

la motilité; hébétude, changement de caractère, perte de la mémoire, paralysies de la sensibilité et du mouvement, attaques épileptiformes; tantôt dans des troubles variés, soit de la parole (aphasie), soit des organes des sens, comme l'amblyopie, la surdité, etc. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur quelques-uns de ces accidents causés par l'existence d'abcès du cerveau, en traitant des accidents consécutifs aux plaies de tête.

Quels que soient les symptômes et la marche des abcès du cerveau, il faut ajouter qu'ils aboutissent presque constamment à la mort qui survient au milieu de phénomènes comateux et paralytiques, lesquels peuvent atteindre rapidement leur maximum d'intensité ou se développer lentement et graduellement. On doit seulement noter, à titre d'exceptions, les cas infiniment rares rapportés par les auteurs, dans lesquels une collection purulente intracrânienné s'est ouverte une issue à travers une ouverture naturelle, comme l'oreille, le nez, ou s'est échappé à travers une perforation accidentelle résultant de la nécrose des os du crâne.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'encéphalo-méningite offre souvent de grandes difficultés. Nous nous proposons d'examiner cette question dans un paragraphe spécial consacré au diagnostic différentiel des lésions traumatiques de l'encéphale.

L'existence de l'encéphalo-méningite étant reconnue, on pourrait chercher à déterminer d'abord si l'inflammation occupe plus particulièrement les méninges ou le cerveau, puis si, la maladie s'étant terminée par suppuration, l'épanchement purulent siège entre la dure-mère et les os, entre la dure-mère et la surface du cerveau, ou dans la substance même du cerveau. Enfin, il y aurait encore à rechercher le point de la cavité crânienne ou du cerveau qui est le siège de la lésion.

Cette précision dans le diagnostic est le plus souvent impossible. On s'accorde assez généralement à reconnaître que la méningite a un début moins insidieux, une marche plus franche et plus rapide que l'encéphalite, qu'elle se traduit plutôt par des phénomènes d'excitation, tels que : délire, agitation, fièvre, céphalalgie intense; tandis qu'à l'encéphalite se rapporteraient : l'hémiplégie, la contracture avec ou sans convulsions, les frissons, etc. En outre, le pouls serait plus lent et la température moins élevée que dans la méningite.

On a donné comme signes de la présence du pus entre l'os et la dure-mère : le décollement du péricrâne dans le point correspondant à la suppuration interne, l'empatement du cuir chevelu à ce niveau, ainsi que les mouvements automatiques du blessé qui porte la main à sa tête du côté malade, l'hémiplégie progressive du côté opposé à la lésion, la somnolence allant jusqu'à l'assoupissement et se terminant par le coma. Ces signes, malgré leur valeur, appartiennent également à l'encéphalite, et il est rare, en effet, que celle-ci n'accompagne pas la suppuration méningée.

Cependant, certains épanchements sous-osseux, ne se révélant qu'un temps assez long après une plaie de tête, pourront être soupçonnés,

quand on verra, plusieurs semaines ou plusieurs mois après un traumatisme du crâne, le blessé devenir somnolent, hébété, présenter un affaiblissement de la motricité ou même de la paralysie, si surtout il y a eu une fracture comminutive, s'il existe un point nécrosé et si l'on sent encore l'os à nu.

Le diagnostic des abcès intra-cérébraux se basera surtout sur l'apparition tardive de phénomènes convulsifs, paralytiques ou de contractures. Nous avons déjà suffisamment insisté sur ce point. Il y aura lieu alors de rechercher si ces accidents ne sont pas dus à la présence d'une esquille ou d'un corps étranger dans l'épaisseur de la substance cérébrale.

Quant à la détermination exacte de la partie du cerveau à laquelle correspond la collection purulente, nous rechercherons jusqu'à quel point on peut arriver à cette localisation, en traitant du diagnostic général des lésions traumatiques de l'encéphale.

PRONOSTIC. — La méningo-encéphalite traumatique est presque constamment mortelle. Le pronostic est d'autant plus grave que l'affection est plus diffuse, et l'est d'autant moins par conséquent qu'elle est plus localisée; on sait en effet que la vie peut être assez longtemps compatible avec un foyer purulent enkysté au sein du cerveau. On devra toutefois, dans ce cas, craindre le développement d'accidents aigus ultérieurs qui finissent toujours par emporter les malades.

