Obs. 49 (résumée). — *Tumeur du cerveau. — Paralysies et convulsions partielles. — Ablation. — Mort.* — Knapp et Bradford. *Boston med. and surg. Journal*, 4 avril 1889.

Malade âgé de 32 ans. Le début de l'affection remonte à l'été de 1886, et consiste en nausées, vomissements et maux de tête.

En mars 1887, il y eut des convulsions suivies de parésie du bras et de la jambe gauche, avec exagération des réflexes, et contracture du bras gauche dans l'extension. Puis la vue commença à baisser et les convulsions réapparurent au moins tous les trois mois. En mars 1888, il consulta le Dr Putnam, et en juin suivant, il commença à garder le lit, souffrant atrocement dans le derrière de la tête. La vue était abolie, il y avait des engourdissements du bras gauche, et de la faiblesse de la jambe.

Le Dr Knapp le vit en novembre, et trouva une névrite optique double, une diminution de la sensibilité du côté gauche de la face, de la déviation en haut de la commissure droite de la bouche, surtout en parlant et en riant. La sensibilité tactile était surtout diminuée à l'avant-bras gauche. Les yeux fermés, il ne pouvait indiquer la position du bras et de la jambe gauche. Le bras était rigide et dans la position de la contracture post-hémiplégique. Le malade pouvait exécuter volontairement quelques mouvements d'adduction et de rotation au niveau de l'épaule, ainsi que de légers mouvements de flexion au coude, mais il lui était impossible de remuer le poignet et les doigts. Il pouvait bien remuer la jambe gauche dans toutes les directions, mais elle était néanmoins raide, et notablement affaiblie.

Les réflexes superficiels avaient disparu du côté gauche, mais les réflexes profonds étaient exagérés. On diagnostiqua une tumeur cérébrale siégeant dans l'hémisphère droit, et enveloppant les centres du poignet et de la main. Le Dr Knapp pensa que l'ablation seule pouvait donner des chances de guérison, seulement, vu la névrite optique et la dégénérescence secondaire, il ne fallait pas compter sur un succès complet.

L'opération fut décidée.

Le 28 décembre, le Dr Bradford fit la trépanation sur la partie supérieure de la scissure de Rolando. On trouva une tumeur située à environ 1/2 pouce au-dessous de la surface corticale; elle fut enlevée sans grande hémorrhagie. Au début de l'opération, le pouls était de 58° au moment de l'ablation de la tumeur, il s'éleva à 156. La respiration fut toujours rapide et superficielle. Le malade mourut 3/4 d'heure après l'opération. La tumeur pesait 53 gr., et mesurait 7 cent. sur 4. Elle était de nature tuberculeuse. L'autopsie ne put être faite.

Obs. 50 (résumée). — *Tumeur cérébrale. — Trépanation. — Récidive.* — Limont. *British med. Journal*, 28 octobre 1889.

Le Dr Limont a présenté à la Société médicale de Northumberland, une femme âgée de 32 ans, trépanée pour une tumeur cérébrale.

Elle était accouchée depuis 15 jours de son quatrième enfant, lorsqu'elle perdit connaissance. Revenue à elle-même, elle eut de nombreuses convulsions débutant toujours par le bras droit; de plus il y avait des troubles du langage. On pensa à une tumeur ou à un abcès cérébral. Limont détermina le siège des centres moteurs par la méthode de Thane, et le Dr Page fit la trépanation. On enleva une partie considérable d'une tumeur que le Dr Limont considère comme un gliome. Peu après, la malade allait très bien et retrouvait l'usage du bras et de la parole. Malheureusement, la récidive se montrait rapidement, actuellement la tumeur a acquis un volume considérable et présente des pulsations.

III. — **Abcès cérébraux.**

Obs. 51. — *Abcès cérébral consécutif à une otite. — Aphasie. — Paralysies partielles. — Trépanation. — Guérison.* — Ferrier et Horsley. *Lancet*, 10 mars 1888.

