y a fracture du crâne 113 fois sur 145. Dès qu'il y aura un doute quelconque, on se souviendra de l'innocuité du trépan. Cela vaudra mieux que d'être forcé, comme Southam, de s'attaquer à l'os après deux échecs de l'incision simple.

2° **Trépanation; incision de la dure-mère.** — Dans la trépanation proprement dite, c'est-à-dire dans la partie de l'intervention qui consiste à réséquer une étendue plus ou moins grande de la boîte cranienne, les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur la nécessité d'opérer largement. On agrandira l'ouverture sans crainte, de façon à ne laisser subsister, dans le squelette, aucun point enfoncé, hyperostosé ou suppurant; à bien voir partout la dure-mère libre, régulière, affranchie de toute compression.

Il n'y a pas longtemps encore, on en restait là, sauf exceptions rares, et même on était, en général, moins hardi, on ne réséquait pas volontiers des surfaces très vastes de la boîte osseuse.

On ne saurait contester que par ces opérations extra-méningées on ait obtenu d'assez nombreux succès : tous ceux de la période pré-antiseptique en sont là, et sur l'efficacité de la trépanation ainsi comprise, le mémoire d'Echeverria est convaincant; quant à la période moderne, les observations de même nature y sont encore fréquentes.

Mais, depuis quelques années, on a eu de plus en plus tendance à pousser plus loin l'intervention, à inciser la dure-mère pour explorer la surface cérébrale. En 1885, Demons a affirmé nettement cette indication pour les cas où il y avait des signes de localisation cérébrale; et cette pratique a été érigée presque en principe par Horsley, par Lucas-Championnière.

Il y a, d'abord, des circonstances dans lesquelles personne ne songera à respecter la dure-mère : si elle bombe, si elle est privée de battements, on soupçonnera une lésion sous-jacente, un kyste probablement, et on l'incisera sans discussion possible; si elle est elle-même

malade, épaissie, vascularisée, indurée, adhérente à l'os hyperostosé ou enfoncé, on la réséquera sans crainte.

Lorsque la dure-mère est normale, mais lorsqu'il existe une épilepsie jacksonienne à signal-symptôme évident, ou une paralysie bien localisée, le doute ne sera pas permis davantage, et tous les chirurgiens imiteront la pratique que Demons a préconisée après lui avoir dû un remarquable succès.

Mais si la dure-mère apparaît saine dans le champ opératoire, et si rien ne fait même soupçonner une lésion sous-jacente? Alors la question est discutable : la plupart du temps, cependant, il sera prudent d'inciser la dure-mère. C'est le seul moyen de ne pas méconnaître certaines productions kystiques que rien ne trahit à l'extérieur, d'évacuer certains reliquats d'épanchement sanguin; et comme, d'autre part, cette incision n'augmente pas la gravité de l'intervention, on conçoit que l'on ne doive pas, en principe, s'exposer à méconnaître une lésion profonde, contre laquelle on pourrait agir. Une observation de Schwartz illustre bien ce précepte, car les crises ont persisté après trépanation simple quoiqu'il y eût une exostose, tandis qu'après excision de la dure-mère on a noté la guérison, vérifiée au bout de deux ans et demi.

Il faut donc réserver la trépanation simple aux cas où l'on trouvera à l'extérieur de la dure-mère une lésion intense, que l'on pourra supprimer radicalement : un enfoncement prononcé par exemple, ou bien un kyste situé entre l'os et la dure-mère. Et encore pencherais-je volontiers vers l'incision, car plusieurs lésions peuvent être associées. La vraie indication à respecter l'intégrité de la dure-mère, c'est l'existence d'un foyer d'ostéite suppurée, sans symptômes faisant redouter un abcès cérébral. L'ouverture de l'arachnoïde peut alors devenir dangereuse, car on ne peut jamais être sûr de désinfecter d'une manière parfaite le champ opératoire, même si l'on résèque très largement tout l'os malade. En étudiant les troubles mentaux tardifs, nous trouve-

