nettement élucidée. Nous avons eu l'occasion d'observer, à la suite de trépanations faites avec tout le soin désirable, par des maîtres de l'antisepsie, un dénouement fatal dans les trois ou quatre heures qui suivent l'opération, sans qu'aucune constatation anatomo-pathologique ait pu à l'autopsie en donner l'explication. Ne pourrait-on incriminer la longue durée de l'opération, et l'action prolongée du chloroforme? Nous nous bornons à poser la question sans la résoudre.

---

# OBSERVATIONS

## I. — **Hémorrhagies intra-crâniennes.**

Obs. 1. — *Hémorrhagie méningée. — Paralysies localisées. — État général grave. — Trépanation. — Guérison.* — Thornley Stoker. *British med. Journal,* 7 avril 1888.

Cas d'un homme de 50 ans, admis à l'hôpital de Richmond, 4 jours après une chute de voiture qui l'avait laissé insensible. Lorsqu'il fut possible de l'examiner, il était dans un état de stupeur complète, avec monoplégie brachiale gauche, et paralysie partielle du facial du même côté. A la jambe gauche, la motilité était aussi affaiblie. Pas de paralysie de la sensibilité. Les pupilles étaient égales et réagissaient bien. Une contusion simulant une fracture déprimée, existait sur le cuir chevelu, au niveau de la partie la plus élevée du sillon de Rolando. Pas de renseignements précis, et par conséquent, impossibilité de savoir s'il s'agissait d'une apoplexie ou d'une compression cérebrale résultant d'une déchirure de la méningée. Cette incertitude fit retarder l'intervention. Le 9e jour, le malade allait plus mal et paraissait mourant.

Il avait une hémiplégie gauche complète et se trouvait dans le coma. La déglutition était très défectueuse, la respiration stertoreuse, avec 12 à 15 inspirations à la minute..

On conclut qu'il s'agissait probablement d'une hémorrhagie entre l'os et a dure-mère, provenant d'une lacération de la méningée moyenne, avec ou sans fracture. Quoiqu'il n'eût eu, autant qu'on peut l'affirmer, aucun retour à la connaissance entre l'accident et l'apparition des premiers symptômes, et en l'absence de cet intervalle si caractéristique sans signe de compression, on peut supposer, par l'état de la main dont les lésions n'ont pas toujours eu le même degré, qu'il s'agit d'une déchirure ou d'une compression apoplectique. L'étude de ce cas, démontre qu'il y a une hémorrhagie de la région motrice du côté droit, entre l'os et la dure-mère, hémorrhagie due vraisemblablement à une lésion de la méningée moyenne, ou d'une de ses branches, avec ou sans fracture. Il y a eu, en effet, d'abord une paralysie partielle, puis une hémiplégie progressive et complète, due à une nouvelle hémorrha-

gie, ou simplement à une cessation subite des fonctions du cerveau, comme on l'a observé quelquefois, sans qu'une nouvelle pression mécanique soit survenue.

L'existence d'une contusion du cuir chevelu, à la partie supérieure, et un peu postérieure de l'aire motrice, a moins d'importance pour déterminer le siège de la compression, que les paralysies du côté opposé, qui montrent clairement une action compressive, sur la plus grande partie de l'aire motrice, comprenant les centres du membre supérieur, de la face, de la langue, et du membre inférieur.

Pour assurer que la compression était corticale et non le résultat d'une apoplexie, on se basait sur l'absence de troubles sensitifs, si bien décrite par Ferrier.

En effet, la règle posée par ce dernier auteur, dit que les lésions corticales de l'aire motrice, ne donnent lieu à aucune espèce d'anesthésie. Toutes les fois que l'on trouve de l'anesthésie unie à la paralysie motrice, la lésion n'est pas limitée au cortex ou à la région motrice, mais comprend aussi, soit au point de vue fonctionnel, soit anatomiquement, les faisceaux sensitifs de la capsule interne, ou les centres auxquels ils se distribuent.

La nature corticale est plutôt démontrée par l'existence au début d'une monoplégie brachiale, qui s'est progressivement transformée en hémiplégie complète. S'appuyant sur ce raisonnement et sur le dénouement qui paraissait fatal, sans l'intervention, on résolut de trépaner.

