

ragie. Supposons l'absence de complications graves résultant soit d'une commotion, soit d'une destruction plus ou moins étendue de la substance cérébrale; dans ce cas le blessé se remet d'abord parfaitement de son traumatisme, et ne présente aucun symptôme inquiétant permettant de prévoir le danger dont il est menacé. Au bout d'un certain temps, c'est-à-dire après une ou plusieurs heures ou même peut-être un jour entier, rarement davantage, apparaissent des symptômes de compression cérébrale à marche rapidement progressive. Une courte période d'excitation est bientôt suivie d'un état de somnolence, de sopor, et très souvent on observe dès ce moment des signes de paralysie isolée d'un bras, d'une jambe ou bien des deux extrémités du côté opposé à la lésion. Pendant ce temps, le pouls est le plus souvent lent; c'est un vrai pouls de compression. Les pupilles sont inégales; assez souvent celle du côté correspondant à l'épanchement est dilatée et sans réaction. Le blessé tombe peu à peu dans le coma; la respiration devient bruyante, stertoreuse, la pupille est dilatée et insensible, la vessie et le rectum se paralysent. La mort vient presque toujours clore rapidement la scène, au milieu des symptômes d'une paralysie totale du cerveau, à moins que la solution de continuité de l'os ne permette à une partie du sang de s'écouler à l'extérieur; mais alors le danger d'une décomposition du sang épanché et d'une méningite consécutive vient s'ajouter à celui de la compression cérébrale. Il est rare que la marche des symptômes s'écarte de celle que nous venons de tracer; la différence que l'on peut observer consiste dans l'apparition plus hâtive de la paralysie d'un membre.

Lorsqu'on a reconnu l'existence d'une lésion de la région temporale ou pariétale, ou qu'en l'absence d'une pareille lésion on sait positivement que la cause traumatique a agi sur cette partie du crâne, le diagnostic de compression cérébrale par rupture de la méningée moyenne repose essentiellement sur le fait de l'absence complète de symptômes pendant un certain temps après le traumatisme, puis de l'apparition, au bout de quelques heures, de phénomènes graves à marche rapide constituant le tableau clinique déjà décrit de la compression cérébrale. Cette proposition est passible, d'ailleurs, de certaines restrictions. Car, d'une part, il arrive parfois que l'on n'observe pas d'intervalle libre entre l'accident et l'apparition des phénomènes de compression, lorsque, par exemple, les symptômes de commotion cérébrale persistent longtemps, ou que le cerveau est le siège d'un foyer de destruction étendue; d'autre part, on voit quelquefois les phénomènes de compression n'apparaître qu'au bout d'un temps beaucoup plus long. WIESMANN cite des cas dans lesquels les premiers symptômes ne se sont montrés que le huitième ou le dixième jour, et dans une de mes observations ils n'apparurent d'une façon bien accusée qu'au bout de huit jours.

On doit attacher une grande importance à l'hémiplégie qui survient quelquefois, et affecte alors le côté opposé à la lésion (Hémiplégie contra-

latérale). Il est vrai que dans ces cas, ainsi que BERGMANN le fait remarquer, il existe très souvent une lésion concomitante du cerveau (vingt-cinq fois sur vingt-sept cas d'après PRESCOTT-HEWETT); néanmoins, il est certain que les phénomènes paralytiques n'entrent en scène que lorsque l'épanchement sanguin est assez abondant pour exercer une pression sur la portion de la surface du cerveau que l'on considère comme le centre de l'appareil moteur (HITZIG), et, d'autre part, il est certain également, comme je puis le confirmer par deux exemples que j'ai observés moi-même, que ces symptômes peuvent se montrer indépendamment de toute trace de lésion traumatique du cerveau. Enfin la paralysie se produit toujours du côté opposé à l'épanchement sanguin. Ce fait est tellement constant que, à supposer que l'on constate une fracture du crâne du même côté que l'hémiplégie, et que les symptômes aient apparu de la manière décrite plus haut, on pourra cependant affirmer que la lésion artérielle, cause de l'hémorragie, siège du côté opposé à la paralysie et à la lésion crânienne (BRUNS).

L'hémiplégie contra-latérale est un symptôme important pour le diagnostic entre une hémorragie siégeant entre la dure-mère et l'os et une hémorragie intra-arachnoïdienne. Cette dernière ne détermine habituellement qu'une paralysie diffuse, et si, ce qui arrive quelquefois, elle produit la paralysie isolée d'un nerf crânien, celle-ci survient du même côté que la lésion, le tronc nerveux étant comprimé par l'épanchement sanguin dans la partie périphérique intracrânienne de son trajet¹.