rons une observation de ce genre due à Cras, de Brest. Ces cas rentrent à certains égards dans la catégorie des accidents secondaires ou infectieux : je les mentionne pourtant ici parce qu'il s'agit de troubles avant tout cérébraux, à très longue échéance, et où les dégénérescences de la substance nerveuse jouent probablement un rôle. Ainsi j'ai communiqué en 1891, au Congrès de chirurgie, l'observation d'un homme atteint d'épilepsie traumatique consécutivement à une fracture avec plaie datant de neuf mois et restée fistuleuse. Chez ce malade, la trépanation large a permis de tarir toute suppuration, mais l'épilepsie a seulement été améliorée, et il a persisté quelques crises, rares il est vrai et peu intenses. Elles se bornaient à quelques spasmes de la mâchoire, avec perte de connaissance pendant trois à quatre minutes; il était exceptionnel que le bras participât aux secousses. Était-il indiqué d'opérer de nouveau, d'explorer l'écorce cérébrale? En l'absence de tout symptôme d'abcès, je ne l'ai pas cru, et d'ailleurs le malade, que j'ai revu, de temps en temps, jusqu'en octobre 1892 — après l'avoir opéré le 1er août 1890 — avait pu reprendre son métier de déménageur, et ne réclamait aucune nouvelle intervention.

Dans la littérature récente, j'ai trouvé une observation analogue de Pauchet, intéressante en ce que l'épilepsie, consécutive à un enfoncement avec plaie, apparaissait lorsque la fistule se bouchait.

3° **Interventions portant sur le cerveau.** — Après incision de la dure-mère, le cerveau apparaît, facile à explorer par la vue, le toucher, la ponction, l'incision. Deux cas sont alors à distinguer, selon qu'à première vue il paraît malade ou sain, c'est-à-dire qu'il existe ou non une lésion superficielle appréciable à l'œil nu.

Le cas le plus simple, au point de vue de la détermination opératoire, est incontestablement celui où on voit une lésion évidente. Cette lésion pourra d'ailleurs être assez variable : adhérences des méninges, ramollissement avec plus ou moins de congestion et d'encéphalite, cicatrice plus ou moins profonde et étendue, simple ou kystique, ou même d'aspect néoplasique.

La libération large des adhérences, en trépanant l'os sur toute l'étendue de la surface malade et en réséquant les méninges adhérentes jusqu'à ce qu'on arrive sur l'écorce en apparence saine, est une pratique sur laquelle il n'y a pas besoin d'insister : tous les chirurgiens, en pareille occurrence, y ont eu recours. La question est plus délicate à juger pour les foyers de ramollissement et pour les masses cicatricielles, kystiques ou non.

En règle générale, il est indiqué d'abraser à la curette les foyers de ramollissement cortical. Nous savons, sans doute, que Jones a obtenu un succès, difficile à expliquer, il est vrai, en recousant simplement la peau au-devant d'un ramollissement qu'il s'est borné à constater; nous savons aussi que, par l'excision à la curette, Jeannel n'a pu améliorer l'état de son opéré. Mais nous nous souviendrons de la guérison remarquable que Demons a due à l'ablation de la plaque malade, et, en rapprochant ce fait des excisions de cicatrices, des excisions d'écorce en apparence saine dont nous allons avoir à parler, nous croyons que l'extirpation du foyer morbide doit être entreprise.

La conduite à tenir en présence des reliquats de foyers hémorragiques signalés plus haut, des kystes hématiques ou séreux situés dans les méninges ou empiétant un peu sur la substance corticale elle-même, ne mérite pas de bien longs développements; évacuer les vieux caillots, drainer les cavités kystiques, quel que soit leur siège, est une besogne à laquelle ne faillira aucun chirurgien. Ce qui devient difficile, c'est de savoir s'il convient ensuite de respecter la substance nerveuse elle-même ou de porter le bistouri sur elle, car les observations ne sont pas rares où, après avoir triomphé d'une lésion superficielle et grossière, on croyait tenir le succès et où cependant, en raison de lésions cérébrales dégénératives sans doute, l'événement a démenti ces espérances.

