Obs. 86 (résumée). — *Traumatisme ancien. — Hémiparésie. — Attaques épileptiformes. — Trépanation. — Ablation de substance corticale. — Guérison.* — Horsley. *British med. Journ.*, 1886.

Jacques B..., 22 ans, est admis à l'hôpital. A l'âge de 15 ans il fut renversé par un fiacre, et fut soigné pour une fracture du crâne avec enfoncement. La guérison fut rapide, les esquilles furent enlevées.

Il resta pendant quelque temps de l'hémiplégie qui finit par disparaître complètement.

Dès l'âge de 15 ans, il commença à avoir des attaques, qui ne se montraient qu'à de rares intervalles. Peu à peu elles devinrent plus fréquentes, et décidèrent le malade à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Sur le sommet gauche de la tête (point qui par la mensuration paraît correspondre au 1/3 supérieur de la circonvolution frontale ascendante) se trouve une cicatrice carrée, au centre de laquelle on perçoit l'absence de l'os. La pression à ce niveau est douloureuse, et la douleur augmente pendant les attaques.

Les attaques très nombreuses (plus de trois mille par semaine) débutaient habituellement par la jambe droite, quelquefois simultanément par les deux membres du côté droit.

En voici la description : le membre inférieur droit était étendu toniquement, et puis, il devenait le siège d'un spasme clonique. Le membre supérieur droit était alors lentement étendu à angle droit, fixé au corps, le poignet et les doigts fléchis; les doigts s'étendaient ensuite, et tout le membre était pris de spasmes cloniques, de flexion et d'extension, le coude se fléchissant graduellement. Un moment les spasmes du membre inférieur cessaient; mais ceux du membre supérieur continuaient avec vigueur; le spasme affectait graduellement l'angle droit de la bouche, s'étendait sur le côté droit de la face et faisait tourner la tête et les yeux vers la droite.

En somme, les différentes parties étaient prises dans l'ordre suivant : membre inférieur, membre supérieur, face et cou ; le caractère des mouvements était d'abord l'extension, puis une certaine confusion et enfin la flexion. Ce qui montre bien que le point de départ était situé vers la terminaison postérieure du premier sillon frontal.

Le malade était nettement hémiparétique, il pouvait accomplir tous les mouvements dans les membres droits, mais avec moins de force que du côté gauche.

Pas d'altération de la sensibilité; réflexes exagérés des deux côtés.

Opération le 25 mai 1886.

L'os autour de l'ancienne ouverture fut enlevé, et on trouva que l'arachnoïde, la dure-mère et la peau formaient une masse homogène de tissu fibreux. La dure-mère fut relevée avec le lambeau. La cicatrice du cerveau était très vasculaire, rouge, et d'à peu près 3 cent. de long sur 2 de large.

Dans le voisinage, le cerveau était un peu plus jaunâtre que de coutume. La cicatrice à un demi-centimètre de la substance cérébrale avoisinante fut excisée sur une profondeur de deux centimètres. On trouva alors que le tissu cicatriciel pénétrait plus profondément de quelques millimètres dans les fibres de la circonvolution marginale. Cette portion fut également enlevée, et la plaie fermée.

La plaie a complètement guéri en trois semaines.

Après l'opération le malade fut d'abord paralysé des doigts du membre supérieur droit, de plus il y avait une grande flexion du poignet, et l'avant-bras était en supination. Avec cette paralysie motrice, il avait une perte de la sensibilité tactile du dos de deux phalanges des doigts. Il ne pouvait localiser le toucher plus bas que le poignet, enfin il ne pouvait dire la position d'aucune jointure de ses doigts. Il y a donc paralysie tactile et du sens musculaire, due à une lésion de l'écorce, et accompagnant une paralysie motrice.

Au bout de deux mois, cette paralysie a disparu, et le malade n'a plus jamais eu d'attaques.

Obs. 87. — *Traumatisme ancien. — Accès épileptiformes. — Trépanation. — Esquille implantée dans le cerveau. — Guérison.* —Williamson et Robert Jones. *British med. Journ.*, 26 oct. 1889.

Jeune homme employé dans une forge de Manchester. Il y a 2 ans il fit une chute contre l'angle d'une muraille, et eut une plaie au niveau de la région rolandique gauche. Étourdissement et hémorrhagie abondante. Transporté à l'hôpital, il reprit connaissance et sortit au bout d'une semaine. En ville, il contracta un érysipèle et revint à l'hôpital. Là, il eut la tête toute boursouflée, et eut une première attaque épileptiforme, suivie de quelques autres. Il fut sans connaissance une partie de la journée, et on vit se développer une paralysie du bras et de la jambe droite, qui dura trois semaines. La parole était lente et peu compréhensible, mais au bout d'une semaine le langage était normal, et bientôt la paralysie disparut. La plaie étant cicatrisée, le malade quitta l'hôpital le vingt et unième jour.