Le malade est un ouvrier qui fut pris en novembre 1887, d'assoupissement, de céphalalgie avec exagération par la percussion, et de protophobie. Il y avait un écoulement par l'oreille gauche, qui avait précédé de quelques semaines les symptômes ci dessus. Au début, il n'y avait pas de paralysie, soit de la motilité, soit de la sensibilité; la température était normale. On commença par soumettre le malade a une médication saline et mercurielle à petite dose; mais l'état s'aggrava, il eut du délire et un commencement d'aphasie.

Lorsqu'il fut reçu à l'hôpital des épileptiques, on lui trouva un point sensible à la percussion, situé sur une ligne verticale passant par le conduit auditif, et situé au 1/3 du chemin qui sépare ce conduit de la ligne sagittale. Ce point correspondait à la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure, vis-à-vis du bord inférieur de son tiers moyen, c'est-à-dire verticalement au-dessous de l'extrémité inférieure de la scissure rolandique. Il y avait en même temps une aphasie motrice complète, une parésie très nette du côté droit de la face, et une parésie moins accentuée du membre supérieur droit, surtout aux doigts et au poignet. Névrite optique intense des deux côtés, à droite, signes d'hémorrhagie, ce que Barker et Gowers dans un cas

analogue, expliquent par la situation de l'abcès au voisinage des bandelettes optiques.

D'après l'examen, il ne faisait aucun doute qu'il s'agissait d'un abcès cérébral. La marche rapide, les signes d'inflammation, l'écoulement par l'oreille, plaidaient en faveur d'un abcès, plutôt que d'une tumeur. D'autre part, il n'y avait ni vomissements, ni convulsions, ni accès fébriles, ou autres signes d'inflammation méningée.

Cette absence de température élevée, ne doit pas exclure l'idée d'une encéphalite aboutissant à un abcès, car beaucoup d'abcès cérébraux suivent leur cours sans élévation de température, l'abaissement étant même plus fréquent. La situation de l'abcès, comme l'a montré l'opération, pouvait être déterminée doublement, et par la symptomatologie et par l'existence d'un point sensible à la pression. L'élévation de la commissure buccale droite, l'aphasie, la surdité, indiquaient que l'affection siégeait à proximité des centres de la parole et de l'audition dans l'hémisphère gauche, mais ne les avait pas détruits. Ces conditions étaient remplies par un abcès siégeant dans le 1/3 antérieur du lobe temporal, et comprimant la scissure de Sylvius.

Cette localisation due aux symptômes, était confirmée par l'existence d'un point sensible à la pression, dont la position concordait avec le siège de la circonvolution temporale supérieure, en arrière de la branche ascendante de la scissure sylvienne, et au-dessous du pied de la frontale ascendante.

Mais je ne pense pas que le siège de ce point sensible, soit par lui-même un signe suffisant de localisation pour un abcès ou une autre affection cérébrale, car il peut exister à une grande distance de la lésion. Ainsi Hulke cite un cas d'abcès du cervelet, dans lequel le point douloureux était juste au-dessus du conduit auditif ; dans un autre cas, la douleur était à l'occiput, et l'abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal. Ici la concordance des deux indications rendait la localisation plus certaine.

On fit une incision en T, le point de jonction des deux lignes correspondant au niveau du point douloureux.

L'os mis à nu semblait un peu jaune. Un disque osseux de 1 pouce fut enlevé, et on trouva la dure-mère congestionnée, bombée, sans pulsation et couleur rouge sombre.

Après son incision, le cerveau œdématé fit saillie, et l'introduction d'un trocart donna issue à 6 drachmes de pus situé à 1 cent. de profondeur. Il était bien lié et sans odeur. La plaie fut refermée, pansée à l'acide borique, et recouverte de gaze phéniquée. La plaie guérit par première intention ; la température monta à 101° F. la 2e nuit, pour revenir à la normale, et s'y maintenir ensuite. Le tube fut enlevé le 13e jour, et la plaie fut complètement refermée le 24e jour après l'opération.

Réflexions. — Cette observation fait grand honneur à la

sagacité des deux observateurs, deux maîtres d'ailleurs. Nous ferons remarquer qu'au point de vue pathogénique, elle s'éloigne de la règle générale ; en effet, l'apparition de l'abcès a suivi de peu le début des symptômes auriculaires, et nous savons qu'on constate surtout les abcès cérébraux après de longues suppurations de l'oreille.