Soit d'abord un malade chez lequel, quelles que soient les lésions rencontrées entre le cuir chevelu et la surface corticale, on voit dans le cerveau une cicatrice dégénérée, kystique, ou formant même une véritable tumeur. On s'est quelquefois contenté d'inciser et de drainer les poches kystiques, mais Horsley a soutenu qu'il fallait traiter ces cicatrices comme des néoplasmes et les extirper franchement, au bistouri. On pourrait objecter le danger inhérent à ces ablations, capables d'acquérir une grande étendue, et certes on ne saurait prétendre que leur gravité soit nulle ; mais elles ont été pratiquées avec succès dans d'assez nombreux cas pour que nous soyons en droit d'en faire la méthode de choix. Retenons seulement, pour le moment, l'innocuité relative de ces extirpations; c'est après avoir parlé des excisions de substance corticale en apparence saine que nous étudierons leur efficacité.

Un autre cas à considérer est celui où on voit dans la substance cérébrale une cicatrice simple, non kystique : l'exciser ne peut aboutir qu'à la remplacer par une autre cicatrice, et c'est pour cela que, dans le paragraphe précédent, à propos des paralysies persistantes, j'ai conclu en principe contre l'excision. Mais ici la question ne se pose pas tout à fait de même, car on peut espérer qu'une cicatrice non irritante remplacera une cicatrice irritante, et comme, dans ces conditions, il existe presque toujours en même temps des adhérences qu'on libère, on a de la sorte obtenu quelques bons résultats. Même dans ces cas on est donc autorisé à pousser l'intervention jusqu'au bout.

Jusqu'à présent, il ne s'est agi que des faits où, à travers l'orifice cranien, le cerveau apparaît franchement altéré. C'est pour ceux où il apparaît sain que le désaccord commence entre les divers opérateurs.

Quelques chirurgiens ont coutume, après avoir constaté par la vue et par le toucher l'intégrité apparente de l'écorce, de recoudre la dure-mère et le cuir chevelu sans aller plus loin. C'est ce que fait la plupart du

temps Lucas-Championniere, et ses observations prouvent que cela peut parfaitement suffire. Une d'entre elles, pourtant, est défavorable à cette manière d'agir : un kyste assez superficiel existait sous l'écorce. Le malade, opéré en état de mal, a succombé le soir même, et il est bien probable que l'évacuation du kyste n'eût rien changé à l'issue fatale ; mais l'observation prouve qu'une lésion justiciale de la chirurgie a été méconnue faute d'une exploration profonde par la ponction ou par l'incision du cerveau, et comme, d'autre part, les faits démontrent que cette exploration n'est en rien dangereuse, je crois qu'elle doit être entreprise.

Ces manœuvres sont les seules auxquelles on ait recours lorsqu'il s'agit d'une épilepsie généralisée. Mais lorsqu'il existe un signal-symptôme de quelque netteté, Horsley soutient qu'elles ne sont pas suffisantes. Dans l'écorce mise à nu, il conseille de chercher, par l'électrisation localisée, quel est le point dont l'excitation provoque les mouvements initiaux de la crise, et d'exciser le centre ainsi délimité. Il pense, en effet, que ce centre est le siège d'une irritation tout au moins fonctionnelle qui provoque les crises convulsives.

L'étude complète de ces faits viendra avec celle de l'épilepsie jacksonienne non traumatique, de son traitement, de ses relations possibles, probables même, avec certains traumas légers et méconnus : en effet il y a intérêt à ne pas scinder cette étude de l'excision des centres en deux chapitres, car dans les deux catégories les questions en suspens sont les mêmes : il s'agit de déterminer d'une part si les paralysies produites par ces excisions sont passagères ou permanentes et d'autre part si, en risquant ces paralysies, on obtient pour les crises convulsives des résultats meilleurs que par la simple mise à nu du cerveau. Si je signale ici ces interventions, c'est que, en théorie, elles s'accordent bien avec ce que j'ai dit sur les lésions histologiquement constatées à plusieurs reprises dans les écorces en apparence saines.