L'opération fut pratiquée le 20 juin, 9 jours après l'accident. Le coma étant complet, on n'eut pas recours à l'anesthésie. Le traumatisme au niveau de la ligne rolandique fut pris comme siège de l'opération, parce qu'il était possible qu'il y eût une fracture.

Un trépan de 26 millim. de diamètre fut appliqué, et après l'ablation de la rondelle osseuse, on découvrit sur le bord postéro-inférieur de l'ouverture, un caillot sanguin très évident.

Une deuxième couronne fut appliquée au-dessous de la première, et donna une ouverture ovale de 52 millim. qui rendit facile l'accès du caillot. Au centre, le caillot était si épais, que la dure-mère était distante du crâne de 40 millim.

Avant qu'il fût enlevé de la table de l'opération, le patient pouvait remuer son bras et sa jambe gauche avec une grande liberté; il demanda un verre d'eau qu'il but facilement. La guérison suivit sans accident. Le soir du même jour, la paralysie et les symptômes cérébraux avaient disparu. Le malade resta en observation jusqu'au 29 septembre, puis il partit.

Réflexions. — Cette observation est intéressante par la précision du diagnostic, basé sur la progression des paralysies ;



elle démontre de plus qu'il n'est jamais trop tard pour opérer, car alors que l'état paraissait désespéré, on a pu sauver le malade.

Nous ferons remarquer de plus. que la loi de Ferrier, énoncée au cours de l'observation, n'est pas. acceptée de tous les auteurs.

Obs. 2. — *Hémorrhagie méningée. — Paralysies et convulsions partielles. — Aphasie. — Trépanation. — Guérison.* — Edmond Owen. *British med. J.*, 13 oct. 1888.

8 mai. W. Mac C..., un grand garçon de 9 ans, fut apporté à l'hôpital Ste-Marie, étourdi par une chute de voiture. Il avait des vomissements abondants et fuyait la lumière ; quand on l'interrogeait, il répondait seulement : « Allez-vous-en ». Pupilles égales et réagissant bien. On ne peut trouver de fracture du crâne. Les mouvements des membres sont normaux, assoupissement profond. Le lendemain, il répond parfois aux questions, mais il est agité, grognon, et se jette à bas du lit. Température, 101° Farhenheit.

Le 10. Même état. La peau est chaude et sèche, on administre de petites doses répétées de calomel, qui semblent produire un bon effet. Le lendemain, l'agitation a disparu, il comprend les questions qu'on lui pose, sans cependant répondre à toutes. Temp. 101°,2 F.

Le 13. Pas d'amélioration notable ; on observe des convulsions pour la première fois. La 3e attaque qui eut lieu à 7 heures dura une 1/2 heure ; le facial droit et les muscles sus-hyoïdiens se contractaient d'une manière énergique. A 8 h. 30, il y eut une attaque semblable, mais cette fois les yeux ainsi que la bouche étaient déviés à droite ; le poing droit était fortemen fermé, et la langue s'agitait d'avant en arrière. Dans la journée, il y eut 9 attaques. Après la dernière, les muscles faciaux droits et le poignet semblaient épuisés, aussi se servait-il plus souvent du bras gauche.

Le malade ne trouvait pas de mots pour répondre aux questions qu'il semblait cependant parfaitement comprendre ; la sensibilité était partout intacte. Température matin 100°,8 F.

Le 14. Température normale, et pouls à 72, quelques petites attaques dans la journée et beaucoup plus dans la nuit. A ajouter aux muscles déjà atteints, le diaphragme et le sterno-mastoïdien du côté droit. Les fléchisseurs du poignet et des doigts ont de violentes contractions qui se renouvellent près de 10 fois à la minute.

Pendant les attaques, l'enfant ne perd pas connaissance, mais il est incapable de parler.

Le 15. Pas d'attaques, excepté une pendant la nuit ; aphasie, connais-

sance parfaite, les secousses du côté droit de la face, ainsi que de la main et de l'avant-bras droit persistent.

