

brale et commandait d'y aller voir. Toutes les fois en effet, qu'à la suite d'un traumatisme du crâne, des accidents d'épilepsie se produisent, il y a de ce fait indication d'intervenir; c'est une règle, elle ne souffre aucune hésitation, parce qu'elle ne comporte que peu d'exceptions.

Il faut cependant que la relation soit bien établie entre le traumatisme initial et le symptôme observé. Dans les épilepsies tardives, qui surviennent des mois, des années après un trauma crânien, on a tout le temps voulu pour examiner à loisir, pour observer minutieusement, et lorsque l'intervention est pratiquée, on est toujours sûr que le traitement médical est resté sans effet, et que la lésion est bien d'ordre et d'essence chirurgicale.

Mais lorsque l'épilepsie se produit immédiatement après l'accident, ou, à plus forte raison, lorsqu'elle est concomitante, il faut y regarder quelquefois de près pour ne pas faire une grave erreur de diagnostic.

Ainsi en était-il de ce malade qui ne fit que passer dans nos salles, qu'on amena un matin avec une plaie de tête et en pleine crise, et pour lequel je discutai devant vous, le diagnostic et le traitement. On le trouvait étendu sur la voie publique, et on l'amenait à l'hôpital en pleine crise de convulsion.

Était-ce un épileptique tombé sur la tête? était-ce une fracture du crâne avec épilepsie? Nous aurions voulu quelques commémoratifs, quelques notions sur le passé du malade; nous aurions aimé à savoir les conditions de sa chute, mais nous n'avions aucun de ces renseignements; car le blessé était sans connaissance, et nous n'avions pour nous renseigner, que des agents qui, quelques minutes avant, venaient de le trouver étendu par terre sur le parvis; et ils ne savaient rien. Le malade était agité de convulsions cloniques, également développées des deux côtés; au côté droit de la tête, en arrière de l'oreille, il y avait une plaie sur le cuir chevelu, mais le crâne, au même niveau, ne présentait aucune déformation, pas d'inégalité, pas d'enfoncement. Par les orifices naturels, on ne voyait aucun écoulement sanguin.

Il n'y avait donc aucun signe de fracture du crâne; et la diffusion des convulsions ne comportait aucune localisation. Je pensai que notre malade n'était qu'un épileptique, tombé sur la tête, et je commandai l'expectation. J'avais raison: dans l'après-midi, il sortait de sa torpeur, et demandait de suite à quitter l'hôpital. Épileptique depuis l'enfance, il avait de fréquentes attaques et il avait l'habitude de ces visites rapides dans les hôpitaux voisins.

Pour que l'épilepsie immédiate ait une valeur symptomatique, il faut qu'entre elle et le traumatisme soient établis certains rapports de violence ou de succession qui ne laissent pas place au doute.

Nous venons cependant de voir une malade qui nous a, sous ce rapport beaucoup embarrassés.

Une femme de cinquante ans nous arrivait, il y a quelques jours, en état d'ivresse; on l'avait, elle aussi, trouvée sur la voie publique, avec une plaie du cuir chevelu, et l'odeur de son haleine et ses vomissements ne permettaient pas de douter de l'influence de l'alcoolisme sur les accidents actuels. La plaie crânienne était linéaire, une simple fente; l'ivresse se dissipa bientôt et rien ne faisait prévoir une complication quelconque.

Cependant, voici que dans la nuit la malade est prise d'une crise de convulsions violentes; elle perd connaissance, sa face bleuit, ses yeux s'injectent et des convulsions cloniques secouent sur son lit ses membres contracturés. La crise dure quelques secondes et la malade revient à son état primitif.

Au matin, nouvelle crise vers 5 heures; puis entre 6 heures et midi, les crises se succèdent à peu près toutes les heures.

Je la vois à midi, et, tout naturellement la question se posait: Pourquoi épilepsie? Y a-t-il lieu d'intervenir?

La malade avait toute sa connaissance et ne se rappelait pas avoir eu des accidents semblables. Actuellement elle était bien, ne présentait aucune paralysie, ne gardait aucune contracture. La plaie qu'elle avait au crâne était de peu d'importance; le crâne, à ce niveau était régulier, non déformé. Il n'y avait pas d'hémorragie ni par l'oreille ni par le nez.

Le traumatisme me paraissait bien minime, et la plaie bien insignifiante pour une manifestation si bruyante. Et ne voyant pas pour l'instant, de proportion entre la lésion et le symptôme, je remis au lendemain la décision à prendre.

Or, le lendemain, les choses étaient changées: la malade avait cessé d'avoir des convulsions, mais elle était prise d'un délire de parole et d'action, dont il était facile de reconnaître la nature: c'étaient des accidents d'intoxication alcoolique et probablement absinthique. La malade fut éliminée d'urgence vers Sainte-Anne.