Résultats. — Il aurait même fallu développer complètement tout ce qui les concerne, si elles permettaient d'aboutir à des conclusions nettes ; malheureusement, pour porter un jugement de quelque valeur, les documents nous font défaut : que nous cherchions à connaître le résultat d'une statistique d'ensemble ou que nous cherchions à comparer entre elles les diverses interventions publiées, d'un côté comme de l'autre nous nous heurtons à des difficultés, et nous devons constater que toutes les méthodes ont réussi, que toutes ont échoué, sans que nous puissions donner de proportion, sans que même nous puissions toujours connaître les causes du succès ou de l'échec.

Sans doute, il y a des observations qui plaident en faveur de la méthode de Horsley, c'est-à-dire de l'extirpation des centres, et Nancrède, Hochenegg ont guéri de la sorte des malades chez lesquels la trépanation simple avait été inefficace. Mais si la démonstration est parfaite, ou à peu près, pour l'observation d'Hochenegg, publiée au bout de près de deux ans, on n'en saurait dire autant pour celle de Nancrède, publiée quelques jours après la guérison opératoire.

Mais la méthode de Horsley a, de son côté, fourni quelques résultats nuls; sans parler des décès, qui ne semblent pas y être plus fréquents, du moins autant qu'on en puisse juger d'après les faits publiés. Et au total il serait imprudent de poser actuellement une conclusion ferme. Qui songera à s'en étonner, en voyant Demons et Jones obtenir chacun un succès, l'un en excisant un foyer ramolli, l'autre en se bornant à l'exposer à l'air et à le contempler? En voyant que la guérison suit des interventions où l'on a conscience de n'avoir détruit aucune lésion apparente, et que l'on n'arrive à rien, au contraire, dans certains cas où l'on avait rencontré une lésion que l'on croyait curable? J'ai cité plus haut, par exemple, une observation de Girard : en voici une autre, où A. Miles n'obtint aucun résultat après avoir évacué un kyste situé entre la dure-mère et

le cerveau et c'est pour cela que, malgré l'évidence de la lésion trouvée, je n'attribue pas grande importance aux cas, comme celui assez récent de van Gehuchten, où l'observation est publiée au bout de cinq semaines.

La cause de ces déboires doit évidemment être cherchée dans les lésions cérébrales dégénératives que l'on peut constater anatomiquement comme dans le cas de Girard, que l'on peut prévoir cliniquement chez les malades atteints de paralysies avec atrophies et contractures, mais qui parfois échappent à toutes nos investigations. On ne saurait toutefois conclure qu'on doive s'abstenir lorsque existe la contracture : on a vu guérir des sujets dans ces conditions et d'autres rester épileptiques alors que le pronostic avait semblé favorable à cet égard. On ne peut pas davantage prendre comme critérium la modalité précise des attaques : on penserait volontiers que l'issue serait meilleure pour l'épilepsie franchement jacksonienne, que pour l'épilepsie généralisée, mais si l'on si reporte aux observations, l'on se convaincra qu'il n'en est rien.

Il est donc impossible de porter un pronostic établi scientifiquement sur l'étude clinique et anatomo-pathologique ; il est même impossible de se faire une idée sur le pronostic général, d'après les statistiques d'ensemble.

Certes, à en croire Echeverria, on pourrait concevoir de hautes espérances : 145 cas avec 93 guérisons, 18 améliorations, 5 résultats nuls, 1 aggravation, 28 morts, voilà de quoi encourager les plus pessimistes, puisque aujourd'hui la colonne des morts doit, grâce à l'antisepsie, fournir un total infime.

