

crâne change avec l'âge, il n'en est pas de même du volume relatif des lobes cérébraux, par conséquent du rapport de ces lobes avec la

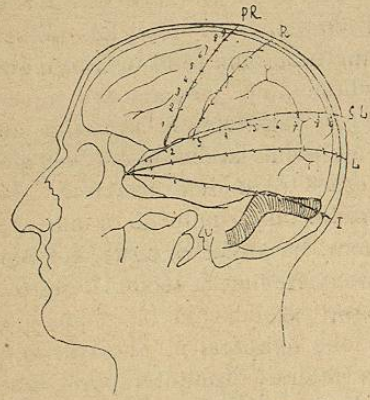


Fig. 30. — Procédé employé par l'auteur pour les recherches de topographie crânio-encéphalique.

boîte crânienne considérée comme un tout et non composée de parties : or, c'est la boîte crânienne considérée comme un tout qui nous intéresse seule dans notre procédé. Enfin, notre procédé est utilisable quelle que soit la forme du crâne, très dolicocephale ou très brachycephale, les sillons et scissures allant, dans tous les cas, aboutir à un point proportionnellement le même de la longueur de ce bord, et leur direction avec la forme du crâne dans le même sens que celles de nos lignes, faits que nous avons constatés un nombre considérable de fois, sur les cerveaux les plus différents de forme et de volume.

La méthode que nous venons de décrire est donc applicable avec une exactitude suffisante dans tous les cas et pour tous les points de la surface cérébrale, et ne demande, pour tout appareil, qu'un mètre de ruban qu'on trouve partout.

B. — MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Les procédés de la chirurgie opératoire crânio-encéphalique sont de deux sortes :

1° Un procédé général, qui trouve son application dans la thérapeutique de très nombreuses affections du crâne et de l'encéphale : la résection crânienne pariétale, ou trépanation ;

2° Toute une série de procédés dont l'application est limitée à la thérapeutique d'une ou de quelques affections seulement : par exemple, la craniotomie, la résection du cortex sclérosé, la découverte et le traitement des néoplasmes intraencéphaliques, la ponction ventriculaire, etc.

Les procédés de cette seconde série devant trouver leur place dans l'étude du traitement des affections mêmes auxquelles elles s'adressent, nous n'étudierons ici que le procédé de la première série, seul d'intérêt général : la résection crânienne.

Nous compléterons ce chapitre par la description opératoire de la ponction vertébrale, procédé qui, n'ayant d'intérêt qu'en chirurgie encéphalique, trouve ici sa place nécessaire.

1° Résection crânienne. — La résection de la paroi crânienne,

depuis son origine préhistorique jusqu'à nos jours, a été pratiquée par des procédés et avec des instrumentations dont la richesse ne trouverait sans doute nulle autre part son égale en chirurgie.

On ne s'attend pas à ce que nous étudions ici les uns et les autres ; nous croyons cependant nécessaire de les énumérer, en les groupant autant que possible d'après leurs analogies.

1. RÉSECTION CRANIENNE AU TRÉPAN. — La résection crânienne au trépan est la plus ancienne connue : citons seulement le trépan à curseur de Collin, le trépan sans curseur de Championnière, la tréphine anglaise, la tréphine de Poulet, la tréphine conique de Tauber, parmi les instruments qui permettent de l'exécuter ; s'il nous fallait citer seulement tous ceux qui ont été imaginés, une page de noms propres nous serait nécessaire.

2. RÉSECTION CRANIENNE A LA SCIE. — Les instruments utilisés pour la pratiquer peuvent être divisés en deux groupes :

a. Les scies à main, scies à crête de coq, scie ordinaire d'amputation (Horsley).

b. Les scies circulaires, mues par une manivelle, par un tour, à pied ou électrique : polytritome de Péan, scies circulaires d'Ollier, de Salzer, de Cryer, d'Hawksley, etc.

3. RÉSECTION CRANIENNE AU CISEAU. — Procédé proposé par Wagner en Allemagne, il y a une douzaine d'années, et défendu par Poirier en France.