L'apparition tardive des accidents, quoi qu'en dise Boyer, nous a toujours paru offrir plus de chances de salut que leur prompt développement.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'encéphalite qui débute par des phénomènes paralytiques et dans laquelle le coma est peu marqué est moins redoutable que celle qui commence par des phénomènes d'excitation, auxquels succèdent des symptômes de collapsus. L'apparition du coma avec stertor, et surtout sa persistance, sont des signes du plus fâcheux augure.

TRAITEMENT. — Nous avons souvent insisté, à l'occasion des diverses lésions traumatiques du crâne et du cerveau, sur le traitement préventif de l'encéphalo-méningite. Si, malgré l'emploi énergique de ce traitement, l'inflammation se développe, on doit redoubler d'efforts pour la combattre et l'arrêter dans sa marche. Les antiphlogistiques locaux et généraux, les révulsifs sur le tube digestif, sur les membres inférieurs, ou sur le crâne préalablement rasé, ont quelquefois réussi à enrayer les accidents. Cependant, lorsque les symptômes de la méningo-encéphalite sont nettement accusés, il est bien rare que l'on parvienne à faire rétrocéder la maladie, qui, poursuivant sa marche, ne tarde pas à arriver à la période de suppuration. Le chirurgien n'a plus alors d'autre ressource que l'opération du trépan, pratiquée dans le but d'évacuer le pus. Telle est du moins l'opinion des auteurs classiques, basée sur un petit nombre de faits dans lesquels l'opération a certainement sauvé la vie des blessés.

Il faut convenir, cependant, que ces faits sont exceptionnels, et que dans l'immense majorité des cas, le trépan, pratiqué dans le cours de

l'encéphalo-méningite, a été inutile et n'a pu empêcher la mort. Les chances d'insuccès sont, en effet, très-nombreuses. L'opération pratiquée trop tôt, avant la formation du pus, ne peut qu'être nuisible en augmentant l'inflammation. Or, il est souvent difficile de déterminer exactement l'époque de la suppuration, et lors même que celle-ci existe, il arrive fréquemment qu'on éprouve une grande incertitude à déterminer son siège, et qu'on trépane en un point, alors que le pus est ailleurs. Plus fréquemment encore, la diffusion de l'inflammation, la viscosité du pus qui infiltre les méninges et qu'on ne peut évacuer, rendent l'opération inutile.

C'est en raison de ces nombreuses causes d'incertitudes que les chirurgiens modernes hésitent à ouvrir le crâne, dans les cas d'encéphalo-méningite traumatique. Et cependant, cette hésitation doit diminuer en présence de la gravité de la maladie qui, parvenue à la période de suppuration, se termine fatalement par la mort.

Aussi, tandis que nous nous montrions très-réservé relativement à l'opportunité du trépan dans les cas d'épanchements sanguins qui peuvent guérir par les seules forces de la nature, nous ne craignons pas de conseiller un peu plus de hardiesse dans les cas de méningo-encéphalite parvenus à la période ultime. Nous pensons qu'il faut cependant encore, pour se décider à opérer, qu'il existe un ensemble de circonstances capables de guider le chirurgien.

Si, en même temps que l'on observe les symptômes attribués aux collections purulentes, on trouve sur un point du crâne une plaie, si surtout la contracture ou la paralysie siègent dans la moitié du corps opposée à la lésion du crâne, on doit appliquer le trépan dans le lieu occupé par la plaie.

Si, avec les mêmes symptômes généraux et en l'absence de plaie, il existe une simple contusion, un point empâté du cuir chevelu, on doit inciser à ce niveau, et si l'on trouve le périoste détaché, l'os altéré dans sa couleur et sa texture, il y a encore indication d'opérer.

Enfin, en l'absence de signes locaux, nous pensons que l'on doit s'abstenir.

Le trépan ayant été appliqué, si l'on a le bonheur de tomber sur une collection purulente située entre les os et la dure-mère, la simple perforation des os du crâne suffira souvent à évacuer le pus. Cependant, il sera quelquefois nécessaire de faciliter l'écoulement, soit à l'aide d'injections faites avec ménagement, soit à l'aide de contre-ouvertures.