De ces remarques cliniques, le Dr Owen conclut qu'un caillot sanguin a dû se former au niveau de la scissure de Rolando, du côté gauche, et couvre la partie inférieure de cette scissure, et la partie voisine de la troisième circonvolution frontale, c'est-à-dire les centres de la face, de l'avant-bras et du langage. La compression devait résulter d'un extravasat sanguin, et non d'un enfoncement de fragment osseux, car les symptômes ne s'étaient pas montrés immédiatement après l'accident, et il n'y avait sur le crâne aucune trace de fracture; de même il ne s'agissait pas d'une collection purulente, par ce fait que l'aphasie et les secousses qui avaient débuté 2 jours après l'accident, s'étaient depuis aggravés sans élévation de température.

En effet, depuis 36 heures, quoiqu'il n'y ait pas eu moins de 14 attaques, la température était normale.

La chevelure rasée, et les précautions antiseptiques prises, le malade fut anesthésié par l'éther, et immédiatement, les attaques cessèrent. La direction du sillon rolandique tracée au crayon d'aniline, un vaste lambeau fut relevé suivant la méthode d'Horsley, et une couronne osseuse de un pouce de diamètre fut enlevée. La dure-mère mise à nu, avait une teinte verdâtre et bombait à travers l'ouverture. Après son incision, un flot de sang s'échappa, et laissa apercevoir la partie supérieure d'un gros caillot situé à la partie inférieure de l'incision. Le trépan fut de nouveau appliqué à la partie inférieure de la première ouverture, et un demi-cercle osseux fut enlevé pour agrandir le champ opératoire.

L'incision de la dure-mère fut prolongée, jusqu'à ce qu'on pût apercevoir le caillot en entier. L'ablation en fut facile. Lavage parfait de la cavité avec une solution phéniquée. Suture de la dure-mère et des téguments, drain; pansement au sublimé.

Le soir, la température s'éleva à 102° F. et comme les pièces de pansement étaient souillées de sang, on les remplaça. La nuit fut calme, mais le lendemain matin, il y eut une série d'attaques pendant 2 heures.

Les mêmes muscles étaient atteints, excepté ceux du bras et le diaphragme. Après l'attaque, l'enfant était calme, jouissait de toute sa connaissance, et semblait moins excitable. Quand on lui dit de tendre la main, il sortit la main gauche ; l'aphasie persistait. Temp. 101° F.

Le 17. Pouls 82. Temp. 99° F. A midi une attaque, la 2e depuis l'opération. Le grand pectoral était pris. Le grand droit abdominal du côté droit, et quelques muscles du membre inférieur droit étaient en contracture. Le sterno-mastoïdien gauche et le diaphragme étaient excités, pas de perte de connaissance. Soupçonnant une nouvelle hémorrhagie, on rouvre la plaie ; pas de sang sous la dure-mère, mais en incisant l'arachnoïde qui bombait, il s'écoule une certaine quantité de sang liquide.



Lavage sous-arachnoïdien et nouveau pansement. Dans la nuit, deux nouvelles attaques à 5 minutes d'intervalle, mais ce furent les dernières. Le 2e jour, il put quoique avec effort, donner une poignée de main de la main droite. La parole et la puissance musculaire revinrent graduellement. La température resta normale et la plaie se ferma rapidement. Guérison et sortie le 15 juin.

Réflexions. — Dans ce cas, il y avait 2 foyers distincts d'hémorrhagie, le premier sous la dure-mère et le second, à la surface du cerveau, ce dernier résultant probablement d'une lacération de la substance cérébrale.

Obs. 3. — *Traumatisme. — Hémorrhagie intra-crânienne. — Paralysies et convulsions partielles. — Trépanation ; ablation des caillots. — Guérison.* — Herbert Allingham. *Lancet.* 20 avril 1889.

Le malade est un homme de 40 ans, admis à l'hôpital dans les conditions suivantes : tombé de tramway en état d'ivresse, il fut porté à l'hôpital où on l'examina. Il se plaignait de douleurs dans l'épaule gauche, mais il n'y avait à la tête aucun signe de traumatisme. La nuit fut bonne grâce à l'administration de bromure et de chloral.

Le lendemain matin, 8 décembre, il était assoupi, et souffrait de céphalalgie dans le côté droit de la tête; pupilles égales et réagissant bien à la lumière. Le malade était dans un état semi-comateux, très irritable, se plaignant quand on voulait l'examiner ou attirer son attention. Aucun signe de paralysie, pas de vomissements.