Cette diminution de la mortalité a bien eu lieu, et par exemple Hayes Agnew, publiant, en 1891, le relevé des opérations pratiquées par les chirurgiens de Philadelphie, ne compte que 4 décès sur 57 cas. Mais les résultats thérapeutiques n'ont pas suivi la même progression, et, bien au contraire, il paraît évident qu'Echeverria les a considérablement embellis. De même, et plus encore, Chipault, quand il croit que l'épilepsie traumatique,

généralisée de l'enfance cède, dans la proportion de 5 sur 6, à la décompression par trépanation.

C'est qu'avant de déclarer un malade guéri, il faut le suivre pendant des mois; c'est qu'en outre, il faut examiner attentivement ce que deviennent les divers symptômes dont il souffre, épilepsie, paralysie, céphalalgie, troubles mentaux : autant de points souvent omis dans des observations publiées trop hâtivement.

D'abord, pour se rendre compte de ce que sont les résultats immédiats, on ne saurait établir par un relevé arithmétique quel est le taux de la mortalité, et par exemple on n'est pas en droit de tabler sur les chiffres donnés par H. Agnew (4 sur 57) pour les divers chirurgiens de Philadelphie : en Amérique comme en France, il est bien probable qu'il ne suffit pas à des chirurgiens d'habiter la même ville pour être d'une valeur égale. Ce qui nous importe plus, c'est le relevé intégral d'un chirurgien antiseptique comme Lucas-Championnière, et cela nous permet de conclure que l'opération, bien conduite, est réellement bénigne. L'observation publiée par Duflocq et Martin Durr nous fait sans doute constater un décès quelques heures après l'opération : mais il est à remarquer que, comme dans un cas de Gros, l'intervention a été entreprise pendant des crises graves et subintrantes, sur un sujet en état de mal. Il est tout naturel que le résultat immédiat soit alors des plus douteux, mais ce n'est pas un motif pour s'abstenir, car dans un cas de ce genre Williamson et Jones ont obtenu un succès.

Il n'est pas rare que, dans les premiers jours après la trépanation, l'épilepsie soit aggravée ou tout au moins reste stationnaire; mais la règle est que bientôt survienne une amélioration réelle : les crises deviennent moins intenses, moins fréquentes, cessent même complètement.

Ce n'est pas à dire, cependant, que les malades soient guéris, et il est très regrettable qu'un grand nombre d'observations, la plupart même, soient publiées quel-

ques semaines, quelques mois au plus après l'intervention. Or, si l'on suit les patients pendant un temps suffisant, on ne tarde pas à s'apercevoir que, le plus souvent, les accidents reparaissent. Ils sont atténués, sans doute, dans bien des cas, et cela reste encourageant. Mais si, pour parler de guérison, on exige la cessation complète des symptômes, on apprend vite combien on doit porter un pronostic réservé : parmi les malades observés pendant longtemps, Hayes Agnew trouve 4 guérisons, 32 améliorations, 9 résultats nuls; et sur 98 cas suivis pendant un an, le relevé de Delvoie contient seulement 8 guérisons persistantes. Pour ma part, je n'ai obtenu que des améliorations, avec reprise des accidents, atténués, au bout d'une période de calme. Dans quelques cas, au contraire, l'amélioration est progressive, et j'ai publié l'histoire d'un homme chez lequel je croyais, lorsqu'il quitta l'hôpital pour être dirigé sur un asile d'aliénés, que le résultat était nul, si même il n'y avait eu aggravation des accidents convulsifs et mentaux. Or peu à peu les symptômes se sont amendés et au bout d'un an le résultat, sans être parfait, était satisfaisant.

Chez ce malade, comme chez beaucoup d'autres, on attribuera peut-être une bonne part du succès au traitement bromuré suivi avec régularité. Son influence est incontestable, et il serait déraisonnable soit d'opérer un sujet chez lequel on n'aurait pas essayé avec persévérance le traitement médical, soit de ne pas soumettre le malade pendant des mois et des années à ce traitement après l'opération. Mais dans bien des cas la trépanation a réussi alors que le bromure avait échoué, ou bien elle a permis au bromure, inefficace jusque-là, de modérer une épilepsie grave.