4. RÉSECTIONS CRANIENNES AU COMPAS. — Procédé proposé par Paré qui se servait d'un compas dont une des branches était fixée dans l'os, et dont l'autre, branche coupante, agissait circulairement autour de l'autre ; il a été conseillé de nouveau ces années dernières en Italie, par Zuccaro et Padula, qui ont imaginé, pour l'utiliser, des instruments peu différents en réalité de ceux du vieil auteur français.

5. RÉSECTION CRANIENNE A DEUX INSTRUMENTS, L'UN PERFORATEUR, L'AUTRE AGRANDISSEUR. — Enfin un grand nombre de chirurgiens se servent, pour pratiquer la résection crânienne, de deux instruments : l'un destiné à faire dans la paroi crânienne un premier orifice, et qui est, pour la plupart des chirurgiens, un trépan : l'autre destiné à agrandir l'orifice :

a. Soit en emportant, dans une direction donnée, des morceaux successifs de crâne : pince emporte-pièce de Mathieu, pince-trépan de Farabeuf ;

b. Soit en creusant dans le crâne un fossé qui, revenant à l'orifice de départ, permet de délimiter et d'isoler une pièce crânienne plus ou moins étendue : pince coupante de Lannelongue, craniotome de Poirier, notre craniotome oblique, scie à chaîne de Toison ; mortaiseuses de Cryer, C. M. Wright, Horsley, Doyen.

Après avoir expérimenté ceux de ces procédés qui nous parais-

saient présenter un intérêt réel, nous avons adopté jusqu'à nouvel ordre, comme technique préférable :

α. La *résection au trépan Collin avec agrandissement soit à la pince emporte-pièce, soit à la pince-trépan de Farabeuf*, lorsque nous opérons sur le cervelet ou, au niveau du cerveau, lorsque nous faisons une résection osseuse définitive.

β. La *trépanation bilinéaire avec travée autoplastique intermédiaire*, lorsque, au niveau du cerveau, nous jugeons utile et possible, ce qui est rare, de faire une résection seulement temporaire.

Ces deux procédés permettent de faire, en une demi-heure ou moins, les ouvertures crâniennes les plus larges. Dans l'un et l'autre, on taille le lambeau en fer à cheval, on pratique l'hémostase de ses bords à l'aide de pinces en T ou de nos pinces spéciales sans manches, extrêmement faciles à laisser à demeure dans le pansement, et l'on prend une simple précaution relativement aux vaisseaux intracrâniens : c'est de ne pas placer directement sur l'un d'eux la couronne de trépan destinée à amorcer l'ouverture osseuse : cette précaution prise, il n'y a plus la moindre crainte de les blesser ; on peut réséquer la voûte crânienne, au-dessus des vaisseaux méningés ou du sinus latéral, souvent plus large que le petit doigt, sans se préoccuper de leur présence le moins du monde.

Ceci dit, le procédé de résection définitive que nous préférons, procédé classique, ne doit pas nous retenir davantage.

Au contraire, il nous semble utile de décrire le procédé de résection temporaire que nous employons (fig. 31). « Ce procédé, disions-nous (1), que nous proposons d'appeler trépanation bilinéaire avec travée autoplastique intermédiaire, se pratique de la manière suivante : Nous taillons jusqu'au périoste les parties molles, suivant trois côtés d'un trapèze dont le quatrième côté, côté étroit, dirigé du côté de la base du crâne, répondra au pédicule. Au niveau des parties molles rétractées, le périoste est incisé, puis décollé tout le long des deux incisions verticales et le crâne attaqué par deux couronnes de trépan aux extrémités supérieures de celles-ci. Au niveau des bandes de périoste récliné, deux bandes d'os sont enlevées soit par de nouvelles couronnes de trépan subintrantes (faites de préférence avec la pince-trépan du professeur Farabeuf), soit à la pince emporte-pièce de Mathieu, soit au crâniotome de Lannelongue, suivant l'épaisseur et la dureté de la paroi. Entre les deux extrémités supérieures des fossés, la pièce osseuse est attaquée au ciseau, d'abord en écaillant la table externe, ensuite en coupant le diploé et la table interne par des coups de ciseau partant de l'un des fossés et très obliques par rapport aux surfaces du crâne. Comme on a sous les yeux la tranche de celui-ci, on peut en sectionner à chaque coup toute l'épaisseur