Obs. 52. — *Otite ancienne. — Abcès cérébral. — Trépanation. — Guérison.* — Von Bergmann. Communiquée à la *Société de médecine de Berlin,* le 5 décembre 1888.

Le malade est un ouvrier de 26 ans. Il y a 11 ans qu'il a un écoulement de pus par l'oreille droite, cela ne l'empêchait pas de travailler, et il s'est peu préoccupé de cet état. La membrane du tympan est détruite, on ne voit à sa place que des granulations. Il y a six semaines, il commença à se sentir mal à l'aise, il digérait mal, maigrissait, avait des frissons le soir ; j'ai pu constater qu'il avait en effet de la fièvre avec exacerbations vespérales. Cependant l'écoulement de l'oreille n'avait pas augmenté ; la suppuration ne paraissait gagner ni la trompe d'Eustache, ni les cellules mastoïdes.

Comme les phénomènes présentés par le malade indiquaient nettement la formation d'une collection purulente, il fallait penser à un abcès du cerveau. Or, on trouvait précisément des symptômes cérébraux assez nets. En effet, le malade accusait de la céphalalgie, mais surtout il avait un ralentissement du pouls, et ce phénomène était d'autant plus caractéristique, qu'il s'accusait de préférence pendant les poussées fébriles, le pouls ne battait plus alors que 53 fois par minute. Il n'y a pas à proprement parler de symptômes en foyer, cela s'explique facilement, puisque les lésions du lobe sphéno-temporal ne donnent pas lieu à des phénomènes qui nous permettent jusqu'à présent de diagnostiquer leur localisation ; sans doute il est très vraisemblable que ce lobe a un rôle dans la physiologie de l'audition, mais il n'y avait chez le malade, aucun trouble de l'ouïe. Le seul symptôme qui ait pu indiquer une lésion au foyer, sans cependant permettre une localisation précise, c'était un affaiblissement à la fois de la sensibilité et de la force musculaire dans le bras gauche. Cela indiquait tout au plus l'existence d'une lésion restreinte siégeant dans l'hémisphère cérébral droit, mais ne permettait pas de préciser une localisation.

Comme les granulations de la caisse du tympan semblaient partir surtout de la paroi supérieure, j'ai conjecturé que l'abcès devait siéger dans la région cérébrale la plus voisine, c'est-à-dire dans le lobe sphéno-temporal. J'éliminai l'hypothèse d'un abcès du cervelet, parce que ce dernier succède surtout à la suppuration des cellules mastoïdiennes.

Je fis au crâne une ouverture aussi grande que possible, pour mieux me rendre compte de ce que je verrais et de ce que je ferais. J'avais décidé d'ouvrir l'abcès dans la région de la troisième circonvolution temporale. Je fis non pas une ponction simple, mais une véritable incision. Ce n'est qu'au troisième coup de bistouri que j'amenai l'évacuation d'une grande quantité d'un pus verdâtre, fétide. La cavité était lisse, comme cela est ordinaire. Je mis un drain et je fis un pansement iodoformé. Trois semaines après la cavité de l'abcès était comblée.

Comme j'avais conservé le périoste, le crâne s'est presque complètement reformé, et la perte de substance considérable que j'avais faite est à peu près réparée. Actuellement, cet homme n'a plus de céphalalgie ni de fièvre ; il avait même de la paralysie faciale droite, c'est-à-dire du côté de son otite, elle est guérie ; il se trouve en somme aussi bien que possible.

Obs. 53. — *Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne. — Trépanation. — Guérison.* — W. S. Greenfield. *British. med. Journ.*, février 1887, p. 317.

William M..., 26 ans, ouvrier en caoutchouc, est apporté à l'hôpital dans un demi-coma.

Bonne santé jusqu'à 10 semaines avant l'entrée. A cette époque, douleur de tête et toux, peu après, surdité de l'oreille gauche. Amélioration passagère et reprise du travail, puis nouvelles céphalalgies et vomissements. Dans la semaine qui précède l'admission, les vomissements se répètent à chaque instant.