Le 13. La respiration était pénible et stertoreuse, l'assoupissement avait augmenté, et le patient ne connaissait plus rien autour de lui. Il y eut alors des convulsions débutant par les muscles du côté gauche de la face ; la commissure était attirée en haut, et les paupières agitées de mouvements spasmodiques. Les paupières du côté droit eurent aussi quelques légers mouvements, mais à la fin de l'attaque.

Les muscles du cou étaient ensuite affectés, puis venaient ceux de l'épaule. Enfin le bras et la jambe gauche étaient pris à leur tour. Il n'y avait aucune déviation des yeux.

L'urine était acide (1200 gr. par jour), ne contenait ni sucre ni albumine, elle s'écoulait sans que le malade en eut conscience, excepté pendant les attaques. Les pupilles réagissaient normalement à la lumière, la droite était un peu plus dilatée que la gauche. Pas de névrite optique ; les attaques revenaient à de fréquents intervalles ; lorsqu'elles étaient peu intenses, les muscles de la face, ou ceux de la face et du cou, étaient seuls pris.

14 décembre, 8 jours après l'accident, Allingham se décida à opérer. Chloroforme, incision courbe à convexité supérieure, allant de l'apophyse angulaire externe a l'apophyse malaire, le lambeau semi-lunaire fut récliné et mit à jour le muscle temporal, qui fut lui-même incisé à ses insertions et détaché. Une couronne osseuse fut enlevée au niveau du pied de la scissure de Rolando du côté droit.

La branche postérieure de la méningée moyenne fut mise à découvert. L'artère et la dure-mère étaient intactes, mais la dure-mère bombée ne présentait aucune pulsation.

Elle fut divisée ainsi que l'artère; au-dessous de l'incision on trouva un vaste caillot sanguin qui fut enlevé avec le doigt et l'irrigation. En introduisant le doigt dans la cavité, on constatait que le cerveau était refoulé, et que la cavité s'étendait en avant et en bas, aussi loin que le doigt pouvait pénétrer. La pie-mère était intacte, excepté au niveau du lobe frontal droit; là, on sentait que l'hémisphère cérébral était mou et lacéré. La cavité fut irriguée avec une solution phéniquée, jusqu'à ce que le liquide ressortit clair.

On mit quelques points de suture sur la dure-mère, et deux tubes à drainage furent laissés dans la plaie, l'un se dirigeant en haut, l'autre en bas; Les extrémités furent ramenées dans un orifice créé à la base du lambeau cutané, à la partie inférieure. Les bords du cuir chevelu furent réunis avec du crin de Florence, et le tout recouvert de gaze phéniquée.

Le lendemain, petite attaque limitée à la face.

Le 16. État normal, le malade commence à mouvoir la jambe gauche, la plaie marche à souhait, le malade peut dormir, et il n'y a pas d'attaques.

Le 17. La paralysie a disparu, les mouvements des bras et des jambes sont possibles, la connaissance est parfaite.

Depuis ce temps, la guérison à suivi une marche régulière, interrompue seulement par un petit abcès de la face qui fut incisé.

18 février. Le malade quitte l'hôpital, il n'a plus ni paralysie, ni mal de tête, ni perte de mémoire.

Allingham, estime que ce cas est unique, car il prétend qu'il s'agit d'une hémorrhagie cérébrale, et non d'une hémorrhagie crânienne ou de la dure-mère.

Réflexions. — Il ne nous semble pas qu'il s'agisse ici d'une hémorrhagie cérébrale au sens classique du mot, mais plutôt d'une hémorrhagie traumatique résultant d'une lacération de la substance cérébrale.

La question de priorité ne nous semble donc pas légitimement établie; elle a d'ailleurs été revendiquée plus tard en



août 1889, par Lucas-Championnière dont nous relatons l'observation.

Obs. 4. — *Blessure du cerveau. — Hémorrhagie intra-cérébrale. Aphasie. — Trépanation. — Ablation de caillots; guérison.* — C. B. Ball. *British. medical Journal*, 7 avril 1888.

F. B..., âgé de 26 ans, est reçu à l'hôpital le 1er septembre 1887. Il avait reçu un coup de couteau sur la tête, 10 jours avant son entrée.

