, quand il y a une relation entre l'intensité du traumatisme et les accidents observés.
Hésitations légitimes devant une épileptique en crise avec plaie de tête, devant une épilepsie alcoolique survenant à la suite d'une chute sur la tête.
- III. *L'intervention, quand elle n'est pas nécessaire, est toujours utile* pour désinfecter et drainer le trajet, plutôt que pour extraire la balle, et pour prévenir la méningo-encéphalite. Une observation à l'appui.

MESSIEURS,

Dans un de ces drames intimes, dont la chronique nous offre, à Paris, de si communs exemples, un homme de vingt-cinq ans se tirait une balle dans la tempe. Il ne perd pas connaissance : il vient même à pied à l'hôpital, et presque tout de suite alors, est pris de convulsions épileptiformes. Je l'opère dès que je le vois, le lendemain ; et j'extrait, avec la balle, quatre fragments osseux enfoncés dans la substance cérébrale. Les crises d'épilepsie cessent presque immédiatement et, bien que l'opération ne remonte encore qu'à trois jours, le blessé est, je pense, hors d'affaire.

Je voudrais revenir un peu sur ce malade intéressant, discuter les conditions qui m'ont amené à l'opérer et envisager devant vous la conduite à tenir en présence d'une plaie de la voûte crânienne par arme à feu.

I

Chez notre blessé, la lésion était à droite, c'était un suicide ; le pavillon de l'oreille avait été traversé et présentait un petit orifice circulaire comme en peut faire une balle de très petit calibre. Un peu plus haut, sur le crâne, une plaie de même dimension, non mâchonnée, légèrement saignante représentait l'orifice d'entrée du projectile dans le crâne. Nulle part on ne voyait un orifice de sortie.

La balle avait été tirée à bout portant : il y avait de grandes chances pour que la plaie fût pénétrante. Et cependant, lorsque le malade arriva à pied à l'hôpital, sans accidents, sans hémiplegie, sans phénomènes de localisation, on pouvait hésiter sur la pénétration. Ces hésitations étaient d'autant plus légitimes qu'on sentait nettement la balle sous les téguments du crâne, à quatre ou cinq centimètres au-dessus du point de pénétration. L'interne de garde désinfecta la plaie, après avoir rasé son pourtour, et appliqua un pansement humide.

Environ une heure après, le blessé est pris de convulsions généralisées, subitement il perd connaissance, ses yeux se convulsent, son visage se congestionne, et les convulsions toniques puis cloniques agitent tous ses membres. La crise dure une demi minute, une minute tout au plus ; le blessé reste quelque temps comateux : puis il rouvre les yeux, reprend connaissance, se rassied sur son lit ; la crise est finie, il n'en reste plus trace.

Au bout d'une heure, une nouvelle crise survient avec les mêmes caractères que la première. Elle a la même durée, le même début subit sans prodrome.

L'interne de garde fait appeler le chirurgien de garde : ceci se passait vers deux heures de l'après-midi. Le chirurgien de garde vient, examine le blessé, mais il trouve la balle superficielle, constate cependant une hémorragie par l'oreille, mais ne juge pas une opération immédiate urgente.

A partir de ce moment jusqu'au lendemain matin 17 août, il se produisit toutes les heures en moyenne, une crise semblable de convulsions : le malade en avait eu exactement quinze lorsque, le lendemain matin, l'interne M. Theuveny me pria, dès mon arrivée, de voir ce malade et de prendre telle décision que je jugerais conforme à la situation.

Le blessé était assis sur son lit, calme et tranquille : sa température était à 37, son pouls, à 80. Il n'avait ni paralysie, ni contracture, et de ses crises successives n'avait conservé aucune trace sensible.

J'examine la plaie, et je trouve la balle sous les téguments du crâne à une certaine distance de l'orifice de pénétration ; je m'informe des caractères des crises, il n'y a aucun phénomène initial caractéristique, il n'y a pas ce *signal-symptôme*, qui en matière de chirurgie cérébrale a d'habitude une grande valeur de localisation. Les convulsions sont d'emblée généralisées, elles ne prédominent pas d'un côté plus que de l'autre. La connaissance revient vite après, mais le blessé n'en conserve pas le souvenir.

Deux circonstances, me parurent contradictoires, dans l'histoire de ce malade.

La balle était superficielle : il n'y avait pas de doute sur ce point, on la sentait nettement mobile et aplatie sous les téguments. Elle était assez loin de l'orifice d'entrée, et cela ne devait pas étonner, la surface convexe du crâne offre aux balles un plan facile de glissement et de réflexion.

Mais si la balle était superficielle, c'est qu'elle n'était pas pénétrante.

Et si elle n'était pas pénétrante, comment expliquer les convulsions observés ?

L'intégrité du malade avant le traumatisme, l'apparition des crises immédiatement après le choc, leur fréquente répétition dans la journée, tout cela indiquait à la fois, qu'il y avait à ces convulsions une cause nouvelle et récente et que cette cause résidait dans le traumatisme lui-même.

Mais tout devenait indécis quand il s'agissait de préciser le siège et la nature de cette cause.

Le siège ? les convulsions ne fournissaient à ce point de vue, aucune indication ; il n'y avait par ailleurs ni paralysies, ni contractures, et dans la région atteinte, entre la plaie cutanée et la balle, je ne trouvais que la douleur, et l'empâtement que suffisent à expliquer le traumatisme et l'hématome.