(1) A. CHIPAULT, Chirurgie opératoire du système nerveux, Paris, 1894, t. I, p. 187.

laissée par l'écaillage de la table externe : aussi deux ou trois coups de maillet suffisent-ils souvent pour détacher le bord supérieur de la travée. Quant à son bord inférieur, on le traite de même. On a donc, le lambeau ostéocutané relevé, une surface d'exploration crânienne qui peut être considérable et, lorsqu'il est rabattu, deux fossés latéraux, et, entre eux, une pièce ostéoplastique. Naturellement, si la première perte de substance ne suffisait pas, on pourrait en enter sur elle une seconde, parallèle à ses bords ou à son sommet, sans la moindre difficulté. Ajoutons que pour faciliter la résection crânienne, par notre procédé, nous avons fait construire par M. Collin un ciseau spécial dont le tranchant, légèrement oblique par rapport au manche,

est muni de deux épaulements mousses, également obliques. Il résulte de l'obliquité du tranchant qu'il attaque à la fois toute l'épaisseur de la tranche osseuse, quelle que soit l'étroitesse du fossé ; de l'obliquité des épaulements, qu'il attaque cette tranche non perpendiculairement aux surfaces crâniennes, mais obliquement, en faisant le lambeau plus étendu du côté de la table externe. Chacun des deux épaulements a du reste sa fonction particulière : l'inférieur écarte et protège la dure-mère ; le supérieur, lorsqu'on agit au niveau du pédicule, écarte et protège le péri-crâne, si facile à blesser avec les ciseaux ordinaires et avec les scies. Le tranchant devant avoir, pour que l'instrument conserve tous ces avantages, à très peu près la hauteur de la coupe oblique du crâne qu'il attaque, nous jugeons utile d'avoir sous la main une série de trois ciseaux dont les tranchants sont longs de 10, 12 et 15 millimètres, et dont les épaulements sont respectivement distants l'un de l'autre de 7, 8 et 10 millimètres. »

Ayant bien en main les deux techniques de résection crânienne qui précèdent, l'une de résection définitive, l'autre de résection temporaire, le chirurgien sera à même de pratiquer les diverses manœuvres intracrâniennes dont nous aurons, au cours de notre travail, à indiquer l'utilité et les détails.

2° *Ponction vertébrale*. — Avant d'abandonner ce chapitre de médecine opératoire, nous devons, avons-nous dit, signaler une opération dont l'utilité, dans le diagnostic et la thérapeutique des affections intracrâniennes, est fréquente et variée : cette opération, c'est la

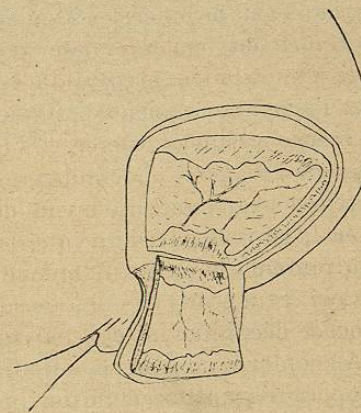


Fig. 31. — Résection crânienne bilinéaire avec pièce autoplastique intermédiaire (procédé de l'auteur).

ponction vertébrale, permettant d'évacuer le liquide céphalo-rachidien; et que Quincke a décrite le premier, en 1890.

Quincke la pratique par le troisième espace interlaminaire lombaire.