Son histoire se reconstituait ainsi: alcoolisme, ivresse, chute et plaie de tête; et consécutivement des crises d'épilepsie alcoolique.

Ne voyant pas, ne comprenant pas la relation entre un trauma-

tisme minime et des convulsions bruyantes, j'ai différé mon diagnostic et ajourné le traitement. J'ai bien fait.

Il est donc certaines circonstances où des convulsions, même avec une plaie de la tête, relèvent d'une cause étrangère au traumatisme et ne sont pas justiciables de l'opération.

Ce sont des exceptions, mais la règle n'en reste pas moins formelle. Quand à la suite d'un traumatisme du crâne, surviennent des convulsions, c'est qu'il y a lésion traumatique du cerveau et il faut opérer.

S'il s'agit seulement d'une chute sur la tête, avec ou sans plaie, il y a fracture, et la fracture a probablement laissé un enfoncement. Cherchez à la surface du crâne, et si vous trouvez une inégalité, la lésion est là, c'est elle qu'il faut traiter.

Exemple : En 1897, je vois à Saint-Louis une petite fille de neuf ans, qui, jouant dans la rue, reçoit sur la tête un vase de fleurs que le vent fait tomber du cinquième. Elle perd connaissance, on l'amène à l'hôpital.

Du côté droit se produisent des contractions spasmodiques; du côté gauche, il y a paralysie motrice du bras, en même temps qu'anesthésie tactile.

Sur le crâne, je trouve en la région pariétale, à droite, une plaie contuse avec au-dessous un enfoncement de la voûte crânienne. J'opère de suite, je découvre le foyer de la fracture, j'enlève, avec des esquilles osseuses, quatre fragments détachés qui compriment la duremère intacte, et l'enfant guérit parfaitement.

La même conduite serait à tenir si, malgré des symptômes convulsifs, on ne constatait aucun enfoncement cliniquement appréciable. Une fracture incomplète, des esquilles détachées de la table interne, sont capables de causer, au même titre que l'enfoncement, la compression du cerveau, d'où résultent les convulsions. Et l'indication est formelle de trépaner, à moins d'indices de localisation spéciale, au foyer même du traumatisme et de la fracture supposée.

C'est le même principe qui m'a guidé, lorsque, après une plaie du crâne par balle de revolver, malgré que la balle fût superficielle, malgré que je ne sente rien de net à la surface du crâne, j'ai trépané pour cette seule raison qu'il y avait des convulsions généralisées.

Je ne saurais affirmer qu'avec une intervention plus tardive le blessé aurait succombé du fait seul de la compression, mais je suis sûr qu'il a largement bénéficié de l'opération immédiate qui a permis

de lever la compression. J'avais donc raison de considérer et de dire que l'opération était nécessaire.

### III

D'ailleurs dans les plaies du crâne par arme à feu, *l'intervention est toujours utile.*

Si, sur notre malade, une raison impérieuse, des convulsions généralisées ne m'avaient conduit à opérer, je serais tout de même intervenu parce que, pour moi, toute plaie du crâne par arme à feu commande l'opération.

Et ce n'est pas cependant pour enlever la balle, ce n'est pas pour la chercher que je préconise l'intervention. La découverte du corps étranger est presque toujours impossible : lorsque la balle pénètre dans le cerveau, elle y suit un trajet souvent compliqué qui dépiste nos investigations les plus minutieuses. Les expériences de Delbet et Dagron ont montré les ricochets que la balle peut faire sur la paroi adverse du crâne et qui la conduisent souvent dans une région très éloignée de celle où l'on croirait volontiers qu'elle réside.

Sans doute, aujourd'hui, la radiographie, surtout avec l'appareil si précis de Contremoulins, vous permet de définir le siège exact de la balle et de l'aborder avec une précision en quelque sorte mathématique. Mais au moment où une balle a perforé le crâne, l'heure n'est propice ni à ces déterminations difficiles, ni à ces recherches délicates et toujours sérieuses.

Il s'agit seulement de parer aux accidents les plus immédiats, à ceux qui emportent le plus souvent les blessés, aux accidents d'infection, à la méningo-encéphalite.

Au travers d'une plaie machonnée et contuse, l'infection favorisée par un épanchement sanguin, des corps étrangers, des cheveux introduits dans la plaie, des esquilles détachées du crâne, l'infection s'étend de l'extérieur vers le crâne, vers les méninges, et la méningo-encéphalite diffuse emporte en quelques jours les malades.

Contre l'infection réalisée, que pouvons-nous? Rien. La chirurgie échoue devant l'infection des méninges et du cerveau.

Mais alors, si nous ne pouvons la traiter installée, pourquoi ne pas chercher à la prévenir? et pourquoi ne pas faire au crâne ce que nous faisons pour une fracture compliquée d'un membre?