Il s'était présenté immédiatement à l'hôpital, mais son état n'avait pas été jugé suffisamment grave pour être admis. Depuis l'accident, il avait une grande difficulté à trouver le mot juste pour exprimer sa pensée, ainsi il disait qu'il avait un « homme, man » dans la tête, quand il voulait dire qu'il avait de la « douleur, pain ». Depuis quelques jours la difficulté de la parole, et la douleur avaient augmenté. En l'examinant, on trouva une petite croûte du cuir chevelu, au niveau de la portion écailleuse de l'os temporal gauche. Lorsqu'on l'eut enlevée, on vit une cicatrice paraissant s'étendre profondément à travers le muscle temporal; mais la plaie semblait parfaitement guérie. En récapitulant les symptômes présentés par le malade depuis son entrée, on reconnaissait que l'aphasie motrice s'était accrue, au point qu'il était incapable de nommer les objets qu'on lui présentait, en parlant, il se servait de mots inexacts, ou de portions de mots. Quoiqu'il fût capable d'écrire son nom correctement et rapidement, et de copier quelque chose d'écrit; il ne pouvait copier sous la dictée, ni écrire une phrase qu'il prononçait; ses essais n'aboutissaient qu'à des caractères mal formés. Si on lui donnait quelque chose à lire, il nommait les mots, l'un après l'autre sans ordre. Quant on l'interrogeait, ses réponses, n'avaient aucun rapport avec le sujet de la conversation, et il ne savait apprécier ce qu'on lui demandait. Si on lui disait de tirer la langue, il ouvrait seulement la bouche; si on joignait l'exemple à la parole, il imitait en tirant la langue.

On ne put découvrir aucune paralysie des muscles volontaires, et on supposa qu'il n'en avait pas présenté au début, puisque son état n'avait pas paru suffisamment grave pour nécessiter son admission.

Cinq jours après l'entrée, et en présence de l'aggravation croissante des symptômes, on se décida à opérer.

On rabattit un lambeau contenant une portion du muscle temporal, et portant la cicatrice à son centre. On mit à nu une cicatrice de l'os temporal, paraissant avoir été produite par un couteau ordinaire.

La direction était horizontale, le dos du canif tourné en arrière, le tranchant directement en avant. Au niveau de ce point, on appliqua une rondelle de trépan comprenant la section osseuse. L'os fut enlevé sans traumatisme de la

dure-mère qui avait été traversée par le couteau. La cicatrice fut élargie et la branche postérieure de la méningée moyenne divisée, ce qui rendit l'examen un peu plus difficile. Le vaisseau avait de bien peu échappé à la section par le couteau.

Le cerveau présentait aussi une plaie qui fut écartée doucement avec les mors d'une pince. On vit s'écouler un peu de sang liquide, et il fut possible d'enlever avec la pince des caillots qui le long de la plaie, séparaient le tissu cérébral.

Lavage avec une solution de sublimé, introduction d'un drain, réunion des téguments. Le soir du même jour, le patient était bien mieux, et pouvait soutenir une conversation sans trop de fautes d'expression. Le lendemain, l'aphasie était revenue, et le drain fut trouvé obstrué ; mais après l'écoulement d'un liquide mêlé de caillots, la parole revint.

La guérison se fit régulièrement.

Dans ce cas, le couteau avait pénétré dans la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure, traversé la scissure de Sylvius, et probablement lésé la circonvolution de Broca. Les symptômes provenaient de l'amas de caillots dans la plaie et la scissure de Sylvius.

Obs. 5 (résumée). — *Traumatisme. — Hémiparésie gauche. — Convulsions avec prédominance à droite. — Rupture de la méningée moyenne. — Épanchement sanguin. — Mort.* — R.-J. Godlee. *Medic. Times*, déc. 1884.

Un enfant de 10 ans, fait une chute sur le pavé, mais peut rentrer à la maison. Les parents disent qu'il était comme un homme ivre, pâle, chancelant et se plaignant de douleur à l'occiput ; on constate un hématome large de trois pouces, sur l'os pariétal droit. Motilité du bras et de la jambe gauches affaiblie.

Dans la journée, l'enfant devient insensible, est pris de convulsions moins prononcées à gauche qu'à droite. L'évolution rapide des accidents fait penser à une rupture de la méningée moyenne et on se décide à trépaner.