Nous préférons la faire par l'espace lombo-sacré. Le fourreau dural ne contient plus à ce niveau que quelques filets nerveux accolés sur ses parties latérales, alors que sa partie médiane est occupée par le cul-de-sac arachnoïdien inférieur, véritable réservoir de liquide céphalo-rachidien. En outre, la largeur et la hauteur de cet espace sont plus considérables que celles des espaces sus-jacents. Enfin, les points de repère à préciser pour y faire pénétrer le trocart sont d'une netteté toute particulière; en effet, si l'on palpe de haut en bas la crête des apophyses épineuses lombo-sacrées, on note de suite un intervalle apophysaire beaucoup plus dépressible que les sus et sous-jacents; c'est l'intervalle cherché, limité en haut par l'apophyse épineuse cinquième lombaire, en bas, par l'apophyse épineuse première sacrée. Si l'on garde quelque doute, on peut reconnaître, à 5 ou 6 centimètres de la ligne des apophyses, une surface osseuse ovale sous-cutanée, faisant suite à la crête iliaque, et dont la grosse extrémité inférieure, se trouvant sur la même ligne horizontale que le bord inférieur de l'apophyse épineuse première sacrée, peut servir de point de repère accessoire. Le sujet étant placé dans le décubitus latéral, les jambes et le tronc fléchis, les saillies osseuses que nous venons de noter sont déterminées. Sur l'un des côtés de l'apophyse épineuse première sacrée, on enfonce péniblement, à travers la peau et l'aponévrose extrêmement dures, le trocart que l'on dirige en avant et légèrement en haut et en dedans. On pénètre du premier coup à 2 ou 3 centimètres chez l'enfant, à 4 chez l'adulte. Presque toujours il est nécessaire de faire pénétrer l'instrument un peu plus profondément avant de frôler avec sa pointe le bord supérieur de l'arc premier sacré; ce bord apprécié, on abaisse un peu le manche de l'instrument pour contourner l'obstacle, puis on enfonce encore de 1 centimètre chez l'enfant, de 2 chez l'adulte. Enfin, on retire le mandrin. Le liquide céphalo-rachidien s'écoule par grosses gouttes qui oscillent synchroniquement à la respiration, à l'extrémité du tube, avant de tomber. Les précautions à prendre pour faire cette ponction sont insignifiantes: la désinfection du champ opératoire et des instruments est naturellement indispensable; l'anesthésie même locale est inutile, étant donnée l'à peu près complète insensibilité de la peau de la région; un peu d'ouate collodionnée suffit pour oblitérer la piqûre qui ne saigne pas.

Ajoutons que nous avons fait construire un matériel spécial, permettant de pratiquer la ponction lombo-sacrée avec toute la commodité possible et de faire, relativement à la pression et aux caractères du liquide céphalo-rachidien, toutes les constatations utiles.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Rien n'est plus difficile que la description didactique des traumatismes péricrânio-crânio-encéphaliques. Il faudrait, pour que chacun d'eux fût complètement décrit, étudier à son propos toutes les lésions primitives, secondaires, tertiaires, susceptibles de s'y rencontrer: or ces lésions sont, pour la plupart, communes à la variété décrite et à un grand nombre, sinon à toutes les autres. Poussant à l'extrême les conséquences de ce fait, la plupart des auteurs reportent la description de ces lésions, désignées par eux du nom inexact de complications, à des chapitres ultérieurs: si bien qu'en lisant, dans leurs travaux, le chapitre des fractures du crâne irradiées ordinaires, ou celui consacré à toute autre variété de fracture, on croirait véritablement que ces fractures se réduisent à la solution de continuité osseuse. D'autre part, à la suite de ces descriptions viennent toute une série de chapitres qui semblent traiter à l'égal d'entités morbides les corps étrangers du cerveau, comme si ces corps étrangers pouvaient exister en dehors d'une solution de continuité du crâne; la commotion, la contusion, comme si elles étaient distinctes l'une de l'autre et comme si, en dehors des traumatismes expérimentaux, on les avait jamais vues sans fracture du crâne; la compression, comme si elle ne relevait pas d'un enfoncement crânien ou d'une hémorragie, soit méningée, soit sinusale. Véritablement, pour comprendre la presque constante superposition de ces lésions, il faut avoir vu beaucoup de malades ou lu beaucoup d'observations; une description didactique devrait pouvoir y suppléer et ne pas laisser au chirurgien qui se trouve en présence d'un cas donné l'effort d'une synthèse plus ou moins fructueuse.