Désinfection immédiate de la plaie, ouverture large du foyer,

ablation des esquilles, des corps étrangers, recherche et ablation de la balle si on la trouve, telle est la pratique à suivre, à l'encontre de ceux qui, abstentionnistes quand même, vous diront que les blessés guérissent souvent tout seuls et qu'il vaut mieux ne rien faire.

Je ne partage pas leur avis, je me range résolument du côté de l'intervention, et toutes les fois que je me trouve en présence d'une plaie du crâne par arme à feu, je pratique et je vous conseille la ligne de conduite que voici :

Rasez généreusement la zone atteinte, et, dans un périmètre étendu, débarrassez-la de ses poils ; lavez la plaie à l'eau, au savon et au sublimé, et prenez de suite le bistouri ; gardez-vous du stylet. Il ne sert à rien : il pénétrera profondément, vous montrant que la plaie est pénétrante. A quoi bon ? Vous le verrez bien tout à l'heure quand vous aurez largement ouvert la plaie. Ou bien il s'arrête dans une anfractuosité de la plaie, et alors vous concluez à tort que la plaie n'est pas pénétrante.

Laissez donc le stylet et prenez le bistouri. Ouvrez par une incision deux fois linéaire, en croix, le foyer de la plaie de la balle ; nettoyez, chemin faisant, avec la compresse sèche la région, débarrassez-la de ses impuretés, excisez les parties contuses, et allez droit à l'os. S'il n'y a pas fracture, la balle est là, vous l'enlevez, et ce sera fini.

Mais il y a plus souvent fracture, l'orifice est circulaire ou déchiqueté. Enlevez les esquilles s'il y en a, agrandissez l'orifice osseux s'il est net et circulaire. Dans le fond, voici la dure-mère intacte ; regardez à droite et à gauche, cherchez la balle sous l'os et voyez s'il n'y a pas un vaisseau à lier ou à hémostasier par tamponnement.

Si, au contraire, la dure-mère est perforée, régularisez ses bords déchiquetés ; voyez prudemment si la balle est là tout proche, mais ne prolongez pas ces manœuvres ; ce n'est pas pour trouver la balle que vous intervenez, votre opération dans ses grandes lignes est déjà finie, et ne soyez pas désappointé si vous ne ramenez pas ce *corpus delicti*.

Vous opérez pour désinfecter et prévenir une infection dont les conséquences en cette région sont, quand elle se produit, particulièrement graves ; et quand d'étape en étape vous avez assuré cette désinfection jusqu'à la brèche du cerveau, vous avez fait assez. Laissez une mèche de gaze ou un drain dans la plaie, et le blessé cicatrisera docilement une plaie que vous avez placée dans les meilleures conditions possibles de guérison.

Un homme de vingt-cinq ans se tire, à 6 heures du soir, une balle dans la tempe droite, ceci se passait il y a quelques mois. Il ne perd pas connaissance et vient à pied à l'hôpital Saint-Antoine.

Par un orifice circulaire, situé au-devant et au-dessus de l'oreille, s'écoule du sang avec de la matière cérébrale réduite en bouillie.

Je vois le malade quelques heures après ; la région est rasée et désinfectée. J'agrandis la plaie, j'écarte les fibres perforées du temporal ; dans le muscle je trouve un fragment de la balle et je l'enlève. Je vais plus loin, plus profondément, et j'arrive à la perforation de l'os : le trou est régulier, circulaire. Je l'agrandis avec une couronne de trépan, et je vois la dure-mère ouverte ; par l'orifice de la méninge, la pulpe cérébrale contusionnée fait hernie. La balle n'est pas à la surface de la dure-mère ; elle n'est pas là, non plus, directement à la surface du cerveau. J'introduis prudemment une sonde cannelée dans le trajet intra-cérébral, elle s'enfoncé, glisse toute seule vers le corps du sphénoïde, mais ne rencontre point le corps étranger.

J'arrête là ces investigations ; je renonce à retirer la balle introuvable ; je désinfecte soigneusement la surface du cerveau, suture partiellement la méninge, place à sa surface une mèche de gaze et le blessé guérit conservant sa balle que la radiographie montra plus tard localisée dans le lobe gauche du cerveau, et en outre une paralysie oculaire par lésion nerveuse.

Ce blessé aurait-il guéri sans mon opération ? C'est possible. Mais vous me concéderez que l'opération, sans apporter par elle-même aucun élément sérieux de gravité, a augmenté dans une large proportion les chances de guérison.

Voilà, Messieurs, l'intervention de choix, toujours utile, jamais excessive, à appliquer aux plaies du crâne par arme à feu, et qui vous donnera souvent, sinon toujours, un résultat aussi favorable et aussi rapide que celui que j'ai obtenu sur le malade qui a fait le sujet de cet entretien.