L'opération fut faite à 1 pouce et demi de l'angle du frontal, un pouce et demi au-dessus de l'arcade zygomatique ; la couronne d'os enlevée, on tomba sur une large poche remplie de caillots sanguins. On avait anesthésié avec le chloroforme ; on dut arrêter l'anesthésie et pratiquer la respiration artificielle. Mais peu après, la respiration devint de plus en plus difficile, et la mort survint.

A l'*autopsie*, on trouva une rupture de la branche postérieure de l'artère méningée.

L'épanchement sanguin avait amené une compression cérébrale.



Obs. 6 (résumée). — *Traumatisme. — Paralysie des membres. — Convulsions épileptiformes limitées. — Trépanation. — Épanchement sous-duremérien. — Mort.* — Golding Bird. *Guy's Hospital Rep.*, XLV.

Homme de 31 ans, atteint de commotion cérébrale. Stertor, paralysie des membres, dilatation des pupilles, surtout de la ganche. Pas de plaie de tête ni de fractures du crâne appréciables, mais en explorant la région, au niveau de la zone pariétale brusquement se produisent des mouvements d'extension de l'avant-bras et du poignet gauche ; en insistant davantage, on détermine des accès convulsifs épileptiformes.

*Diagnostic :* caillot sous la dure-mère comprimant l'encéphale. Trépanation. On arrive sur une fissure horizontale postérieure intéressant l'occipital. Au-dessous de la dure-mère est un vaste caillot hémorrhagique. Amélioration de la respiration après le lavage du caillot, mais mort 3 heures après.

Obs. 7. — *Alcoolisme; quelques crises épileptiformes depuis cinq ans. — Chute. — Coma, puis aphasie complète avec hémiplégie droite — Trépanation. — Ouverture d'un hématome de la dure-mère. — Guérison.* — Lépine. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, août 1889.

Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans ayant commis de grands excès alcooliques et présentant, depuis cinq ans, de temps à autre, quelques crises épileptiformes. Le 21 juin, il fit une chute dans un escalier, et depuis, il était resté dans le coma quand, au bout de 48 heures, on l'apporta dans mon service ; à ce moment pas de trace de traumatisme de la tête, pas d'écoulement par l'oreille ou le nez ; insensibilité absolue en apparence. Deux jours plus tard, disparition progressive du coma, mais aphasie complète. Le malade est dans l'impossibilité de parler ou d'écrire, et il paraît comprendre fort imparfaitement.

De plus, on constate une parésie légère du facial et des membres à droite ; déviation légère de la pointe de la langue à droite. Les jours suivants, persistance de cet état et plusieurs crises d'épilepsie jacksonienne débutant invariablement par une secousse de la commissure labiale droite, bientôt suivie par des convulsions des membres du côté droit. Dix jours après la chute, l'état ne s'améliorant pas, et me fondant sur les symptômes de compression cérébrale et de localisation probable d'une lésion au niveau de la partie inférieure du sillon de Rolando, je priai M. le Dr Jaboulay, agrégé de la Faculté de Lyon, de vouloir bien pratiquer la trépanation à l'endroit sus-indiqué. Trois petites couronnes furent appliquées.

Au moment où la dure-mère fut incisée, il jaillit environ 25 gr. d'un liquide de couleur rouge brunâtre. On se borna à un pansement antiseptique. Le lendemain, pour la première fois, le malade pût écrire son nom ; et lorsque les tampons de gaze iodoformée furent enlevés, il prononça quelques mots. Les jours suivants l'aphasie et l'hémiplégie droite disparurent progressivement, et maintenant le malade répond parfaitement à toutes les interrogations.

Obs. 8 (résumée). — *Traumatisme. — Pas de plaie des téguments. — Convulsions partielles. — Trépanation. — Epanchement sanguin. — Guérison.* — Golding Bird. *Guy's Hospital Rep.*, XLV.

Enfant de 14 ans atteint de commotion cérébrale traumatique. Le 5e jour, on débride la région pariétale et l'on constate malgré l'absence de plaie des téguments un épanchement abondant. La jambe droite est un peu engourdie. Le lendemain en palpant la région contusionnée, on provoque des fourmillements dans les membres supérieur et inférieur droits, et la main droite se ferme convulsivement, le pouce en contracture. Trépanation dans la région des circonvolutions motrices ; extraction d'un volumineux caillot. Guérison.