Antécédents. — Le père et la mère se livrent à la boisson. Le malade est l'aîné de quatre enfants, tous vivants ; sa sœur aînée est épileptique, et presque imbécile.

État actuel, deux ans après le premier traumatisme. On trouve une petite dépression triangulaire sur la région rolandique du côté gauche, à la place du traumatisme ancien.

Dans la nuit du 31 octobre 1888, le malade fut pris de deux attaques épileptiformes, et se rendit près du Dr Williamson pour subir un traitement. Des pilules apéritives furent prescrites, et jusqu'au 2 novembre, il n'y eut aucun accès. Le 3 novembre, il y eut une série d'attaques qui forcèrent le malade à garder le lit; depuis il n'a pas repris connaissance, si ce n'est après l'opération. Les attaques étaient courtes, mais se renouvelaient toutes les dix minutes.

Le Dr Eug. Byrne, médecin résident à l'hôpital Latchford, qui a pu suivre la succession des symptômes, les décrit ainsi : au début, il y a des gémissements et de légers mouvements dans le côté droit, puis des tremblements dans le même côté, et enfin une rigidité tétanique des membres du côté droit, et des secousses dans la face. L'œil droit est pris de clignottements violents, bientôt suivis par un nystagmus rapide. Le soir, il y avait encore des clignottements sans nystagmus, et le malade était dans un coma profond.

Dans la même soirée, lorsque le Dr Jones vit le patient, celui-ci était très bas, le pouls marquait quelques pulsations, la respiration était superficielle et pleine de râles ; les extrémités froides et violacées, la perte de connaissance complète. Les attaques se renouvelaient toutes les 10 minutes. Jones fit la trépanation sur-le-champ.

Opération. — assistants : les Drs Byrne et Williamson. La tête rasée et lavée à la térébenthine, on fit une injection hypodermique de morphine, et on administra l'éther.

Incision semi-circulaire à convexité supérieure, faite au-dessus de la cicatrice. Le périoste est décollé et rabaissé, mettant à nu l'ancienne dépression. Un trépan de 3/4 de pouce est placé à ce niveau. La rondelle osseuse enlevée, portait sur sa face profonde une esquille triangulaire implantée à angle droit et pénétrant dans le cerveau à une profondeur de près d'un pouce. L'ouverture correspondait à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur de la scissure de Rolando ; un peu en avant cependant, et découvrant surtout la circonvolution frontale ascendante.

Pendant l'opération on se servit de bichlorure de mercure en solution. Les vaisseaux sectionnés furent liés. Drainage. Pansement avec parties égales d'iodoforme et d'acide borique; ouate antiseptique. La réimplantation osseuse ne fut pas faite. Avant l'ablation de la rondelle osseuse et pendant l'anesthésie, il y eut deux attaques, ensuite on n'observa que de l'insomnie.

Une heure après l'opération, on dut transporter le malade à l'hôpital Latchford, distant de près d'un mille, par un temps humide et une nuit très froide. Avant le départ on administra du chloral et du bromure de potassium en lavement.

Deux heures après l'arrivée, le patient était au plus mal. Le pouls assez fréquent, était faible, irrégulier, presque impossible à compter. La respiration rapide, superficielle, pleine de râles; la température de 102°,6 F.

Des accès de tremblement avaient succédé aux convulsions, et le malade était assez faible, pour qu'il fût nécessaire de lui soulever l'épiglotte. Une injection rectale de teinture de digitale améliora la situation, et le patient put expulser quelques gros crachats. Dans la nuit, il enleva les pièces de pansement qui couvraient la tête, mais on put les replacer immédiatement.

Après plusieurs jours d'agitation, il y eut une amélioration considérable, le pouls devint bon, la respiration parfaite, et les douleurs disparurent ; il n'y eut plus d'attaques, mais les mouvements n'étaient pas parfaits. Le seul accident à noter fut une hernie cérébrale qui guérit par la compression.

Au mois de mai suivant, c'est-à-dire 6 mois après l'opération, il y eut de nouvelles attaques, des maux de tête, et un léger écoulement de pus par la plaie.

Une nouvelle opération fut faite le 6 mai.

Injection de morphine et éthérisation. Le Dr Jones fit une nouvelle incision dans le voisinage de l'ancienne, et découvrit un fragment osseux pointu qui s'enfonçait dans le cerveau. L'hémorrhagie fut assez abondante.

La suite de l'histoire est très simple. Pendant quelques jours, il y eut du ptosis de l'œil gauche, et on fut obligé de faire le cathétérisme vésical. En juillet le malade quitta l'hôpital complètement guéri, et sans aucun trouble cérébral.