Nous avons tenté de suppléer à ces lacunes et nous espérons qu'après la lecture de ce travail on aura moins tendance à dire, en présence des fractures du crâne les plus banales, qu'il s'agit de fractures avec complications.

Voici l'ordre descriptif que nous adoptons:

I. LÉSIONS TRAUMATIQUES.

- A. Lésions traumatiques péricrâniennes.
- B. Lésions traumatiques crânio-encéphaliques.
 - a. Brûlures.
 - b. Lésions par instruments piquants.
 - c. Lésions par instruments tranchants.
 - d. Lésions par armes à feu.
 - e. Lésions par agents contondants.

I. COMPLICATIONS DES LÉSIONS TRAUMATIQUES.

A. Complications traumatiques.

- a. Épanchements gazeux.
- b. — sanguins.
- c. — céphalo-rachidiens.

B. Complications infectieuses.

- a. Périencéphaliques : Suppuration de la plaie.
- b. Encéphaliques : Suppurations superficielles.
 - Abscès.
 - Méningo-encéphalites.

C. Complications scléreuses.

- a. Du côté du cuir chevelu (cicatrices douloureuses).
- b. Du côté de l'os (hyperostoses, etc.).
- c. Du côté de l'encéphale (scléroses localisées, scléroses généralisées).

Notre classification des complications des lésions traumatiques, en complications traumatiques infectieuses et scléreuses, correspond à peu près à la classification classique en complications primitives, secondaires et tardives. Elle est, croyons-nous, plus exacte, telle des complications infectieuses, l'abcès cérébral, habituellement secondaire, pouvant être tardif, voire même très tardif, et les complications prétendues tardives, et que nous appelons scléreuses, pouvant, au contraire, évoluer en quelques semaines.

Ajoutons que pour avoir une idée complète des lésions traumatiques de l'encéphale il faudra lire, en d'autres parties de ce Traité : a) le chapitre relatif au *shock* traumatique (1), tout particulièrement fréquent à la suite des traumatismes de la région crânienne ; b) le chapitre relatif à l'hystérie et à la neurasthénie traumatiques, que les traumatismes crâniens provoquent avec une fréquence toute particulière chez les individus prédisposés.

I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES PROPREMENT DITES.

A. — LÉSIONS TRAUMATIQUES PÉRICRANIENNES.

Les lésions traumatiques de la région crânienne, limitées au péri-crâne, sont tellement différentes par tous leurs caractères des lésions de même siège, mais plus profondes, qu'il est nécessaire de leur consacrer tout d'abord quelques mots rapides.

Ces lésions peuvent être une brûlure, une contusion, une plaie par instrument piquant, tranchant ou contondant.

a) **Brûlures.** — Les brûlures du péri-crâne présentent les mêmes caractères anatomo-pathologiques et cliniques que les brûlures d'autres régions. Superficielles, elles entraînent, par destruction des bulbes pileux, une calvitie définitive sur toute leur étendue. Profondes et larges, elles peuvent, après la chute des cheveux, ne se combler.

(1) Voy. *Traité de Chirurgie clinique*, t. I, p. 71.

qu'incomplètement, même de tissu cicatriciel, si bien que la surface brûlée devient le siège d'ulcérations récidivantes, que les greffes cutanées diverses peuvent seules guérir, avec de la patience.

Il est rare, surtout chez les personnes porteurs de longs cheveux, que les brûlures du cuir chevelu ne s'accompagnent pas de brûlures graves des parties voisines, et en particulier de la face.

b) **Contusions.** — Les contusions du cuir chevelu sont dues à une chute, un coup, un projectile sans force vive. Leur principal symptôme est une collection d'ordinaire sanguine, tout à fait exceptionnellement séreuse (B. Anger) qui se fait en quelques minutes sous la peau, sous l'aponévrose ou sous le périoste. Remettant à plus tard l'étude de cette collection anatomiquement très variable, ainsi qu'on le voit, nous noterons seulement ici que la contusion provoque d'ordinaire, simultanément, des excoriations épidermiques légères qui peuvent servir de point de départ à une infection : d'où le précepte de raser, si légère que paraisse la lésion, les cheveux qui la recouvrent et de la protéger par un petit pansement au collodion iodoformé ; plus tard, si la collection s'enflammait, une ouverture large avec grattage de la poche, et si possible réunion par première intention, deviendrait nécessaire.

c) **Plaies par instruments piquants.** — Elles peuvent être *perpendiculaires* à la surface crânienne et alors peu profondes, ou *obliques* et alors parfois en séton, surtout dans les zones aplaties comme la région pariéto-temporale ou frontale.

