

parfaitement justifié du reste, est aussi répandu que celui des purgatifs. Le froid est indiqué dès qu'apparaissent des phénomènes de congestion. Les compresses d'eau froide, d'un fréquent usage encore actuellement, n'ont qu'une action insuffisante parce que, même dans les cas où l'on se sert d'eau glacée, elles acquièrent si rapidement la température du corps que leurs effets utiles sont bien vite épuisés. Il est préférable d'entourer complètement la tête de vessies de glace que l'on fixe d'une façon convenable. Des affusions froides sur la tête peuvent remplacer efficacement l'application de glace; il n'est pas nécessaire de se servir de la douche en colonne usitée autrefois; la douche en pluie remplit parfaitement le but, ou bien il suffit d'arroser légèrement le crâne en faisant couler lentement le liquide de la canule d'un irrigateur (PIROGOFF). On devra veiller naturellement à ce que le malade ne soit pas trop mouillé dans son lit. D'autre part, les affusions ne doivent pas être continuées trop longtemps à cause de l'énergie de leur action.

Actuellement on redoute beaucoup moins qu'autrefois l'emploi de la morphine dans le traitement des affections cérébrales. Nous ne pouvons qu'en conseiller l'usage, précisément dans le traitement des premiers symptômes de congestion cérébrale, pourvu, naturellement, que l'on observe les règles d'une sage prudence. Il est certain que l'agitation du corps et de l'esprit qui caractérise le stade de la congestion cérébrale à la suite des lésions traumatiques, contribue pour un bonne part à l'aggravation des symptômes, car l'inquiétude et les mouvements continuels du malade augmentent l'activité cardiaque et élèvent ainsi la pression sanguine dans les vaisseaux.

Pour ma part, j'ai commencé à employer la morphine dans des cas où tous les symptômes me faisaient craindre une terminaison fatale, alors que les blessés, presque inconscients et en proie au délire, étaient tellement agités qu'ils ne pouvaient être maintenus dans leur lit qu'avec la plus grande peine, par les efforts d'un grand nombre d'infirmiers. Je fus surpris d'observer l'action favorable de l'administration d'une petite dose de morphine à l'intérieur ou en injection sous-cutanée, et je suis fermement convaincu que, dans plusieurs cas, j'ai dû la guérison de mes blessés à l'usage de ce médicament, qui calmait rapidement les symptômes d'agitation décrits plus haut. C'est dans ce sens que je conseille vivement l'emploi de petites doses de morphine.

§ 37. — Passons maintenant à l'étude spéciale de la compression cérébrale. Au point de vue de l'étiologie nous pouvons en distinguer deux formes différentes, déjà connues par l'exposé des lésions anatomiques auquel nous renvoyons le lecteur.

a. Compression cérébrale dans les fractures du crâne avec enfoncement.

b. Compression cérébrale par hémorragie méningée.

a. Compression cérébrale dans les fractures du crâne avec enfoncement

Les expériences que PAGENSTECHER a instituées dans le but de démontrer la manière dont le cerveau se comporte sous l'influence d'une diminution locale de la capacité crânienne, ont tout au moins fourni la preuve que cette diminution de capacité peut être poussée assez loin avant de produire des symptômes de compression, et que, du reste, il existe sous ce rapport des différences individuelles qui ne sont pas sans importance. Bien que la circulation intracrânienne se fasse dans de meilleures conditions chez l'animal que chez l'homme, on peut cependant admettre d'une façon générale que chez ce dernier également les fractures du crâne avec enfoncement ne déterminent que rarement des symptômes de compression par la seule dépression de l'os. Ce fait a de l'importance au point de vue du diagnostic de la cause de la compression, et l'on comprend que l'on puisse rarement affirmer que cette dernière est due uniquement à l'enfoncement local des parois crâniennes. D'autre part la dépression que l'on observe à la table externe dans les fractures du crâne avec enfoncement, ne nous renseigne presque jamais, pour ainsi dire, sur l'état de la table vitrée; celle-ci, en effet, peut être le siège d'une fracture comminutive étendue alors que la table externe est restée intacte ou ne présente que des lésions insignifiantes. La connaissance exacte de la cause des phénomènes de compression cérébrale se heurte donc encore ici à des difficultés sérieuses. Même dans les cas où l'on constate un enfoncement profond au niveau de la fracture, on doit hésiter à le considérer comme la cause de la perte de connaissance ou de la paralysie que l'on observe chez le blessé. Pour qu'il soit probable que cette dépression constitue la cause unique des phénomènes de compression observés, il faut que ces derniers aient apparus au moment même de la production de la fracture.

Supposons que nous nous trouvions en présence d'un enfoncement du pariétal avec perte de connaissance du blessé et paralysie du côté opposé à la lésion; nous ne pouvons en conclure que cette dernière est bien la cause des phénomènes observés, car ils peuvent être dus tout aussi bien à une lésion concomitante du cerveau ou à un épanchement sanguin provenant de la méningée moyenne ou d'un autre vaisseau. D'autre part, alors même que les symptômes de compression n'apparaissent qu'au bout d'un certain temps, il est encore possible que la dépression osseuse joue le rôle le plus important. Supposons, par exemple, que le fragment osseux exerce sur le cerveau le maximum de pression que cet organe peut supporter sans répondre par des symptômes spéciaux, et qu'il survienne dans ces conditions une hémorragie légère ou un certain degré d'hypérémie, il est évident que les symptômes de compression cérébrale que l'on verra alors apparaître seront dus principalement à l'enfoncement des parois crâniennes. Néanmoins pour que l'on puisse affirmer