Obs. 75 (résumée). — *Attaques épileptiformes. — Paralysie du côté droit. — Trépanation. — Amélioration.* — Horsley. *Brit. med. Journal*, 1887, p. 863.

F. W., âgé de 4 ans, présente 3 à 14 attaques épileptiformes par jour, il a une paralysie presque complète du bras et de la jambe droits. Etat semi-comateux la plupart du temps. On pense à une lésion au-dessous de l'écorce de la région des centres, probablement un kyste hémorrhagique. Le trépan est appliqué sur la région gauche, et on fait l'exploration du cerveau par incision. Suites opératoires parfaites. Les attaques qui se sont montrées 4 ou 5 fois dans le mois suivant, ont complètement disparu depuis.

Du côté de la paralysie et de l'état mental, il n'y a eu aucune modification.

Obs. 76 (résumée). — *Attaques d'épilepsie.—Parésie de la face, de la langue et de l'articulation. — Trépanation. —Excision cérébrale. — Amélioration.* — Horsley. *Brit. med. Journal.*, 1887 p. 863.

O. S. H., enfant de 10 ans, imbécile, présentant des attaques d'épilepsie, débutant par la commissure labiale gauche, et se renouvelant 3 à 6 fois par jour. Il y a une paralysie incomplète de la face et de la langue ; l'articulation des mots est défectueuse. On diagnostique une lésion corticale de la région motrice. Le trépan est appliqué le 19 octobre 1886, au niveau du centre facial ; celui-ci, après l'ablation de la rondelle osseuse, est exactement déterminé au moyen de l'excitation faradique, et toute l'écorce qui le compose est enlevée. Pansement habituel et guérison rapide. Au point de vue fonctionnel, il y a de l'amélioration ; il y a eu la première nuit, du tremblement des lèvres, et la deuxième nuit, une attaque ; depuis les attaques se sont encore montrées, mais avec une fréquence moitié moindre. La paralysie n'a pas été modifiée, mais l'état mental, et l'état général, se sont considérablement améliorés.

Obs. 77. — *Traumatisme ancien. — Monoplégie brachiale. — Attaques épileptiformes. — Trépanation. — Guérison.* — Fischer (de Breslau). *Congrès allemand de Chirurgie*, 1888.

Homme de 47 ans ; choc sur le crâne, enfoncement de la voûte qui détermine, malgré la réduction des fragments, une paralysie gauche qui ne disparaît que lentement ; le membre supérieur gauche resta toujours un peu faible ; environ deux mois après le traumatisme, se produisit une première attaque d'épilepsie, qui débuta par le bras paralysé, prit ensuite les muscles de la face, puis ceux du membre inférieur du même côté, pour passer enfin

du côté opposé, et de bas en haut. Il y eut assez souvent de six à douze accès dans les 24 heures. Le siège du mal étant supposé au niveau de la frontale ascendante, on fit, le 20 octobre 1887, une trépanation à cet endroit, qui correspondait à la partie postérieure de la cicatrice osseuse.

On trouva un enfoncement de la table interne qui pressait sur la dure-mère ; pas de pulsations cérébrales. On enleva l'os jusqu'à ce que le cerveau battît librement. Guérison de la plaie, de l'épilepsie et de la faiblesse parésique du membre supérieur gauche.

Obs. 78 (résumée). — *Hémiplégie. — Attaques épileptiformes. — Pas de lésions. — Trépanation. — Guérison.* — Hoftman. Communiquée au *Congrès allemand de chirurgie*, 1889.

Homme de 30 ans, pris le 10 mars 1889 de céphalalgie violente, de vomissements, de rallentissement du pouls ; scintillement, faiblesse sans élévation de température. Pas de syphilis dans les antécédents ; malgré cela l'iodure de potassium amena une amélioration notable, mais, les jours suivants, se produisirent des attaques épileptiformes, puis une hémiplégie complète de tout le côté gauche avec paralysie de la vessie. Le même jour trépanation au niveau du temporal (?). Le soir déjà le malade remue le côté paralysé, retour du sensorium, disparition de la céphalalgie et de tous les autres accidents. Le sinus latéral a été ouvert.

L'auteur attache une grande importance à la décompression de l'encéphale.