Obs. 88 (inédite). — *Traumatisme. — Accidents consécutifs épileptiformes et paralytiques. — Abcès cérébral. — Trépanation. — Mort.*

Cette observation recueillie dans le service du Dr Périer à l'hôpital Lariboisière, et due à l'obligeance de notre collègue M. Couder, nous a été remise trop tard, pour qu'il nous fut possible de l'insérer dans notre 3e groupe d'observations. Nous remercions vivement M. le Dr Périer, d'avoir bien voulu nous la communiquer.

Kraff, âgé de 29 ans, charretier, a été frappé dans une rixe, de plusieurs coups de canne plombée sur la tête. Les deux petites plaies contuses qui en résultèrent, furent pansées à domicile et guérirent en peu de jours. Cependant, il persistait des maux de tête et un état de faiblesse général qui rendaient le travail impossible.

Le 30 janvier, à la suite de libations suivies de refroidissement, il survint de la raideur dans le côté gauche et de vives douleurs. Le 5 février, début des accidents cérébraux; quelques vomissements qui ne se sont pas reproduits depuis. Le 6 février, le malade entre à l'hôpital, il n'a pas de délire véritable, mais ne reconnaît personne et ne répond pas aux questions ; il a la physionomie égarée et les pupilles dilatées.

Par moment on observe des convulsions épileptoïdes dans le côté gauche;

raideur de la nuque. Agitations et cris inarticulés. Temp., 39°,8. P. 68. Langue et lèvres fuligineuses, ventre rétracté, pas de vomissements. On voit une petite plaie cicatrisée à la partie supérieure de la moitié droite de l'occipital. Glace sur la tête rasée. Injection hypodermique de morphine.

7 février. Nuit assez calme ; ce matin le malade peut fixer son attention et répondre aux questions ; mêmes convulsions dans le côté gauche, raideur et petites secousses. Langue humide, on continue la glace sur la tête. Le 8, même état intellectuel, pas de délire, mais somnolence et assoupissement dont on ne peut le tirer ; les réponses sont précises ; il n'y a plus de secousses dans les membres, mais simplement de la raideur ; la nuque n'est pas raide. Pression douloureuse à la partie supérieure du pariétal droit.

Le 9. A la raideur a succédé une hémiplégie gauche, flasque, plus accentuée à la jambe ; le facial est légèrement atteint ; pas d'aphasie. Pas de fièvre. Le 10, opération : incision cruciale au niveau de la plaie postérieure située immédiatement en arrière de l'extrémité supérieure de la ligne rolandique. On trouve un séquestre de la table externe, de la grandeur d'une pièce de 0,50 cent. L'orifice est agrandi avec la gouge ; au-dessous le cerveau est rénitent et fluctuant. La lame du bistouri est enfoncée de 3 cent. sans résultat, mais après l'introduction d'une pince de Lister pour écarter les bords de l'incision, il s'écoule une cuillerée de pus verdâtre et fétide, et mêlé de sérosité ; injection de sublimé, drain dans l'incision cérébrale, suture des téguments, et pansement antiseptique.

Le chloroforme a été bien supporté.

Le 11. Pouls 60, pas d'agitation nocturne, pas de vomissements, mal de tête, anurie, la vessie est vide. On enlève une suture et il s'écoule un peu de pus ; le drain est raccourci ; il n'y a pas de pulsations. Les paralysies ne se sont pas modifiées. Le 12, même état, les sutures sont enlevées, et la plaie réunie. Le malade a uriné sous lui ; le pouls tombe à 54.

La mort survient le 13 février.

A l'autopsie, on trouve de la méningite de la base, et un peu de pus dans les ventricules latéraux.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plusieurs titres ; d'abord, par la précision du diagnostic, malgré les signes de méningite coexistants avec ceux de l'abcès. En second lieu, on peut remarquer que les symptômes à distance fournissaient des indices de localisation suffisants, que renforçait encore la coïncidence au même niveau d'une douleur à la pression facile à constater. Constatons encore, au point de vue pathogénique, l'existence d'une plaie primitive du cuir chevelu, porte d'entrée probable des agents septiques.

CONCLUSIONS

I. — L'étude des localisations cérébrales corticales fournit à la clinique de précieux renseignements pour établir le diagnostic des affections intra-crâniennes.

II. — On doit cependant songer à la possibilité d'une erreur causée par l'existence de pseudo-symptômes de localisation.

III. — L'intervention est justifiée, lorsqu'il existe une lésion matérielle, abcès, épanchement, tumeur, etc ; elle est discutée si aucune lésion visible à l'œil nu, ne répond aux signes d'irritation locale fournis par la clinique.

IV. — L'opération doit être basée sur un diagnostic précis, et faite avec une antisepsie rigoureuse.

V. — Dans ces conditions, la trépanation, n'a que la gravité de la lésion qu'elle veut combattre ; par elle-même, elle est d'une bénignité comparable à celle des petites opérations chirurgicales.

VI. — Les résultats donnés par l'intervention sont satisfaisants, et autorisent le chirurgien à persévérer dans cette voie.