Le malade répond parfaitement aux questions, il a maigri un peu ; il n'a pas de frissons, pas de photophobie, pas de bourdonnements d'oreille. Rien à noter dans la famille. Les antécédents sont bons, et il s'agit d'un homme sobre qui n'a pas eu la syphilis.

État du malade le jour de l'admission : Face pâle, état de torpeur, bouche ouverte, paupières fermées. Il répond difficilement, mais avec intelligence aux questions, il se plaint de céphalalgies, quoiqu'elles soient moindre qu'autrefois. La vue a baissé, il n'y a pas de photophobie, les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Pas de strabisme, pas de spasmes musculaires, pas de paralysie.

Les lèvres et les dents sont sales, la langue sèche et fendillée, l'abdomen creusé, la peau humide. Température 97° F. ; pouls 68, un peu irrégulier. Respiration 20 ; rien au cœur et au poumon.

Les jours suivants, il y a quelques modifications : les pupilles sont inégales, la gauche plus dilatée ; il y a de la rétention vésicale qui nécessite le cathétérisme. Un peu plus tard, on observe un léger ptosis de la paupière gauche, et il y a incontinence d'urine.

La situation s'aggrave peu à peu ; le malade est dans la torpeur, et il est difficile de l'en tirer un moment. Le ptosis s'accentue, la pupille gauche est très dilatée, la langue déviée à droite. L'examen ophtalmoscopique révèle une névrite optique intense à gauche ; l'œil droit est sain. Le globe oculaire est peu mobile, et il doit y avoir de la paralysie des 4e et 6e paires. La température s'abaisse au-dessous de la normale.

Les probabilités paraissent pour un abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal gauche. On fait l'application du trépan dans la région temporale. Incision verticale de 2 pouces de long, division des fibres du temporal et du périoste. La couronne est appliquée à 1 pouce 1/4 en arrière de l'apophyse orbitaire externe et à 1 pouce au-dessus du zygoma. La rondelle osseuse comprend des portions du temporal, du sphénoïdal, et du pariétal. La dure-mère était fortement bombée et n'offrait aucune pulsation. Elle fut incisée, et on enleva un dépôt de matière plastique qu'elle portait. Un bistouri introduit directement en bas à un 1/2 pouce, donna issue à du pus fétide. L'introduction des mors d'une pince permit l'écartement des parois et l'introduction du drain. Pansement antiseptique.

Après l'opération, le patient avait un peu repris connaissance, mais était très faible.

Il avait de la photophobie, et prononçait des paroles incohérentes. Pouls 98. Température 97°. Respiration 17.

Nuit agitée, délire, tentation pour enlever le pansement ; puis intervalles de repos.

La guérison survint progressivement, le ptosis disparut et les douleurs cessèrent. Actuellement la parole est nette, l'état mental parfait, la vue s'améliore.

Obs. 54. — *Abcès de la surface du cerveau du côté gauche provoquant une monoplégie brachiale droite, avec aphasie et paralysie faciale sans paralysie de l'orbiculaire. — Trépanation, ponction et ouverture de l'abcès. — Disparition rapide des accidents. — Amélioration passagère. — Mort cinq jours après l'opération.* — Terrillon. Communication à la *Société de chirurgie*, 3 juillet 1889.

M. le Dr Richard (de Vanves) fut appelé le 24 décembre 1888 auprès d'un enfant âgé de 13 ans ; il se plaignait de douleurs de tête violentes. La langue était sale et il vomissait abondamment : une fièvre intense avec réaction violente indiquait un caractère grave de la maladie.

Cependant après 8 jours de cet état, tout cessa. On crut à une scarlatine, à cause de la desquamation de la peau. Cinq jours après cette défervescence, le 3 janvier, à 10 heures du soir, l'enfant fut pris de convulsions, ses yeux

s'étaient retournés, ses membres étaient raidis, ses dents serrées. Les urines examinées la veille et le lendemain, ne présentaient pas de trace d'albumine.

A partir de ce jour, la fièvre, qui avait cessé reprit avec une nouvelle intensité. L'enfant se plaignit beaucoup de douleurs de tête et fut pris d'un délire qui dura de 5 à 6 jours.