Lorsque, après la perforation du crâne, on ne trouve pas de pus, et lorsque la dure-mère paraît distendue, rénitente, d'une couleur jaunâtre, on ne devra pas hésiter à l'inciser.

Doit-on s'arrêter là, si l'incision de la dure-mère n'a fait découvrir aucune collection purulente? Il existe un certain nombre d'observations qui autorisent le chirurgien à tenter une ponction dans la substance même du cerveau. Dans un fait rapporté par Quesnay, Lapeyronie ayant appliqué le trépan et incisé la dure-mère sans rencontrer le pus et sans

faire cesser les accidents, proposa de ponctionner le cerveau; mais ne put vaincre l'opposition de ses collègues. L'autopsie montra, vis-à-vis l'ouverture du trépan, un abcès du cerveau qui n'était qu'à trois ou quatre lignes de profondeur. Dans une circonstance analogue et que nous rappellerons plus loin, Dupuytren osa plonger le bistouri dans la substance du cerveau, et donna issue à une collection purulente.

⁵⁰ De quelques accidents consécutifs aux lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale.

Sous ce titre, nous rangeons une série d'accidents répondant à des lésions variables, mais reconnaissant pour origine commune un traumatisme de la tête. L'histoire de ces accidents, très-incomplètement faite par la plupart des auteurs, a été l'objet d'un travail consciencieux de Delfau (1), dans lequel on trouvera plusieurs faits intéressants.

Ces accidents, dont il est impossible de former un groupe homogène, consistent en troubles divers de l'intelligence, de la motilité, de la sensibilité et en désordres fonctionnels du côté des organes des sens ou de certains appareils organiques.

A. *Troubles de l'intelligence.* — Il n'est pas rare de voir les sujets dont l'encéphale a été violemment ébranlé, présenter un affaiblissement intellectuel très-marqué ou rester même dans un état d'hébétéude et d'imbécillité presque complète.

L'inaptitude au travail, l'affaiblissement ou la perte de la mémoire, sont les accidents les plus communément observés. Cette perte de la mémoire entraîne quelquefois une forme d'aphasie consistant dans l'oubli des mots, mais que l'on doit distinguer de l'aphasie résultant du trouble dans l'expression de ces mêmes mots. Nous y reviendrons tout à l'heure.

On a signalé l'aliénation mentale comme pouvant être la conséquence plus ou moins éloignée d'un coup porté sur la tête. Mais cette relation nous paraît loin d'être rigoureusement établie. La violence extérieure peut avoir agi comme cause occasionnelle chez un sujet prédisposé à la folie, ou bien il y a eu simple coïncidence entre la plaie de la tête et le développement des troubles psychiques.

Quoi qu'il en soit, ces diverses altérations des facultés intellectuelles, consécutives aux lésions traumatiques de l'encéphale, peuvent persister pendant toute la durée de la vie. Quelquefois on les a vues disparaître après un temps plus ou moins long. On ignore, du reste, la nature de la cause immédiate de ces singuliers accidents qui doivent certainement correspondre à des lésions anatomiques variables, mais qui consistent probablement dans des altérations traumatiques des cellules nerveuses.

B. *Troubles de la motilité.* — a. *Paralysies.* — Nous ne parlerons pas ici des paralysies musculaires qui succèdent immédiatement aux trauma-

(1) De quelques phénomènes immédiats et consécutifs dans les lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale. Thèse de Paris, 1868.

tismes du crâne et qui reconnaissent pour cause une lésion matérielle de l'encéphale ou des nerfs qui en partent. Parmi les paralysies qui se montrent à une époque plus ou moins éloignée, les unes, intéressant la motricité de tout un côté du corps ou seulement d'un membre, se lient généralement à des altérations secondaires de l'encéphale et plus particulièrement à l'encéphalo-méningite et aux abcès du cerveau; de celle-là, nous n'avons rien à dire. Les autres, au contraire, offrent un intérêt spécial à cause de leur siège et de leur mode de production; telles sont les paralysies des nerfs moteurs de l'œil que l'on a vues survenir plusieurs jours après une simple contusion du crâne et plus spécialement des apophyses orbitaires. Ces paralysies, connues depuis longtemps et désignées par Magendie sous le nom de paralysies par récurrence, semblent, en effet, dues à une sorte d'action réflexe qui se produirait sous l'influence d'une contusion des filets sensitifs du trijumeau.