Malgré les réserves que nous impose l'examen impartial des faits, la conclusion n'est donc point que nous devions nous décourager. C'est quelque chose, que d'améliorer les troubles mentaux, la céphalalgie, les paralysies ou plusieurs de ces symptômes à la fois dans les cas complexes; que de transformer des attaques de

grand mal en attaque de petit mal; que d'espacer les crises. Entre les résultats parfaits, rares, et les résultats nuls existe toute la série graduée des améliorations, dont nous ne sommes pas en droit de faire fi, pour une maladie par elle-même incurable. On peut objecter sans doute que, si elle est incurable, elle est cependant susceptible de rémissions spontanées quelquefois complètes et fort prolongées; mais ce serait déjà quelque chose si le trépan n'avait pour effet que de provoquer ces rémissions. L'argument donc est de nulle valeur pour l'opposer à l'intervention, mais A. Poncet (de Lyon) a eu parfaitement raison de déclarer qu'il fallait en tenir compte avant de parler de guérison.

Quelquefois, lorsque les accidents ont récidivé, le chirurgien a opéré de nouveau, et on a parfois obtenu ainsi des améliorations successives.

Il faut remarquer, en terminant, que les résultats nuls sont d'ordinaire l'apanage des cas anciens, où l'on a laissé aux lésions dégénératives le temps de prendre une importance trop grande. L'échec est prévu quand la contracture s'est ajoutée à la paralysie : et cependant on fait bien d'opérer car quelquefois la théorie reçoit un heureux démenti. On doit donc opérer, même dans les cas les plus défavorables; mais même dans les cas les plus favorables on fera entrevoir la probabilité, et non la certitude, d'une amélioration, et non de la guérison.

Quel est le mode d'action de nos interventions? nous nous en rendons compte, jusqu'à un certain point, quand nous trouvons et supprimons une lésion telle qu'un kyste. Mais quand nous nous bornons à inciser la dure-mère, ou même à enlever une rondelle d'os? Alors l'interprétation est obscure : tout comme elle l'est — et plus encore — lorsque nous voyons la libération simple de la cicatrice du cuir chevelu amener une rémission dans des cas où une exostose (Southam) ou même un abcès (Ledderhose) ont ultérieurement nécessité la trépanation.

Je n'exposerai pas longuement les théories mises en avant, les idées de Pierret sur le rôle des hyperostoses

craniennes pour supprimer des anastomoses veineuses intra- et extra-craniennes; celles de Jaboulay sur l'hyperhémie cérébrale réactionnelle due à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, sur l'influence réflexe de la plaie des parties molles, sur le rôle des cicatrices filtrantes; celles de Lucas-Championnière sur la décompression cérébrale. Le mieux est de conclure, avec Terrier, qu'au total nous ne savons pas grand'chose.

Il y a des cas, cependant, où la compression directe semble provoquer les accidents. C'est la seule explication possible pour les cas où des symptômes paralytiques concomitants ont été améliorés ou même supprimés sitôt le malade sorti du sommeil chloroformique. Très souvent il n'y a pas une semblable action immédiate, même quand on libère le cerveau d'une compression localisée et évidente, mais lorsque cette action existe, le fait est probant.

Ces discussions théoriques conduisent à des déductions pratiques intéressantes, car on conçoit que les partisans de la doctrine de la compression soient en principe opposés à la réimplantation des rondelles et aux divers procédés de craniectomie temporaire. D'une manière générale, d'ailleurs, et abstraction faite de toute théorie, ces méthodes ont été rarement employées dans ces conditions. Elles ont cependant donné quelques succès; même je citerai l'observation intéressante où Kehr a conjuré par l'application d'un lambeau ostéoplastique des accidents cérébraux causés par une brèche consécutive à une ancienne trépanation pour fracture.