Convaincu qu'il était en présence d'une fièvre typhoïde, le Dr Richard soumit son malade au traitement par les bains tièdes progressivement refroidis, et au bout de 5 à 6 jours, le délire se calma et la fièvre retomba. Enfin le 20 janvier l'enfant entra en convalescence. La guérison parut complète le 1er février.

Pendant 13 jours tout marcha à souhait, l'enfant mangeait bien et dormait avec calme, il était gai, lorsque le 14 février, l'enfant déjà inquiet et malade la veille, se plaignit d'une douleur assez vive dans la fosse temporale gauche.

A ce niveau existait un léger gonflement sans fluctuation, pas de fièvre.

Le lendemain, l'enfant se plaignait de douleurs plus vives, de difficulté pour desserrer les mâchoires.

Pendant les jours suivants, la température augmenta, et une légère fluctuation engagea M. Richard à faire une incision peu profonde qui ne donna issue à aucun liquide autre que du sang ; c'était le 20 février. Le 21, éclatèrent d'autres symptômes plus graves. On nota de l'aphasie ; l'enfant répondait *oui* à toutes les questions, et il était atteint d'une monoplégie brachiale très manifeste. Temp. 38°.

M. le Dr Bucquoy appelé le 22 février constata les signes évidents d'une compression cérébrale, et me pria de me rendre auprès du malade.

Quand je vis cet enfant le 23 février, on pouvait constater les symptômes suivants : au niveau de la fosse temporale, existait une tuméfaction notable, nettement fluctuante, avec œdème périphérique s'étendant au front, aux paupières, au pavillon de l'oreille et au cuir chevelu, empiétant sur le sommet du crâne.

L'épaisseur des tissus situés en dehors de la collection était telle qu'on pouvait affirmer la position profonde de l'abcès, situé probablement au contact de l'os. L'enfant était dans un état de torpeur profonde, à toutes les questions qu'on lui adressait il répondait *oui*, et s'impatientait de ne pouvoir trouver les mots qu'il cherchait pour s'exprimer.

La face du côté gauche paraissait plus petite, et quand il voulait parler la commissure du côté gauche était entraînée. Il ne pouvait gonfler ses deux joues. Cependant les deux muscles orbiculaires étaient intacts. Il m'a semblé que la langue tirée hors de la bouche avait la pointe attirée vers la gauche.

L'avant-bras, le bras et la main étaient immobiles, mais les membres inférieurs restaient intacts. Les pupilles également dilatées et contractiles. En

présence de ces signes si bien définis il ne pouvait y avoir qu'un seul diagnostic possible : abcès extérieur occupant la fosse temporale, et s'accompagnant d'un abcès intérieur par rapport aux parois du crâne et comprimant la base et la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante.

Mon intervention immédiate consista à ouvrir assez largement l'abcès extérieur, en faisant une incision sur la partie saillante. Je donnai issue à du pus assez épais, granuleux, et un peu teinté de sang.

L'os était profondément dénudé et le fond de la cavité était fongueux. Cette cavité fut lavée avec soin et drainée. Il me fut impossible de faire une intervention plus profonde, d'abord parce que je n'avais pas les instruments nécessaires, et aussi parce que je désirais savoir si l'écoulement de l'abcès extérieur ne donnerait pas une diminution ou une disparition des accidents de compression cérébrale.

On pouvait supposer en effet que les deux collections étaient en communication l'une avec l'autre.

Je priai M. Richard de surveiller le malade, de renouveler le pansement, en lavant la cavité de l'abcès, et de me tenir au courant de ce qui surviendrait.

Le lendemain de cette première intervention, le 25 février, il y eut, d'après les personnes présentes, quelque amélioration dans les phénomènes paralytiques du côté du bras. L'avant-bras put être déplacé volontairement plusieurs fois, quelques mots furent répétés difficilement.

Mais le lundi 25, tous ces faibles signes d'amélioration, du reste passagers, avaient disparu à mon arrivée, et la prostration de l'enfant était encore plus profonde que les jours précédents, l'aphasie presque absolue, sauf le mot *oui*, et il ne pouvait remuer aucune partie du bras droit.