Obs. 9 (résumée). — *Plaie contuse de tête. — Fracture du crâne sans communication avec la plaie. Signes de compression cérébrale. — Hémorrhagie intra-crânienne. — Trépanation. — Guérison.* — Alvarez, communiquée par Lucas-Championnière, à la *Soc. de chirurgie*, novembre 1885.

Le 12 avril, un homme d'environ 25 ans, est ramassé sans connaissance dans la rue et amené à l'hôpital de San-Salvador. On constate l'existence d'une plaie contuse superficielle de un centimètre environ, du côté gauche de la tête. Le malade est dans un coma profond, mais on peut arriver à lui faire dire son nom ; il existe une paralysie du bras droit, de la parésie du membre inférieur du même côté, de la ptosis à gauche, et un strabisme externe à droite. A l'ophtalmoscope : œdème papillaire et péri-papillaire à gauche ; papille normale à droite. Aucun phénomène d'excitation le lendemain. Le surlendemain, l'état est stationnaire, et M. Alvarez porte le diagnostic de compression cérébrale portant sur le 1/3 inférieur de la circonvolution frontale ascendante. Il trépane à ce niveau, loin de la plaie des téguments, et guidé seulement par les notions de topographie crânio-cérébrale, trouve une fissure osseuse, et tombe sur un grand foyer hémorrhagique entre les os et la dure-mère qui présente une dépression sensible au doigt.

Les caillots un peu difficiles à extraire sont chassés par une injection



phéniquée forte, et il reste une cavité ellipsoïde que ne vient pas combler la masse encéphalique déprimée ; une hémorrhagie légère dans l'angle gauche de cette cavité, cesse par l'élévation de la tête. Sutures et pansement de Lister, avec drainage profond.

L'anesthésie n'avait pas été employée ; le malade commença à remuer le bras droit, au milieu de l'opération et reprit connaissance à la fin ; les mouvements du bras avaient reparu le lendemain, et ceux de la jambe le surlendemain. Les suites opératoires furent assez simples malgré un érysipèle de la tête survenu le quinzième jour.

Obs. 10. — *Hémorrhagie cérébrale. — Monoplégie crurale. — Attaques épileptiformes. — Trépanation. — Amélioration.* — Lucas-Championnière, *Acad. de méd.*, août 1889.

Un homme de cinquante-trois ans, a eu il y a 20 mois une attaque d'hémorrhagie cérébrale qui lui a laissé de la parésie du membre inférieur droit ; il boite notablement ; un peu de gêne de la parole ; une contracture très marquée de la main droite et surtout des attaques épileptiformes. Celles-ci, loin de s'atténuer avec le temps, allaient en augmentant.

On pouvait affirmer d'après ces symptômes, qu'il existait un foyer d'hémorrhagie vers la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante irritant les centres du bras et confinant aux centres de la parole et aux centres du membre inférieur.

Comme cet homme, en bonne santé générale d'ailleurs, pouvait survivre longtemps avec ces suites de son hémorrhagie, il était indiqué de chercher à arriver sur le foyer pour libérer les parties irritées et comprimées. M. Championnière partageant complètement la manière de voir de M. Letulle, fit l'opération le 7 février 1889 à l'hôpital Saint-Louis, en présence de M. le professeur Lannelongue.

Le malade endormi, il détermina, par son procédé, les points de repère qui servent à tracer la ligne rolandique. Celle-ci tracée, il détermina le champ opératoire de façon que l'ouverture crânienne fut située vers la partie moyenne de la ligne rolandique, empiètant sur la moitié antérieure de la zone motrice. Il fit l'incision en T, plaçant la branche horizontale du T en arrière sur la ligne rolandique.

Une couronne de trépan de 3 cent. de diamètre étant enlevée, avec des pinces gouges, il agrandit l'orifice, jusqu'à lui donner tout près de 70 millim. sur 40.

Il ouvrit alors la dure-mère qui était assez adhérente à l'arachnoïde, et découvrit la grande veine qui remplit le sillon de Rolando. En avant de cette veine était une sorte de membrane opaline, résultant de la fusion de l'arachnoïde et de la pie-mère, et recouvrant un foyer ancien d'hémorrhagie cérébrale