4° **Folie traumatique.** — On a su de tout temps que les violences agissant sur le crâne pouvaient avoir une grande influence sur le fonctionnement du cerveau, dans un sens ou dans l'autre. On a cité, depuis Hippocrate, bon nombre de sujets qui auraient dû leur développement intellectuel remarquable à une ancienne fracture du crâne. Malheureusement, dit Christian, « de nos jours les choses ne se passent plus ainsi » et les traumatismes du crâne ont coutume de créer des malades, des idiots,

des épileptiques, des déments. Tous les médecins aliénistes insistent sur la fréquence de l'étiologie traumatique de la folie.

Quel est le mode d'action du trauma? Nous ne le savons pas au juste. Pour les paralytiques généraux, le premier rôle continue à revenir à la syphilis. Pour les autres aliénés, Kraft-Ebing soutient qu'il est nécessaire que le sujet soit un prédisposé, un dégénéré. Mais, quelle que soit l'interprétation, nous pouvons retenir deux faits :

1° Il y a des sujets qui deviennent fous à la suite d'un trauma cranio-cérébral.

2° Parmi eux, il en est qu'on améliore ou même qu'on guérit, en sorte qu'on est en droit de conclure à l'origine traumatique du mal.

Il vaudrait mieux, d'ailleurs, parler de troubles cérébraux diffus, de troubles mentaux que de « folie traumatique », car il y a association, en proportions variables, de vertiges, d'amnésie, de débilité intellectuelle, de folie enfin, et il est à noter que presque toujours l'épilepsie se joint à tout cela. D'autre part, il importe de bien dire, avec tous les aliénistes, qu'il n'y a pas une forme clinique de folie traumatique : toutes les formes peuvent reconnaître cette origine.

Lorsqu'il y a en même temps des accidents épileptiques, les règles sur le lieu d'application du trépan et sur le manuel opératoire sont celles que je viens d'exposer plus haut. Mais si les cas de ce genre sont les plus nombreux, ils ne sont pas les seuls; les troubles mentaux peuvent même exister à l'exclusion de tout symptôme convulsif.

Dans ces conditions, on se comportera comme pour l'épilepsie généralisée; on trépanera sur le point où a porté le trauma, point déterminé soit par une cicatrice, soit par l'anamnèse ; ou bien, comme Poncet, on trépanera sur un point douloureux à la pression.

Pour les lésions anatomiques, pour la nécessité d'inciser la dure-mère, pour l'indication de ne pas réimplanter les rondelles, rien à ajouter à ce qui a été dit à propos de l'épilepsie traumatique.

Les résultats sont encourageants, mais on ne doit pas se dissimuler leur fréquente médiocrité. Il y a des guérisons, et des améliorations notables, mais aussi de nombreux résultats nuls, soit immédiatement, soit après une période d'amélioration passagère. Tout comme pour l'épilepsie, nous devons donc tenir en suspicion les succès, complets ou partiels, publiés peu de temps après l'opération. De même, enfin, nous sommes impuissants à prévoir le résultat d'après les lésions rencontrées ou d'après l'ancienneté des accidents.

Nous ne pouvons pas non plus faire entrer en ligne de compte la forme clinique des troubles mentaux observés. Nous devons cependant savoir que les chances de succès deviennent bien faibles chez les sujets où l'hérédité vésanique vient compliquer l'action traumatique; on tentera cependant l'opération, puisqu'elle est bénigne, tandis que la maladie abandonnée à elle-même est incurable.

Qu'on ne promette donc pas monts et merveilles au malade, à sa famille, la prudence la plus élémentaire en fait une loi; mais qu'on ne se laisse pas décourager par des échecs malheureusement fréquents. La vraie formule a été donnée par Christian : « Même quand l'affection cérébrale a terminé son évolution, a abouti à la folie, quelle qu'en soit la forme symptomatique, même alors je crois qu'il y a lieu d'examiner et de peser mûrement les chances d'une opération; et, si minimes qu'elles puissent être, j'estime qu'on peut et qu'on doit y recourir ».