Obs. 79 (résumée). — *Epilepsie jacksonnienne. — Trépanation.* — Dr Larger. Communiquée au *Congrès français de chirurgie*, 1889.

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui, depuis plusieurs mois, était sujet à des crises répétées se prolongeant par séries de 12 heures environ chacune, et caractérisées par les symptômes suivants : perte subite de connaissance après une aura partant du pied gauche ; convulsions cloniques consistant en secousses rythmées de la jambe, du bras et du cou, du côté gauche. Dès la première crise, le malade conserva une contracture permanente du membre inférieur gauche avec trépidations épileptoïdes et exagération des réflexes rotuliens.

Soumis en vain, dès le début, à un traitement spécifique, le malade finit par être forcé de garder le lit en permanence, et par tomber dans le marasme.

Les facultés intellectuelles s'étaient cependant conservées intactes : ce fait à mes yeux excluait l'idée d'une syphilis cérébrale. Je n'admis pas davantage le diagnostic d'exostose syphilitique du pariétal et me rattachai à l'idée d'un traumatisme ancien du crâne.

Je trouvai en effet un épaississement diffus assez considérable, avec ostéoclérose du diploé, dans le pariétal gauche, au niveau des centres; la dure-mère était adhérente par places à la table interne. Je circonscrivis un large espace quadrilatère, au niveau du centre du membre inférieur principalement et aussi de celui du cou et du bras, par quatre couronnes de trépan placées 2 à 2 de chaque côté de la ligne de Rolando. A l'aide de cisailles, j'enlevai toute cette portion quadrilatère du pariétal. La dure-mère, normale, ne fut pas ouverte.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses; il n'y eut aucune fièvre. Quant au résultat immédiat, il fut des plus remarquables. En effet, la jambe contracturée depuis plusieurs mois, se déraidit dès le soir de l'opération.

Malheureusement, 4 mois après l'opération, le malade est pris subitement d'une crise la nuit dans son lit; l'aura part du pied, comme auparavant, mais les secousses rythmées sont limitees au cou et au bras, la jambe se raidit légèrement pendant la crise, mais n'a plus de secousses.

Depuis lors, ces petites crises de cinq minutes à peine de durée, sans perte de connaissance, se sont reproduites plusieurs fois, toujours avec les mêmes caractères, mais le malade se promène néanmoins.

Je me propose d'enlever une nouvelle plaque de pariétal, principalement au niveau du centre du cou et du bras où une notable portion d'os hyperostosé a été conservée à tort.

Obs. 80 (résumée). — *Épilepsie jacksonnienne. — Trépanation. — Excision. — Amélioration.* — Deaver.

Malade de trente ans devenu épileptique à 21 ans. Les accès avaient le type suivant; ils commençaient par le bras gauche, les doigts s'infléchissaient vers le pouce, la main sur l'avant-bras, et l'avant-bras sur le bras. La tête tournait vers la droite, et à ce moment, le bras et la jambe droits devenaient rigides. Puis la tête revenait vers la gauche, et les doigts et la main gauche entraient dans le relâchement. Au moment où dans ce mouvement nouveau, la tête était revenue à la ligne médiane, les convulsions se généralisaient, devenant successivement toniques et cloniques.

Les attaques se renouvelaient jusqu'à 28 fois par jour; le bras et la jambe gauches devenant parétiques et l'état mental s'altérant notablement, on songea à l'opération.

Le seul élément précis de diagnostic, fut que la circonvolution frontale ascendante du côté droit, devait présenter une lésion irritative, à l'union de ses deux tiers inférieurs, et que peut être la partie correspondante de la pariétale ascendante était lésée. Quant à la nature de la lésion, on restait dans l'incertitude.

Le Dr Deaver fit la trépanation, et pratiqua une ouverture de trois cent. Ni les méninges ni la surface cérébrale ne parurent altérées.

Pour savoir quelles circonvolutions on avait sous les yeux, on employa l'excitation faradique et on détermina les centres des mouvements du bras, de la main et de la face. Le Dr Lloyd put constater ainsi que chacun de ces centres avait une localisation bien distincte.

On fit l'excision de ces parties dans toute l'épaisseur de la couche corticale.