Nous n'avons pas à décrire ici ces paralysies qui donnent lieu à divers troubles de la vision sur lesquels nous reviendrons. Il est bon d'ajouter, toutefois, que ce sont plutôt des parésies que de véritables paralysies. Elles peuvent disparaître quelquefois spontanément ou au contraire persister indéfiniment.

On trouve cités dans les auteurs quelques faits se rapportant à la *paralysie générale* consécutive à une violence exercée sur la tête. Nous pensons que ces rares observations ne doivent être acceptées qu'avec la plus grande réserve. Il est permis de douter de la relation existant entre le développement de la paralysie générale et la cause traumatique.

b. *Convulsions*. — Les mouvements convulsifs, les accès épileptiformes qui succèdent quelquefois aux plaies de tête sont sous la dépendance de lésions diverses : contusion, épanchements sanguins, etc. Ils peuvent n'apparaître que plusieurs mois, plusieurs années après l'accident, pour se reproduire ensuite à des intervalles irréguliers.

L'épilepsie traumatique a été principalement mentionnée par les auteurs. Cependant il faut distinguer parmi ces accidents convulsifs, ceux qui se rapportent à l'épilepsie véritable, et ceux qui n'offrent avec cette dernière qu'une ressemblance plus ou moins éloignée.

Dans le premier cas, en effet, les malades ont présenté le groupe des symptômes qui caractérisent l'accès épileptique et la série d'accès qui composent la maladie; dans le second cas, au contraire, il s'agit seulement de quelques accès convulsifs simulant l'épilepsie, de quelques attaques épileptiformes accidentelles.

La cause immédiate de ces accidents est généralement obscure : quelquefois c'est simplement une lésion des parties molles péricrâniennes; le plus souvent il existe une altération de l'encéphale due à la présence d'un corps étranger, à une compression, à une inflammation de la substance nerveuse; mais, dans bien des cas, il est impossible de préciser la nature de la cause.

On conçoit que, dans certaines circonstances, l'épilepsie traumatique

puisse être guérie en faisant disparaître la cause qui l'entretient. Le trépan sera donc indiqué toutes les fois qu'un signe local permettra de reconnaître formellement l'existence d'une lésion capable d'expliquer le développement de l'épilepsie : altération du crâne, plaie fistuleuse, corps étrangers, enfoncement des os. Quelques exemples de succès doivent encourager le chirurgien. Mais, en l'absence de signe local, il faudra s'abstenir et chercher à combattre les accès épileptiformes par les moyens accoutumés.

c. *Contractures*. — Nous laissons de côté les contractures des membres symptomatiques de l'encéphalo-méningite. Le tétanos proprement dit s'observe très-rarement comme accident consécutif des lésions traumatiques du crâne. Les observations rapportées par les auteurs sont toutes plus ou moins attaquables. Il faudrait bien se garder de confondre avec le tétanos véritable la contracture des muscles des mâchoires et du cou qui peut tenir à des lésions concomitantes de la partie supérieure de la moelle.

C. *Troubles de la sensibilité*. — On observe parfois, consécutivement aux traumatismes de la tête, des douleurs, tantôt siégeant dans un point fixe de la tête, et se montrant d'une manière continue ou intermittente, tantôt affectant exceptionnellement la forme névralgique. Ces douleurs locales persistantes, ces névralgies, succèdent quelquefois à une simple contusion du crâne; elles affectent plus particulièrement les branches de la cinquième paire, et, après avoir présenté le caractère intermittent, elles deviennent continues et augmentent par les mouvements, la pression. Quelquefois assez légères, elles peuvent acquérir une intensité remarquable. On les a vues s'élever à un degré de violence tel qu'elles déterminaient la syncope et que les malades réclamaient avec instance une opération.

Le plus ordinairement, ce sont les cicatrices qui deviennent le point de départ de ces douleurs fixes, et l'on pense généralement que celles-ci tiennent au développement de névromes dans l'épaisseur du tissu inodulaire, ce qui, d'ailleurs, est loin d'être démontré. Toujours est-il que la section de la cicatrice a quelquefois suffi pour faire disparaître les phénomènes douloureux; on devra donc d'abord tenter l'emploi de ce moyen.