Il ne pouvait y avoir aucune hésitation et je proposai de faire la trépanation afin d'atteindre le foyer qui comprimait la base de la circonvolution frontale.

Opération le 23 février, avec le concours du Dr Richard. Le malade fut chloroformé. Prenant l'ouverture pratiquée deux jours auparavant comme centre, je débride crucialement les parties molles de la tempe ; quelques pinces à forcipressure sont placées sur des artères. Des fongosités mêlées de pus et de débris du muscle temporal sont enlevées, et profondément je rencontre l'os dénudé sur une assez grande étendue.

Après le nettoyage de cette cavité anfractueuse, et dénudation de la face osseuse, je constate que la partie dénudée est un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs.

Avant d'appliquer la couronne de trépan, je cherche sur le crâne des points de repère nécessaire pour m'orienter, car il est indispensable que la partie osseuse enlevée corresponde aussi exactement que possible à la partie inférieure et moyenne de la circonvolution frontale ascendante.

Je m'efforçai sur le squelette, de déterminer la meilleure position à donner à cette intervention pour arriver au résultat désiré.

Mesurant sur une ligne horizontale partant de l'apophyse orbitaire externe, une distance de quatre centimètres et demi (et non pas cinq, car il s'agissait d'un enfant) et prenant à l'extrémité de cette ligne idéale une autre ligne verticale de 2 centim. et demi, je crus pouvoir déterminer au moins suffisamment le point de repère désiré.

L'endroit ainsi désigné, correspondait un peu au-dessus du centre de la portion osseuse dénudée.

Une couronne de trépan de moyenne étendue et mesurant trois centimètres de diamètre permit d'enlever facilement une rondelle osseuse, mince et assez friable.

J'agrandis même cette ouverture, surtout en bas et en avant, en enlevant avec des pinces quelques parcelles osseuses qui se détachaient assez facilement.

L'ouverture ainsi pratiquée mesurait 4 cent. de diamètre.

D'après mon attente je comptais trouver un foyer purulent entre le crâne et la dure-mère, analogue à celui qui existait entre le péricrâne et l'os sous-jacent. Je ne vis aucune trace de pus.

Au fond du trou osseux, se trouvait une membrane d'apparence tomenteuse, violacée, qui me sembla assez épaisse au toucher.

Je la nettoyai avec soin. Cependant j'étais tellement convaincu qu'une collection purulente existait à ce niveau, que je n'hésitai pas à plonger dans les tissus mis à nu une aiguille de l'appareil de Dieulafoy, parfaitement aseptique.

Une première ponction pratiquée vers la partie postérieure de l'ouverture, à près de 2 cent. de profondeur, ne donna aucun liquide, en retirant légèrement la canule, je n'obtins rien. Une seconde ponction fut faite vers le centre de la même manière, et l'aspiration ne donna aucun résultat.

Ne perdant pas courage, je fis une troisième ponction dans la partie antérieure et inférieure. Cette fois au moment de l'ouverture du robinet, on voit s'élancer dans le corps de pompe du pus verdâtre crémeux. Cette quantité de pus peut être évacuée à environ une petite cuillerée à bouche.

L'aspiration faite une seconde fois, fournit encore avec une certaine brusquerie, une cuillerée à café du même liquide.

Laissant alors la canule en place, afin qu'elle me servît de conducteur, je pratiquai avec un mince bistouri, une incision sur la membrane épaissie qui me séparait de la cavité de l'abcès. Je vis alors sortir une faible quantité de pus crémeux et grumeleux. L'ouverture agrandie permit de nettoyer le foyer avec des tampons d'ouate imbibée d'eau phéniquée et tenus avec une pince.

Le champ opératoire fut nettoyé avec soin et bourré de gaze iodoformée,

car on ne pouvait faire aucune réunion sur les lambeaux dont la base et la face profonde avaient suppuré.

Lorsque l'enfant fut réveillé du sommeil anesthésique, nous pûmes constater aussitôt que le bras, l'avant-bras et les doigts pouvaient se mouvoir volontairement.