Après l'opération, il y eut quelques accidents congestifs et du délire. Dans les jours qui suivirent il y eut quelques légers accès convulsifs. Au bout de 28 jours le malade était guéri, mais conservait une paralysie complète du bras gauche et de la face du même côté. Au bout de trois mois, il n'y eut plus un seul accès, la sensibilité était normale, et il y avait une légère amélioration de la paralysie.

Obs. 81 (résumée). — *Fracture ancienne du crâne avec enfoncement. — Accès épileptiformes. — Trépanation quatre ans après. — Guérison.* — Routier. *Société de Chirurgie*, mars 1886.

Malade de 30 ans, employé de chemin de fer. Pas de syphilis, tubercule ou épilepsie dans l'hérédité. En juillet 1881, il est pris entre deux trains et mutilé. Transporté à l'hôpital, il subit l'amputation du bras gauche au 1/3 moyen, et de la jambe droite au 1/3 supérieur.

Il y avait en outre une plaie du cuir chevelu avec fracture du crâne. La plaie fut réunie très vite mais il resta une fistule qui donna du pus pendant 2 ans, sans élimination de fragments osseux. Le lendemain de l'opération, il n'y avait ni troubles cérébraux, ni paralysie.

La fistule s'est tarie en 1883, huit jours après la fermeture de la fistule, le malade a commencé à ressentir au niveau de sa cicatrice, des douleurs vives, spontanées, irradiantes, se montrant par crises.

En mai 1885, sans accident précurseur, le malade tombe dans la rue, perd connaissance et constate lorsqu'il revient à lui, au bout d'un quart d'heure, que la main droite, et tout le membre droit étaient contracturés. Cette contracture dura deux heures. Depuis, il y a eu quatre attaques semblables, mais sans contractures permanentes. La douleur persiste entre les crises et devient si violente que le malade, ne dort plus, et reste comme hébété

L'examen des yeux, des oreilles, de la langue, l'état de la sensibilité et de la motilité ne révèlent rien d'anormal. Apyrexie complète.

Sur le côté gauche du crâne à 2 cent. et demi de la ligne médiane, à 8 cent. 1/2 au-dessous du rebord orbitaire, on trouvait une cicatrice déprimée en godet, et où on pouvait loger l'extrémité du petit doigt; la pression à ce niveau était douloureuse.

Le godet avait 10 millim. de profondeur, la peau était très adhérente à l'os que l'on sentait nettement dans la profondeur.

La trépanation fut faite antiseptiquement, et une couronne de trépan placée entre la dépression en godet, et la ligne des centres située en arrière. La rondelle osseuse enlevée, on constate un épaississement de l'os, qui produit une dépression très nette de la substance cérébrale. L'os épaissi est enlevé à la gouge. La dure-mère adhérente à l'os reprend alors sa convexité.

Le trou fait au crâne avait la forme ovale et mesurait 5 cent. 1/2 sur 4 de large. Dans sa plus grande épaisseur l'os mesurait jusqu'à 18 millim.

Les suites opératoires furent simples, la guérison se fit rapidement.

Le 2e jour il y eut une attaque épileptiforme, mais depuis, le malade a recouvré la santé, il est débarrassé de tous les phénomènes cérébraux qu'il présentait antérieurement.

Obs. 82 (résumée). — *Traumatisme ancien. — Attaques épileptiformes. — Excision de substance cérébrale. — Guérison.* — Von Bergmann.

Homme de 20 ans, ayant eu à l'âge de 4 ans, une fracture compliquée du crâne guérie après une longue suppuration ; début de l'épilepsie deux ans plus tard.

Actuellement, atrophie légère du côté droit, extension permanente de la main droite et de ses doigts, faiblesse intellectuelle, deux attaques par vingt-quatre heures. Ces attaques débutaient, sans exception, par une hyperextension tonique de la main droite, mais les phénomènes consécutifs sont variables ; quand l'attaque est complète elle envahit successivement le bras, puis le membre inférieur droit, puis tout le corps et se termine par la rotation violente de la tête à droite.