Mais, dans d'autres circonstances, l'origine de ces douleurs persistantes doit être recherchée dans l'existence de lésions plus profondes des os du crâne, des méninges ou de l'encéphale. Tout le monde connaît le fait célèbre de Dupuytren, auquel nous faisons allusion tout à l'heure. Un individu, atteint plusieurs années auparavant d'un coup de couteau sur la tête, éprouvait des douleurs extrêmement vives au niveau du point blessé. Comme la cicatrice paraissait soulevée par un corps dur, le chirurgien fit une incision, appliqua une couronne de trépan, et retira au milieu d'une rondelle osseuse la pointe du couteau qui s'était brisée et était restée enclavée dans l'épaisseur de l'os. Les accidents persistant et une hémiplegie étant survenue du côté opposé, Dupuytren soupçonna

l'existence d'un épanchement de pus, incisa la dure-mère, et, ne trouvant rien, osa plonger le bistouri dans la substance cérébrale. Le pus sortit aussitôt, et le malade guérit.

Le trépan, cependant, n'a pas toujours réussi, et un chirurgien prudent ne se hasarderait jamais à tenter cette opération que dans les cas où les douleurs seraient extrêmement vives, et où il existerait en même temps quelque signe local suffisant pour faire soupçonner la nature et le siège de la cause des accidents.

Nous signalerons encore sans nous y arrêter davantage, divers autres troubles de la sensibilité consécutifs aux plaies de tête; tels sont: des fourmillements, des engourdissements dans un ou plusieurs membres, une analgésie plus ou moins étendue, etc.

D. *Troubles des organes des sens.* — a. *Vue.* — L'*amblyopie* n'est pas rare à la suite des traumatismes de la tête. On a pensé devoir la rapporter à une paralysie réflexe du nerf optique par lésion de la cinquième paire. Cependant, lorsque l'examen ophthalmoscopique a été fait dans ces cas d'*amblyopies* traumatiques, on a presque toujours constaté des lésions du fond de l'œil suffisantes à expliquer les désordres visuels. C'est ainsi qu'on a trouvé des ecchymoses, des hémorragies de la rétine, de l'œdème péri-papillaire, de l'engorgement des veines rétiniennes. W. Jones prétend même avoir constaté des déchirures de la rétine et de la choroïde.

L'*amblyopie* peut n'affecter qu'un seul œil, ou les atteindre tous les deux à la fois. Elle est plus ou moins prononcée, suivant la nature des lésions anatomiques, et peut même aller jusqu'à la cécité complète, laquelle dépend alors d'une atrophie papillaire due à une lésion cérébrale.

La *diplopie* que l'on observe quelquefois et qui est monoculaire ou binoculaire, tient à des paralysies ou mieux à des parésies de la troisième ou de la sixième paire.

b. *Ouïe.* — Les troubles de l'ouïe consécutifs aux lésions traumatiques du crâne consistent quelquefois seulement en phénomènes subjectifs, tels que bourdonnements, sifflements, etc. Ils offrent souvent une remarquable intensité et persistent fort longtemps. Dans quelques cas, j'ai constaté l'existence d'une congestion intense du côté de la muqueuse de la caisse, se traduisant par l'injection des vaisseaux de la membrane du tympan. Dans d'autres cas, l'oreille moyenne paraît absolument saine, et l'on doit rapporter les troubles subjectifs de l'ouïe à des lésions du labyrinthe ou du cerveau. Ces troubles s'accompagnent généralement de vertiges, d'étourdissements, de céphalalgie, qui peuvent, il est vrai, reconnaître pour unique cause une lésion labyrinthique, mais qui se lient plus probablement à une congestion cérébrale concomitante.

Le plus ordinairement les troubles subjectifs de l'ouïe s'accompagnent d'une surdité plus ou moins complète. Celle-ci reconnaît des causes diverses. Elle peut tenir à une lésion de la caisse dont le processus a été jusqu'à présent mal déterminé. A la suite d'une rupture de la membrane du tympan, avec ou sans fracture de la base du crâne, il n'est pas rare

de voir survenir une otite moyenne qui se termine par suppuration, et amène à sa suite la destruction totale de la membrane et l'élimination des osselets.