La paralysie faciale avait presque entièrement disparu et quand le malade ouvrait la bouche ou essayait de rire, la bouche n'était plus entraînée du côté gauche.

Enfin il put prononcer plusieurs mots distinctement, alors que quelques instants auparavant il répondait *oui* à toutes les questions. Le soir de l'opération, la température est de 38°,2. L'enfant a remué le bras droit.

Le 26. Le lendemain. T. 38°,2. P. 96.

Le soir : T. 38°,9. P. 116. Le soir, le malade répond mais en cherchant les mots. Il est gai ; il remue son bras droit et serre facilement la main.

Le 27. Matin : T. 37°,6. P. 104. Soir : T. 38°,5. P. 100. Dans la journée on change le pansement.

Le malade répond encore aux questions et remue son bras droit ; mais quand on prolonge l'interrogation, il se fatigue et ne répond plus que *oui*.

Le 28. Nuit assez bonne ; sauf à minuit où il y eut de l'agitation. Matin : T. 38°. P. 108. Soir : T. 38°. P. 100. Dans la journée trois vomissements. Douleurs très vives à la pression dans les masses musculaires du bras droit et de la jambe droite.

1er mars. Nuit bonne grâce à un lavement de chloral. Matin : T. 38°,8. P. 84, soir : T. 39°,8. P. 104.

On résèque un bourgeon de substance cérébrale gros comme une noisette. La journée est très agitée.

Le 2. Matin : T. 39°,4. P. 112 ; soir : T. 40°. P. 156. Le soir survient le coma, et le malade meurt cinq jours après l'opération.

Obs. 55.— *Traumatisme, abcès du cuir chevelu.— Parésie du côté droit.— Aphasie.— Trépanation. — Abcès cérébral.— Guérison.* — J. W. Wright. *Medical Record*, 1889.

J. S..., âgé de 41 ans, adonné à l'alcool, fut admis à l'hôpital de Bridgeport, le 4 juin 1888, après six semaines d'emprisonnement pour rixe. En prison, il avait subi une attaque de délirium tremens, et s'était frappé la tête contre les murs de la cellule. Il en était résulté plusieurs abcès, pour lesquels il fut transféré à l'hôpital. A l'entrée, tout le cuir chevelu était infiltré de pus. Deux ouvertures existaient déjà au sommet de la tête, et quatre autres furent faites dans les parties déclives de l'abcès, deux à droite, deux à gauche. La cavité était chaque jour lavée avec une solution de bichlorure de mercure au 1/2000. Une très forte douleur de tête suivait les pansements et

durait plusieurs heures. La température, dans tout le cours de la maladie, oscilla entre 36°,6 et 37°,8.

Les abcès marchaient à la guérison, et les douleurs de tête devinrent moins intenses.

Le 6 juillet, il se plaignit d'engourdissements et de faiblesse dans la main droite ; en l'examinant, on trouva de la parésie du côté droit, à la jambe, au bras et à la face. A partir de ce moment, de violentes douleurs étaient ressenties par intervalles, au niveau du pariétal gauche. Rien de nouveau ne se produisit jusqu'au 18 juillet, si ce n'est que le patient fut aphasique par instants.

Les abcès du cuir chevelu étaient d'ailleurs à peu près guéris. Ce jour-là, le malade sembla plus hébété, mais il répondait avec plus d'intelligence quand on l'éveillait. Le lendemain il y eut du coma, de l'incontinence d'urine et des selles involontaires. Le pouls battait 48 à 50 par minute et la respiration était lente mais régulière. M. Wright pensa qu'il fallait tenter une opération, avec l'espoir de trouver un abcès siégeant au niveau du centre moteur du bras.

Le 22 juillet, la trépanation fut faite, au niveau de la scissure de Rolando. La dure-mère une fois renversée, on enfonça une aiguille aspiratrice dans la substance cérébrale. Rien ne vint. L'aiguille fut alors portée un peu plus en arrière et en bas : et le corps de la seringue se remplit alors de pus, huit grammes environ. Puis un bistouri droit, à lame étroite, fut enfoncé de cinq centimètres environ et par l'ouverture on introduisit l'extrémité mousse d'une sonde en caoutchouc souple. Vingt-cinq grammes de pus environ furent retirés ; la cavité fut irriguée avec de l'eau bouillie, jusqu'à ce que celle-ci ressortit parfaitement claire. Le drainage fut laissé en place, les lambeaux furent recousus, et un pansement appliqué.

