RD663
D43

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CHIRURGIE DU CERVEAU

BASÉE SUR LA

CONNAISSANCE DES LOCALISATIONS

AVANT-PROPOS

Jusqu'à la dernière partie de ce siècle, les affections du cerveau étaient revendiquées par la médecine ; le chirurgien pouvait porter son instrument sur l'enveloppe crânienne, panser une plaie ou régulariser une fracture, mais là s'arrêtait son domaine. Deux grandes découvertes modernes viennent de faire entrer une partie de ces affections dans une phase chirurgicale, si nous osons dire, et légitimer une intervention hardie peut-être, mais qu'autrefois on eût taxé de folie. D'une part, une étude plus approfondie des fonctions du cerveau, résultat d'expériences physiologiques et de constatations anatomo-pathologiques, a permis d'attribuer à chaque portion de cet organe des fonctions différentes, et de conclure, par l'examen d'un trouble fonctionnel quelconque, à la lésion d'un point bien limité de sa surface ou des masses profondes. Keen, de Philadelphie, fait une ingénieuse comparaison entre la cavité abdominale et la cavité crânienne ; de même que l'abdomen est une réunion d'organes différents, dont les lésions peuvent être reconnues, par des troubles variables, et en rapport avec leurs

diverses fonctions ; de même, dit-il, le cerveau peut être assimilé à un agrégat d'organes ayant chacun sa mission particulière, et manifestant sa souffrance par des phénomènes spéciaux. Dès lors, le diagnostic peut s'appuyer sur des bases précises et autoriser la recherche de la lésion. Mais de même qu'il était mortel de toucher au péritoine, on se souciait peu d'ouvrir la séreuse arachnoïdienne ; et la connaissance des localisations n'eût servi qu'à encourager des opérations néfastes si l'antisepsie n'eût montré que là comme au péritoine, l'intervention était légitime. Les expériences physiologiques ont montré la tolérance du cerveau, et les chirurgiens américains dont nous reconnaissons la compétence en fait de trépanation, affirment, statistiques en main, que cette opération donne une mortalité moindre que l'ablation d'un doigt ou d'un métacarpien.

En effet, s'il n'y a eu aucune faute opératoire, et aucune infraction aux lois de l'antisepsie, on a une mortalité minime, qu'il faut bien se garder de confondre avec celle qui résulte de la gravité de la lésion en elle-même.

La trépanation a été employée pour des motifs différents. Exclusivement *chirurgicale* au début, suivant l'expression du Dr Ballet, dans une leçon inédite, elle se bornait à combattre les traumatismes apparents du crâne, à corriger les enfoncements osseux, ou enlever les esquilles, et à mettre la plaie dans de meilleures conditions de guérison. Plus tard, lorsque le diagnostic fut guidé par un autre ordre de symptômes, par l'étude des phénomènes à distance et leur relation avec une lésion bien indiquée par la connaissance des localisations, la trépanation devint *médico-chirurgicale*, exigeant l'habileté du chirurgien et les connaissances du neurologiste.

Dans un troisième stade, on fit la trépanation dans des affections purement médicales. Guidés par cette hypothèse, que les accidents convulsifs de l'épilepsie pouvaient être causés par une souffrance du cerveau dans un crâne asymétrique ou trop étroit, ou par une abondance trop considérable de liquide céphalo-rachidien, et suivant en cela l'exemple des anciens, les médecins se décidèrent à faire l'ablation d'une rondelle crânienne pour enlever une cause possible de gêne et de compression. La trépanation était devenue *médicale*. Il ne s'agissait

plus là, en effet, de relever une paroi enfoncée, et on était bien certain de ne pas rencontrer une lésion matérielle localisée ; l'intervention ne fut pas moins heureuse. Si on la discute encore, on ne peut nier les nombreuses améliorations qu'elle a produites.

Nous laisserons de côté cette catégorie de trépanation, elle n'exige aucune connaissance spéciale, et le choix du point d'application de l'instrument est de peu d'importance.