Dans d'autres cas de surdité plus ou moins prononcée et s'accompagnant de bourdonnements, l'oreille moyenne présente seulement de la congestion, et la cause des troubles fonctionnels doit être recherchée dans une lésion du labyrinthe, et probablement dans des épanchements sanguins plus ou moins étendus, dans des déchirures des parties membraneuses résultant d'un violent ébranlement. Ce qui prouve que le siège de la lésion est bien dans le labyrinthe, c'est que, dans certains cas, la surdité n'est que partielle, c'est-à-dire n'existe que pour certains sons, tandis que la perception d'autres sons est conservée. J'ai observé dernièrement ce curieux phénomène. Enfin, quelquefois, la surdité est absolue et dépend d'une lésion matérielle du nerf acoustique, à la suite d'une fracture du rocher.

c. *Olorat.* — Une chute violente sur la tête a pu déterminer la perte de l'odorat, surtout lorsqu'il en est résulté une fracture de l'éthmoïde et une déchirure des filets du nerf olfactif.

E. *Troubles de certains appareils.* — a. *Appareil urinaire.* — La *polyurie*, la *polydipsie* et la *glycosurie* ont été signalées comme conséquences d'un traumatisme de la tête. Ces accidents, passés sous silence par les anciens auteurs, ne sont bien connus que depuis les expériences de Claude Bernard, sur le centre nerveux glycogénique. Depuis cette époque, le diabète traumatique a été signalé par divers auteurs, et étudié d'une manière spéciale par P. Fischer (1), qui en a rassemblé une vingtaine d'observations. On en compterait aujourd'hui un bien plus grand nombre.

Le principal caractère du diabète traumatique est de se montrer généralement peu de temps après l'accident, et de disparaître également assez vite, après une durée qui varie entre huit ou dix jours et deux ou trois mois. Ce n'est qu'exceptionnellement que la maladie persiste.

La glycosurie est plus fréquente que la polyurie simple à laquelle elle peut succéder. La quantité de sucre est généralement peu considérable.

Comment expliquer le développement de ce diabète traumatique? Szokalski attribue cet accident à la commotion par contre-coup du plancher du quatrième ventricule, centre glycogénique, suivant les expériences de Cl. Bernard. Reynoso pense que le sucre se produit par le défaut d'oxygénation du sang et la destruction insuffisante de la matière sucrée, sous l'influence de la commotion cérébrale et du ralentissement de la respiration et de la circulation. Enfin, d'après Claude Bernard, la circulation abdominale serait augmentée par la lésion du bulbe, près de l'origine du pneumogastrique; et l'excès du sucre versé dans le sang par le foie sur-excité passerait dans l'urine.

Mais il faut bien avouer qu'aucune de ces théories n'est à l'abri de la

(1) *Archives génér. de méd.*, septembre 1862.

critique. La coexistence du diabète simple ou sucré avec les lésions cérébrales les plus variées ne permet d'adopter aucune des explications précédentes.

D'ailleurs, on ignore si l'existence de cet accident présente quelque valeur au point de vue du pronostic de la lésion cérébrale. Disparaissant généralement en même temps que cette dernière, il n'y a lieu de lui appliquer aucun traitement spécial.

b. *Troubles du langage articulé. — Aphasie.* — On trouve dans les auteurs un grand nombre d'observations dans lesquelles on a constaté, à la suite de lésions traumatiques de la tête, des troubles plus ou moins prononcés de la parole, indépendants de toute altération des organes de la phonation. Cet accident est connu sous les noms d'*aphasie*, d'*alalie*, d'*aphémie*.

Nous ne pourrions, sans entrer dans des développements tout à fait hors de propos, faire ici l'histoire de l'aphasie. Le lecteur consultera sur ce sujet un très-bon article inséré par J. Falret, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Nous rappellerons seulement, devant y revenir plus tard, que les travaux de Bouillaud, de Dax, de Broca, tendent à faire admettre que l'aphasie traumatique résulte d'une lésion des lobes antérieurs du cerveau et plus spécialement de la troisième circonvolution frontale du côté gauche.