5° **Hystéro-traumatisme et neurasthénie traumatique.** — C'est à côté de la folie traumatique que Jaboulay et son élève Masson rangent ces accidents, qu'ils attribuent à des lésions cérébrales matérielles mais inconnues, et non, comme il est encore classique de le faire, à une névrose *sine materia*. Nous n'insisterons pas sur ce côté doctrinal de la question, et sur ces faits actuellement trop rares encore pour permettre une appréciation solide; je me contenterai de rappeler des obser-

vations rapportées à la neurasthénie traumatique par Jaboulay, à l'hystéro-traumatisme par Hulke, par Jaboulay, tout récemment par Frank R. Fry (de Philadelphie).

*
* *

Si nous voulons résumer, dans son ensemble, l'étude des « accidents tertiaires » que nous venons de passer en revue, nous voyons entre eux et les abcès tardifs des différences notables. On ne se trouve plus en présence de ces phénomènes fébriles, dont la recrudescence va de pair avec celle des symptômes de pression intra-cranienne exagérée, tandis que sur le tout se greffent des accès convulsifs avec plus ou moins d'aphasie ou de coma. Le blessé devient plus nettement un paralytique, un aphasique, un imbécile, un fou, un épileptique enfin. Le trépan est capable de mettre fin à tous ces symptômes, mais il ne faut pas trop compter sur son efficacité parfaite. Souvent le résultat sera partiel, nul même parfois, et nous en concluons nettement à l'indication, déjà formulée dans l'étude des accidents primitifs, de ne pas laisser persister, sur la foi d'une innocuité hypothétique, les compressions cérébrales sans plaie, par épanchement sanguin et surtout par enfoncement osseux. L'expectation peut donner de bons résultats immédiats, mais elle menace l'avenir; tandis que l'intervention immédiate, qui n'offre aucun danger par elle-même, met presque toujours le blessé à l'abri de ces menaces futures. De même, c'est avant que la suppuration s'y soit installée, qu'il faut désinfecter une fracture du crâne avec plaie, car lorsque l'abcès cérébral est constitué, notre action devient trop souvent médiocre. Et l'on arrive ainsi, au nom des accidents cérébraux secondaires ou tertiaires, à réhabiliter jusqu'à un certain point le trépan préventif des anciens, dans un sens différent il est vrai, car l'indication nous en est fournie surtout par les enfoncements, avec ou sans plaie, même lorsqu'ils ne s'accompagnent pas de troubles cérébraux immédiats.

CHAPITRE II

LES COMPLICATIONS INTRA-CRANIENNES DES OTITES MOYENNES SUPPURÉES

Un premier point tout à fait important à retenir, avant d'entrer dans le détail de chaque lésion en particulier, est que le traitement des complications intra-craniennes des otites, quelle que soit leur modalité, doit avant tout être préventif : les abcès cérébraux, méningites, phlébites, sont fréquents lorsqu'on laisse évoluer, devenir chronique, une suppuration de la caisse et de l'apophyse, avec ou sans fistule mastoïdienne; ils sont rares, au contraire, si, par les moyens chirurgicaux appropriés, on arrête l'infection dès le début. Ces proportions sont, sans doute, difficiles à fixer par des chiffres, mais après avoir opéré un nombre considérable de mastoïdites aiguës ou chroniques, je suis en droit d'affirmer que la méningite post-opératoire, exceptionnelle, ne s'observe que dans les cas où les délabrements osseux sont extraordinairement graves; d'autre part, il est fort exceptionnel aussi que le malade soit emporté plusieurs mois après l'intervention, par une infection méningo-encéphalique que la chirurgie a été impuissante à prévenir. Par contre, on ne compte plus les sujets qui succombent à des complications intra-craniennes antérieures à l'opération.

Je ne veux pas insister aujourd'hui sur ces faits, que j'ai étudiés en détail en 1895 dans le livre que j'ai fait paraître, avec mon ami Lubet-Barbon, sur les suppura-