Sur le pariétal gauche, une cicatrice déprimée, adhérente à la perforation étroite de l'os. Le diagnostic fut : cicatrice du centre psycho-moteur de la main droite. Agrandissement au ciseau de la perforation osseuse, et résection de la dure-mère dans l'étendue de la plaie ; on trouve à la surface du cerveau, une dépression profonde, remplie d'un tissu aréolaire, des mailles duquel s'échappe une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien ; hémostase minutieuse, puis décollement de la pie-mère. Le sillon de Rolando reconnu, on excise immédiatement en arrière de ce sillon, au point qui correspond au centre de l'extension de la main, un fragment de substance cérébrale de 1 cent. carré de superficie sur 3 cent. de profondeur, tamponnement à la gaze iodoformée ; le lendemain suture de l'incision cutanée et pansement antiseptique ; guérison en trois semaines.

Immédiatement après l'opération, on constate une paralysie complète des

extenseurs de la main droite, preuve que le centre moteur de ces muscles a été enlevé, et les attaques cessent ; mais elles ne tardent pas à reparaître quoique plus faibles, plus courtes, et moins fréquentes. La paralysie des extenseurs persista pendant trois mois, au bout de ce temps elle commença à rétrograder, mais au cinquième mois, l'opéré n'exécutait encore que de faibles mouvements.

Obs. 83 (résumée). — *Traumatisme crânien. — Parésie du membre inférieur droit. — Trépanation de la zone motrice correspondante. — Guérison.* — Mackay. *Edinb. med. Journ.*, v. 374, p. 125, 1886.

Homme de 63 ans qui, 14 ans auparavant, avait reçu un morceau de charbon de terre sur le côté droit de la tête et avait éprouvé ensuite une légère diminution de la vue dans l'œil correspondant. Sept semaines avant son entrée, il tombe dans un escalier et se fait une plaie du côté gauche du crâne, dans un point symétrique. Perte de conscience pendant plusieurs jours. Au moment de l'entrée on constate de la parésie du membre inférieur droit surtout de la jambe, avec diminution de la sensibilité. Le réflexe rotulien était notablement augmenté du même côté. Affaiblissement de la vue dans l'œil gauche. Les deux cicatrices siègent un peu au-dessus des bosses pariétales. On trépane à la partie postérieure de la cicatrice du côté gauche. L'incision de la dure-mère donne issue à de la sérosité. Amélioration et guérison. La diminution de la vue du côté même de la lésion est attribuée par l'auteur au contre-coup. Il y avait un staphylome postérieur des deux côtés et de l'atrophie optique.

Obs. 84 (résumée). — *Tramatisme ancien. — Épilepsie et paralysies partielles consécutives. — Trépan. — Pachyméningite. — Mort.* — Mills. *Annals of Surgery*, 1885 (article de Roberts).

Malade âgé de 40 ans, pas d'affections vénériennes, pas d'antécédents d'épilepsie. Santé excellente jusque-là. En 1873, il fut frappé sur la tête avec un tire-botte, qui amena un peu de contusion, mais pas de plaie. Il ne perdit pas connaissance, mais bientôt après, il commença à souffrir de maux de tête continuels, avec des exacerbations, plus tard il eut du vertige, fit des chutes, mais conserva toute sa connaissance.

Graduellement, il y eut de l'aggravation, et ces attaques devinrent analogues à celles du petit mal. Elles étaient légères, sans perte de connaissance, et ne se montraient que 5 ou 6 fois par mois.

Pendant les 8 années qui suivirent, les attaques ne firent que croître en nombre et en intensité. La douleur persévérait et toujours était localisée au siège du traumatisme primitif.

C'est 3 ans après l'accident, qu'il commença à perdre connaissance.

La vue baisse rapidement. Les attaques ont un caractère convulsif, bien marqué, il ne mord jamais sa langue, mais on voit de l'écume sortir de sa bouche.

Cinq ou six jours avant l'entrée à l'hôpital de Philadelphie, il constate, pour la première fois, de la faiblesse dans le bras droit, et un peu après, dans la jambe du même côté. Deux jours plus tard, il était incapable de mouvoir son bras, et ne marchait qu'en traînant la jambe. A ce moment, les attaques se suivaient toutes les demi-heures, mais l'état mental n'avait subi aucune modification ; comme auparavant, il avait l'habitude de se coucher sur le parquet, tout nu, répétant toujours le même mot, comme un maniaque. La paralysie du bras et de la jambe droite était complète.