Nous rappellerons encore qu'il existe deux formes principales d'aphasie traumatique : l'une résulte de la perte de la mémoire des mots, et l'autre consiste dans un désordre du langage articulé ne permettant plus au malade d'exprimer sa pensée. Chez les individus qui savent écrire, on pourra facilement distinguer ces deux formes d'aphasie ; dans la perte du langage articulé, le blessé peut transmettre sa pensée par l'écriture ; il n'en est plus de même lorsqu'il y a seulement perte de la mémoire des mots.

Enfin, sans être véritablement aphasiques, certains individus ont présenté, à la suite de traumatismes du crâne, du bredouillement, de l'embarras de la parole.

Ces divers accidents peuvent persister indéfiniment, mais s'ils ne s'accompagnent pas d'autres complications du côté de l'encéphale, ils offrent d'assez grandes chances de guérison.

§ V. — Diagnostic différentiel des lésions traumatiques de l'encéphale.

En étudiant isolément chacune des lésions traumatiques de l'encéphale, nous nous sommes efforcé de tracer aussi rigoureusement que possible la symptomatologie propre à chacune de ces lésions, sans dissimuler les difficultés et les incertitudes que l'on rencontre au lit des malades. Il est maintenant nécessaire de rechercher jusqu'à quel point on peut remonter de la connaissance des symptômes à la nature et au siège de la lésion, de déterminer, en un mot, le diagnostic différentiel des lésions traumatiques de l'encéphale.

I. Les symptômes auxquels donnent lieu ces dernières peuvent se grouper sous trois chefs principaux : 1° perte de connaissance, coma, résolution ; 2° agitation, délire, convulsions, contractures ; 3° paralysies, hémiplégie. Le moment de l'apparition, le mode de succession de ces phénomènes, leur marche, leur alternance, sont les éléments sur lesquels se fonde le diagnostic.

La perte de la connaissance, du mouvement et de la sensibilité, la résolution musculaire, sans paralysie ni contracture, apparaissant immédiatement après le traumatisme, indiquent une commotion cérébrale. La décroissance graduelle de ces symptômes et le retour plus ou moins rapide des fonctions viennent confirmer le diagnostic.

Mais, dans le principe, les signes de la commotion cérébrale existant, on doit se demander si celle-ci est à l'état de simplicité et ne masque pas une autre lésion concomitante. Car on n'ignore pas que si la commotion cérébrale peut exister à l'état de simplicité, il est rare que les autres lésions traumatiques de l'encéphale ne soient pas accompagnées de commotion à un degré quelconque.

D'une manière générale, on peut dire que, toutes les fois qu'aux symptômes de la commotion se joignent d'autres signes, tels que : paralysies, convulsions, contractures, stertor, etc., la commotion est compliquée d'un autre état morbide de l'encéphale. Il faut alors tenir grand compte de l'époque d'apparition de ces signes ; car leur signification diffère suivant les trois conditions suivantes :

Tantôt ils se montrent immédiatement après l'accident, accompagnant les phénomènes de la commotion ; tantôt ils n'apparaissent qu'après un temps variable, mais alors que la commotion n'est pas entièrement dissipée ; tantôt, enfin, ils offrent les caractères d'une véritable complication, et se déclarent lorsque le sujet a déjà repris sa connaissance et que les signes de la commotion ont disparu.

1° Le coma avec résolution des quatre membres, accompagné de stertor et de quelques convulsions, indique assez souvent un vaste épanchement de la base du crâne, ou une hémorragie intra-arachnoïdienne. La paralysie des quatre membres, offrant des alternatives de croissance et de décroissance, alternant avec des convulsions fréquentes, devra faire songer surtout à une hémorragie méningée, due à la déchirure d'un gros vaisseau.

Le coma, accompagné de stertor et surtout d'hémiplégie, indique soit une compression du cerveau, soit une grave attrition de la substance cérébrale. Il en est de même dans le cas de convulsions et de contractures limitées à une moitié du corps, soit qu'elles existent seules ou qu'elles alternent avec l'hémiplégie. On peut donc se demander, dans ces circonstances, si l'on a affaire à une compression par un fragment osseux enfoncé, un corps étranger, un épanchement sanguin, ou à une contusion du cerveau.

En général, la compression du cerveau par un fragment osseux, un corps étranger, un épanchement sanguin, ne détermine pas des phénomènes de