Le lendemain pendant une absence momentanée de la garde, le malade enleva le drain. Malgré cela la blessure guérit. La paralysie disparaît actuellement peu à peu. Le malade peut s'asseoir, il mange avec plaisir, et répond avec intelligence.

Obs. 56. — *Traumatisme ancien. — Hémiplégie droite ; facial supérieur intact. — Épilepsie hémiplégique droite. — Pachyméningite et abcès cérébraux. — Trépanation. — Mort.* — Silvestrini. Rapport de M. Polaillon à l'*Académie de médecine*, avril 1883.

Un garçon de 15 ans, bien portant jusqu'alors, sauf quelques atteintes de fièvre dues à la malaria, avait reçu dans la région fronto-temporale gauche, un coup de pied de cheval qui lui avait fracturé le crâne. Perte de connaissance pendant deux heures. Après le retour de l'intelligence, le blessé resta comme étonné, avec une céphalalgie frontale gauche continuelle et une ten-

dance invincible au sommeil. Cependant il se remit à travailler aux champs. Une forte dépression du crâne existait au niveau de la fracture.

Au bout de deux mois, il fut tout à coup frappé d'hémiplégie droite avec accès convulsifs des membres de ce côté, accès se produisant trois ou quatre fois par jour. Cet état dura quinze jours, puis s'améliora progressivement et le malade recouvra complètement ses forces et l'usage de ses membres.

Pendant cinq mois, la santé du blessé fut très satisfaisante, malgré la céphalalgie permanente et la somnolence.

Mais au bout de cette longue période de calme, sept mois et demi après l'accident, la céphalalgie s'aggrava et on vit reparaître les accès convulsifs, limités à la moitié droite du corps. Les convulsions, rares d'abord, devinrent de plus en plus fréquentes, jusqu'à se renouveler dix et quatorze fois par heure.

M. Silvestrini constata à ce moment, une paralysie des mouvements du membre supérieur et du membre inférieur droits, et une paralysie absolue des muscles de la région faciale inférieure droite. Les mouvements des régions faciales supérieures des deux côtés étant conservés. La sensibilité dans les régions paralysées était entière. L'émission des urines et des matières fécales se faisait volontairement. Les accès convulsifs affectaient la forme hémiépileptique droite et duraient plusieurs minutes. L'intelligence paraissait abolie pendant les accès les plus intenses, mais elle était intacte dans leur intervalle. Aphasie complète : le malade comprenait la valeur de chaque mot, mais il ne pouvait les prononcer ou exprimer sa pensée par la parole.

En présence de ces signes et de leur succession, M. Silvestrini admit qu'une pachyméningite à marche lente s'était formée à la suite de la lésion du crâne, et qu'elle avait donné naissance à une hémorrhagie, d'où les premiers symptômes de paralysie et de convulsion qui étaient survenus deux mois après l'accident. L'hémorrhagie s'étant résorbée, les phénomènes morbides ne furent que passagers. Mais la pachyméningite continuant à suivre son cours, une nouvelle hémorrhagie plus grave que la première se produisit et amena simultanément l'aphasie, la paralysie permanente et les accès épileptiques à droite. La nature et le siège de ces symptômes conduisirent notre confrère à conclure qu'un caillot ou hématome comprimait la zone motrice corticale gauche du cerveau et qu'il en résultait clairement l'indication de trépaner.

Avant de faire la trépanation, M. Silvestrini détermina la direction du sillon rolandique par une ligne qui, partant de la partie postérieure du bregma, venait aboutir au milieu de la ligne qui joint le conduit auditif, à la suture fronto-zygomatique. Ce procédé de détermination qui est particulier à l'auteur, place le sillon de Rolando en avant de la région qu'il occupe réellement. Aussi la couronne de trépan a-t-elle été appliquée trop en avant