L'hémorragie est insignifiante, à moins de blessure directe d'une artère importante. La douleur est passagère, mais une névralgie durable peut résulter de la lésion d'un filet nerveux. Plus fréquente est la rupture de la pointe de l'instrument dans la plaie et l'inflammation consécutive de celle-ci : elle ne se produira pas, et, à plus forte raison, n'ira pas jusqu'à l'érysipèle ou au phlegmon tant redoutés jadis, si l'on nettoie d'emblée la petite plaie suivant les règles antiseptiques habituelles.

d) **Plaies par instruments tranchants.** — « Plaies simples, plaies avec écartement, plaies à lambeaux, telles sont les trois variétés que peut créer l'instrument tranchant. — La plaie simple succède à la section incomplète du cuir chevelu. — La plaie avec écartement répond à la division de toute l'épaisseur du cuir chevelu. — Dans la plaie à lambeaux, l'instrument tranchant a pénétré obliquement, en dédolant pour ainsi dire, sectionnant les tissus et les détachant par leur face profonde ; alors, à ce lambeau, il y a à considérer sa surface, sa base et sa mobilité. La surface de section est oblique, et sur certains points on peut apercevoir la racine des cheveux divisés dans l'épaisseur du derme ; cette disposition a été signalée par J.-L. Petit, qui considérait ces bulbes pileux comme susceptibles d'engendrer les inflammations érysipélateuses ; aussi, dans un cas de ce genre, il

arracha avec des pincettes à poil plusieurs cheveux qui avaient été coupés dans l'épaisseur de la peau. La base du lambeau est le plus souvent large ; sa vitalité est assurée par les nombreuses artères qui serpentent dans son épaisseur, disposition qui explique encore pourquoi le lambeau saigne plus ou moins abondamment par sa tranche, plutôt que par sa face profonde. La mobilité du lambeau intéresse surtout le chirurgien, et varie suivant que la base du lambeau est supérieure ou inférieure. Le lambeau reste-t-il adhérent par sa partie supérieure, quelle que soit sa mobilité, il se réapplique par son propre poids, par la position seule, sur la surface de section, et, sauf l'écartement qui résulte de l'élasticité des tissus, de la division des fibres musculaires, les lèvres de la section ont de la tendance à se rapprocher ; bien différent est le lambeau à base inférieure : s'il est largement divisé, il retombe sous l'influence de son propre poids et sa face profonde péricrânienne regarde en dehors, il est alors flottant. » (Gérard Marchant.)

En tout cas, après ligature à l'aiguille de Reverdin ou au ténaculum des artères ouvertes non loin des bords de la plaie, la suture du lambeau, indispensable pour éviter sa rétraction ultérieure parfois considérable (Hilton), s'impose. Le recollement se fera d'ordinaire, même, et contrairement à ce qu'on pensait autrefois, s'il y a de l'arrachement périostique. (Schneider, Bruns, Pirogoff, Karst, etc.)

e) **Plaies par instruments contondants.** — Ces plaies, très fréquentes, résultent soit de chutes, soit de choc par corps contondants.

D'ordinaire elles sont mâchées et dilacérées. « Dans quelques cas, elles sont tellement nettes qu'on les dirait produites par un instrument tranchant ; ces plaies nettes seraient le résultat indirect du traumatisme, en ce sens que les téguments entraînés par le corps vulnérant se déchireraient en un point plus ou moins éloigné de l'endroit primitivement atteint, d'où un décollement concomitant. » (Terrier.) Elles peuvent se compliquer de l'existence d'un hématome, dont le foyer communique ou non avec la solution de continuité des téguments.