Nous ne nous occuperons pas davantage de la trépanation purement chirurgicale, connue depuis longtemps, et toujours discutée ; c'est d'ailleurs une intervention crânienne et non cérébrale.

Nous étudierons, au contraire, la lésion qui se manifeste par un trouble dans la fonction de l'organe, et des symptômes à distance, indiquant, soit une exagération, soit une perversion, soit une abolition de cette fonction. En un mot nous examinerons les symptômes des localisations. Ces symptômes peuvent être produits par des lésions de nature diverse : tumeurs, abcès, épanchements, exostoses, cicatrices, plaques de pachyméningite, etc., nous ne les étudierons qu'à titre général, et comme pouvant être cause, indépendamment de leur nature, de phénomènes de compression sur les régions des centres. Le mode d'action de ces tumeurs, s'il m'est permis d'employer ce mot dans son sens le plus étendu, ne nous occupera guère, qu'il s'agisse en effet d'irritation simple, ou de destruction de la substance voisine, la *réaction* symptomatique sera la même, à quelque nuance près. L'intervention étant le but proposé, nous laisserons de côté l'étude des parties inaccessibles, base ou parties centrales ; les faces latérales des hémisphères cérébraux pouvant seules être atteintes avec sécurité.

Nous suivrons dans cet ouvrage la division suivante :

D'abord, après l'*Historique* de la question, une courte notice sur la *topographie cérébrale*, et l'arrangement des circonvolutions.

Nous résumerons ensuite l'état actuel de la question des *localisations cérébrales*, question encore vivement débattue, mais acceptée dans le sens de l'affirmative par la majorité des auteurs.

Dans un quatrième chapitre nous décrirons les *symptômes* fournis par la compression cérébrale, quelle que soit la nature de la lésion qui la produise, et quel que soit le point où elle s'exerce.

Nous essaierons plus loin de *différencier* ces différentes lésions, qui réclament une intervention spéciale; autant que possible nous établirons leur siège exact.

Une question d'anatomie chirurgicale se pose ensuite? Quels sont les rapports de l'enveloppe et du contenu, du crâne et du cerveau? une lésion étant diagnostiquée dans un point du cortex, quel est l'endroit précis où doit s'appliquer le trépan pour la découvrir? De nombreuses méthodes de *cranio-topographie* ont la prétention de résoudre la question. Nous en examinerons quelques-unes.

Le *manuel opératoire* sera l'objet de toute notre attention, nous ne pourrons mieux faire que d'indiquer la pratique des maîtres les plus éminents.

Nous terminerons par un recueil d'observations puisées pour la plupart dans la littérature étrangère; nous aurons la satisfaction d'en ajouter plusieurs inédites.

Avant de commencer cette étude, nous voulons remercier nos maîtres, dans les hôpitaux, de ce qu'ils nous ont appris et de la bienveillance qu'ils nous ont marquée :

M. le professeur Duplay, dont nous avons été l'externe et qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

M. le Dr Roques, notre premier maître, dans l'internat ; M. le Dr Péan, dont nous avons pu apprécier l'habileté chirurgicale, et que nous ne saurions trop remercier, de l'initiative qu'il a bien voulu nous laisser dans son service ; M. le Dr Letulle, qui nous a fait profiter de son activité scientifique et de ses sages conseils, dans des circonstances que nous ne pouvons oublier.

Nous prions nos autres maîtres, dans les hôpitaux, MM. les Drs Peyrot, Brun, Prengrueber, Picqué, Nélaton, de recevoir le témoignage de notre profonde gratitude. Qu'il nous soit également permis d'évoquer la mémoire de notre premier maître, le

regretté professeur Vulpian, dont la science était bien connue de tous, mais dont nous avons pu tout particulièrement apprécier la bonté.

Une large part de nos meilleurs souvenirs sera réservée à nos premiers maîtres, de l'École de Limoges, qui nous ont appris l'amour de la médecine.