La cause ? était-ce une fracture complète ? une fracture incomplète avec enfoncement ? une esquille comprimant la dure-mère ?

La fracture du crâne était probable ; il y avait écoulement de sang par l'oreille. La voûte, d'ailleurs, avait été frappée de près et directement : j'admis qu'il y avait fracture, incomplète sans doute, et irritation ou compression du cerveau par une esquille détachée de la

table interne. La lésion devait siéger au niveau de la plaie cutanée.

Dans le doute, fallait-il prendre le stylet, l'enfoncer délicatement dans la plaie et chercher à se rendre compte si la perforation était réelle ?

Non ; le stylet dans ces cas ne donne rien de précis, c'est une faute toujours inutile, souvent dangereuse, de faire au stylet l'exploration d'une plaie du crâne par arme à feu.

Il fallait tout de suite opérer et opérer largement : ouvrir les téguments pour chercher la cause des accidents et traiter celle-ci après qu'elle serait découverte.

L'opération était urgente ; je la pratiquai sur l'heure, et voici quel en fut le résultat.

Sur la tête complètement rasée et désinfectée, je pratiquai une incision qui décrivait sur la peau du crâne une grande courbe au-dessus du pavillon de l'oreille. La peau incisée, je trouvai la balle, aplatie, écrasée : je l'enlevai.

L'os fut mis à nu, et ne présentait aucune lésion au niveau de la balle, mais je poursuivis plus bas mon exploration et, décollant le

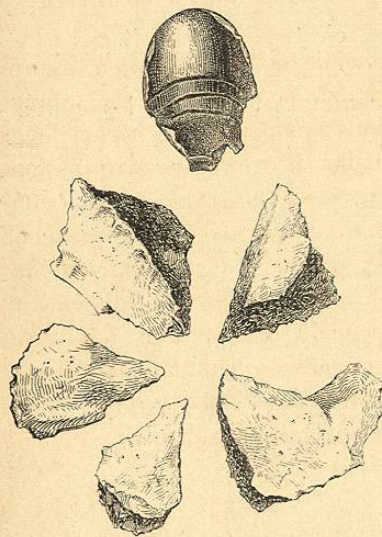


Fig. 26. — Balle et fragments osseux comprimant l'écorce cérébrale.

périoste jusque vers l'oreille, je trouvai au niveau de la plaie de pénétration une *perforation du crâne*. La brèche avait le diamètre d'une pièce de 0,50 centimes. Trois ou quatre fragments étoilés étaient enfoncés dans l'écorce cérébrale à travers la dure-mère déchirée. Par leur base élargie, ils touchaient encore à la surface du crâne par leur pointe effilée ils s'enfonçaient dans le cerveau (fig. 26).

C'était bien la lésion que je cherchais ; là, était la vraie cause de l'épilepsie. Ces fragments, je les enlevai sans trop de difficultés, mais avec précaution ; et lorsque la plaie en fut débarrassée, je nettoyai avec des compresses la sur-

face des méninges et du cerveau, j'enlevai les parties mortifiées, je plaçai une mèche de gaze aseptique à la surface du cerveau autant pour assurer l'hémostase que pour servir au drainage, et je ramenai et suturai sur le crâne le large lambeau que j'avais détaché et mobilisé.

Voilà ce que j'ai fait, je ne puis encore escompter l'avenir, mais je puis du moins vous dire que jusqu'alors, tout s'est très bien passé.

Le premier jour, le blessé a eu encore deux crises de convulsions en tout semblables à celles qu'il avait eues déjà auparavant : je n'en fus nullement surpris, la compression que j'avais volontairement établie à la surface du cerveau était de nature à provoquer cet accident, et je pensais bien que les convulsions cesseraient avec la compression ; dès le lendemain, la gaze fut retirée, et l'accident ne s'est pas reproduit.

Le blessé est en bon état, et sa température est normale ; vous l'avez vu ce matin assis sur son lit et demandant déjà à se lever, ce qui m'a paru un peu prématuré. J'ai bon espoir que nous aurons ici une parfaite et rapide guérison ¹.

Et si maintenant, pour tirer la morale de cette histoire, nous résumons la filiation des accidents, voici ce que nous trouvons. Coup de feu dans la tempe, fracture complète au point frappé ; la balle sans pénétrer se réfléchit et se place plus haut, sous les téguments à la surface du crâne.

Mais bien que la balle soit superficielle et la pénétration improbable, des convulsions épileptiformes indiquent qu'il y a compression cérébrale ; j'interviens hâtivement, plus pour chercher et lever la compression que pour extraire la balle. Je trouve la compression, je libère le cerveau et le malade guérit. C'est ainsi que je vous conseille de vous comporter, quand vous vous trouverez en présence d'une plaie du crâne par arme à feu : quand il y a des accidents, comme ici, il faut de toute nécessité agir et agir immédiatement. Mais même quand il n'y a pas d'accident, il faut tout de même intervenir parce que à la suite d'un coup de feu dans la tempe, l'intervention immédiate est *souvent nécessaire, et toujours utile*. Voilà deux vérités que je vais essayer de vous démontrer.

II

L'intervention immédiate est quelquefois nécessaire : c'était le cas ici. Un symptôme grave, un symptôme dont la répétition ne laissait aucune prise au doute, traduisait la lésion de l'écorce céré-

1. Les suites opératoires furent aussi simples. La plaie se cicatrisa rapidement, et, au bout de quelques jours, le malade demandait à rentrer chez lui.