La thérapeutique de ces lésions est souvent délicate ; la plaie est remplie de sang, de fragments plus ou moins complètement détachés de cuir chevelu, de cheveux, parfois de débris nécrosés dus à l'application intempestive de perchlorure de fer. Il faut en faire tout d'abord la toilette, longue et patiente, puis, si l'on a été appelé dès après l'accident, avant l'apparition de tout accident inflammatoire, tenter une réunion au moins partielle, sous un pansement à la gaze iodoformée, qu'on surveillera tous les jours ; au moindre signe d'inflammation, œdème douloureux aux paupières ou derrière l'oreille, gonflement des ganglions lymphatiques régionaux, on substituera au pansement sec un pansement humide, plutôt au sublimé qu'à l'acide phénique, particulièrement irritant pour le cuir chevelu, puis on assurera l'écoulement des liquides septiques. C'est, bien en-

tendu, ce même pansement qu'il faudrait appliquer dès l'abord, si le malade se présentait avec une plaie déjà enflammée.

f) **Plaies par balles.** — Les plaies par balles limitées aux tissus péricrâniens sont moins rares qu'on ne pourrait le supposer : une balle de plomb, telle qu'une balle de revolver ou de carabine Flobert peut creuser un séton, qui parfois suit la convexité crânienne sur une étendue notable, du frontal à l'occiput, du côté droit au côté gauche du frontal ; un projectile de guerre, d'autre part, arrivé à la fin de sa course, peut, en agissant obliquement, produire des éraillures, des érosions, des sillons, compliqués parfois de décollements très étendus.

Le diagnostic de la pénétration, facile dans ces derniers cas, peut être assez délicat dans les trajets sous-cutanés plus ou moins étendus. En voici un exemple intéressant, que nous avons récemment observé. Une jeune femme de vingt et un ans s'était tiré, dans la région temporale droite, une balle de revolver calibre 9. La blessée, après l'accident, perdit connaissance et, lorsqu'elle la reprit, était complètement aveugle. On nous l'amena le lendemain matin, dix-sept heures après la tentative de suicide. La balle avait perforé la peau trois centimètres en arrière de l'arcade orbitaire droite, un peu au-dessus de l'arcade zygomatique ; il n'y avait pas d'orifice de sortie. Ne s'agissait-il pas d'une section du chiasma, accident relativement fréquent, nous le verrons plus loin, à la suite des suicides de ce genre ? Ce fut la première hypothèse qui nous vint à l'esprit, mais le parfait fonctionnement de la musculature oculaire, l'absence de tout symptôme cérébral, le calme parfait avec lequel la blessée acceptait le résultat déplorable de sa tentative, nous firent bientôt hésiter. Nous apprimes que, pendant sa perte de connaissance, la jeune femme avait eu des convulsions généralisées, et l'examen direct nous permit de constater une anesthésie bilatérale de la cornée et de la conjonctive. Malgré l'absence de tout autre stigmate hystérique, c'était plus qu'il n'en fallait pour faire soupçonner une amaurose hystérique, qui avait toutes les chances pour disparaître rapidement. C'est ce qui advint. Le lendemain, notre malade n'avait plus d'amaurose qu'à droite ; à gauche la vision était revenue, mais avec un champ visuel concentriquement rétréci : le surlendemain les deux yeux voyaient, tous les deux avec du rétrécissement du champ visuel ; huit jours après, le rétrécissement avait considérablement diminué et la malade était hémianesthésique gauche. Depuis nous ne l'avons plus revue. Son histoire n'en est pas moins du plus grand intérêt : il est probable qu'elle est la clef de la plupart, sinon de toutes ces cécités singulières observées à la suite de traumatismes divers et légers de la région sus-orbitaire, que Dupuytren expliquait par la blessure du nerf frontal en relation anatomique avec le ganglion ophtalmique, et Legouest par la commotion propagée des parois de l'orbite au nerf optique ou au globe oculaire.