Pendant les attaques, le bras gauche était rigide, et les doigts fermés. Dans le bras et la jambe du côté droit, il y avait des convulsions cloniques, alternant avec des périodes de rigidité. Les yeux étaient fixes, déviés à droite, les pupilles dilatées, la gauche plus que la droite. Dans les intervalles, il y avait du nystagmus des deux yeux, combiné avec un léger strabisme interne. Le pouls était irrégulier et fréquent : 100 à 160. Pendant la nuit, un intervalle de 12 à 15 minutes à peine, séparait les attaques les unes des autres.

Vers minuit, les mouvements furent moins violents, les attaques plus espacées, les pupilles avaient des alternatives de dilatation et de contraction. La respiration devint plus lente, mais non stertoreuse ; l'urine s'écoula involontairement, et le coma survint.

La trépanation fut décidée le 5 juin 1884.

Quoique la mère affirma que la contusion avait eu lieu du côté gauche et tout à fait en avant, il n'y avait là aucune cicatrice ; il fut décidé que la trépanation se ferait à gauche, sur la ligne rolandique.

L'opération se fit sans anesthésie, et une rondelette osseuse enlevée, on trouva la dure-mère plus congestionnée qu'à l'état normal, et légèrement adhérente à l'os. Il n'y avait aucun signe de dépression ou de fracture de la table interne.

Après cette intervention, les convulsions furent moins fortes, et le malade put prendre quelque nourriture. La parole devint intelligible, et l'intelligence eut des moments de lucidité parfaite.

Deux jours plus tard, les convulsions reparurent des deux côtés, le pouls devint faible et rapide, la température élevée, la respiration précipitée, non stertoreuse, et le coma réapparut. Il mourut quatre jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva, au niveau du siège de l'opération, et un peu en avant, que la dure-mère était fortement adhérente à la pie-mère et au cerveau.

Tout ceci ne faisait qu'une masse commune ; de plus, la dure-mère adhérait à l'os, dans la portion du lobe frontal situé en avant de l'ouverture du trépan. La trépanation avait donc bien été faite sur le siège de la méningite.

Obs. 85 (résumée). — *Traumatismes anciens. — Attaques épileptiformes. — Parésie partielle. — Trépanation. — Excision de substance corticale. — Guérison.* — Horsley. *British med. Journ.*, 1886 (Rapporté in *Archiv. de Neurologie*, 1886).

Georges W. J.., âgé de 24 ans, a été frappé à l'âge de cinq ans par un timon de voiture qui lui a fait une légère fracture avec plaie. A 13 ans, coup de pied de cheval au même endroit. Trois mois plus tard, les attaques apparaissaient par série de trois ou quatre, toutes les trois semaines.

Etat actuel. — Nombreuses cicatrices sur la tête. A l'angle supérieur et antérieur du pariétal gauche, près de la ligne médiane, on trouve une cicatrice, avec une légère dépression due à une fracture ancienne.

Ce point est très sensible à la pression. Il y a aussi de l'hémianesthésie droite qui disparaît par l'application de courants faradiques.

Attaques. — L'*aura* était abdominale ; douleur dans le côté gauche, et besoin de défécation ; toux spasmodique. La tête et souvent les yeux étaient tournés vers la droite ; le bras droit était étendu par secousses, et le malade perdait connaissance.

Tous les muscles étaient pris dans la flexion. Après l'attaque, le malade disait que son bras droit était faible pour quelque temps.

Diagnostic. — Lésion irritative siégeant dans le tiers postérieur de la circonvolution frontale supérieure ; point correspondant juste à la légère dépression du crâne.

Opération, 13 juillet 1886.

L'os est trépané, près de la dépression ; on trouve que la table interne a été brisée en éclats qui forment une couronne dure autour de la perte de substance du crâne qui est comblée par du tissu cicatriciel.

De plus, la dure-mère avait été déchirée, et un fragment d'os projeté dans la substance cérébrale. Les fragments osseux furent enlevés, la dure-mère incisée, la cavité creusée dans la substance cérébrale, était cunéiforme et avait de un à cinq centimètres de profondeur, sur un de largeur. Elle siégeait exactement à l'endroit diagnostiqué, et était remplie de tissu connectif lâche. Elle fut enlevée par une incision circulaire, faite à une distance de cinq millimètres.

La plaie fut guérie en trois jours. Faiblesse du membre inférieur droit. Parésie de la main.

Tout ceci a rapidement disparu.