§ 41. — La compression due à un épanchement sanguin n'entraîne pas nécessairement la mort. L'hémostase peut se produire spontanément s'il s'agit, par exemple, d'une lésion de l'une des branches situées au delà du point de bifurcation de l'artère; mais le pronostic de ces hémorragies n'en reste pas moins, en général, très mauvais. VOGT rapporte 2 cas de guérison sur 34, et BERGMANN 4 sur 52. Ces chiffres ne nous permettent pas de nous prononcer sur l'état réel de la question, puisque nous ne pouvons savoir dans quelle proportion les cas de compression cérébrale qui se sont terminés par la guérison étaient dus à une lésion du tronc de l'artère ou de ses branches, mais ils nous montrent cependant à quel résultat nous devons nous attendre, d'une manière générale, lorsqu'un blessé présente l'ensemble des symptômes que nous avons décrits. Dans les cas malheureux la mort survient presque toujours de bonne heure: dans 24 cas de BERGMANN, le blessé mourut avant la fin du premier jour.

1. Dans les cas où le malade est comateux, sans intervalles de lucidité, et où il est difficile de dire s'il y a hémiplégie vu l'état de résolution des membres, la dilatation de la pupille du côté où se trouve le caillot est un signe de grande valeur. HUTCHINSON a démontré qu'en pareil cas le nerf moteur oculaire commun est comprimé par le caillot, ce qui prouve que l'épanchement a pénétré dans la fosse moyenne de la base du crâne (W. JACOBSON, *Guj's hosp. Rep.* XLIII, p. 147, 1886).

(Note du Traducteur).

WIESMANN dernièrement a publié un travail sur la question des hémorragies par l'artère méningée, travail basé sur 273 observations. Sur 147 cas traités par l'expectation, 131 se terminèrent par la mort (89,12 0/0) et 16 par la guérison (10,88 0/0).

Peut-on, en présence d'une semblable perspective, se contenter d'une saignée ou d'applications froides sur la tête sous forme d'irrigation ou de vessies de glace, et attendre ainsi que le blessé ne soit plus qu'un cadavre? Lorsqu'on est parvenu à poser le diagnostic, et nous avons vu à quelles conditions en était liée la possibilité, les indications se présentent d'une façon assez simple. Nous savons quel sort est réservé au blessé si nous laissons le sang s'épancher dans la cavité crânienne jusqu'à ce que la pression ait atteint son maximum. Notre devoir est donc d'évacuer le sang, cause de la compression cérébrale, puis d'aller à la recherche de l'artère dans le but de tarir la source de l'hémorragie. Même dans le cas où l'on aurait la certitude qu'il existe en même temps une lésion du cerveau, l'indication que nous venons de poser n'en subsiste pas moins, car c'est l'hémorragie qui menace la vie du blessé bien plus que la lésion cérébrale dont il peut parfaitement guérir.

Si le diagnostic de la lésion artérielle était toujours sûr, et s'il était aussi facile de remplir l'indication ci-dessus que de l'énoncer, il y a longtemps que la statistique se serait améliorée, tandis qu'au contraire, jusqu'à présent, le nombre des procédés qui ont été proposés pour sauver la vie des blessés dépasse le nombre des guérisons obtenues. Sur les 52 malades de BERGMANN 4 guérirent, et parmi ces derniers il y en a trois chez lesquels le sang s'écoulait à l'extérieur : l'hémorragie put être arrêtée par la ligature ou le tamponnement de l'artère. La conduite du chirurgien dans ces cas est dictée par l'état variable de la lésion. On agrandit au besoin la plaie des parties molles et celle des os pour aller à la recherche de l'artère blessée. Il convient certainement de ne pas se fier aux compresseurs (V. GRÄFE) ou au procédé consistant à presser à l'aide d'une pince laissée à demeure le vaisseau contre la paroi osseuse (ROSER), mais, si possible, de pratiquer la ligature soit directe, soit médiate à l'aide d'une aiguille recourbée (Umstechung)¹.

Malheureusement, il est extrêmement rare que l'on puisse poser les indications aussi simplement que nous venons de le faire. On se décidera le plus facilement à intervenir dans les cas où une fracture compliquée ou non au niveau de l'angle antéro-inférieur du pariétal s'accompagne de symptômes typiques de compression cérébrale. Le devoir du chirurgien est alors de pratiquer la trépanation immédiatement à cause de la

1. Le mot « Umstechung » qui n'a pas d'équivalent en français, sert à désigner le procédé de ligature qui consiste à passer un fil autour du vaisseau à l'aide d'une aiguille à suture recourbée; le fil noué comprend dans son anse le vaisseau et une partie des tissus qui l'entourent (ligature médiate). (Note du Traducteur).

marche rapide des symptômes. Admettons même que l'on constate simplement, comme signes évidents de l'action traumatique, une plaie des parties molles ou une bosse sanguine résistante dans la région temporelle, puis qu'au bout d'un certain temps d'absence de tout symptôme, on voie survenir les signes d'une paralysie du cerveau avec hémiplegie du côté opposé à la lésion, il n'est point douteux, dans l'état actuel de nos connaissances, que la trépanation constitue dans ces cas l'unique moyen de sauver le blessé¹.

Mais supposons que l'on n'observe en aucun point du crâne des lésions indiquant l'endroit sur lequel a agi le traumatisme, et que l'on voie alors survenir les symptômes de compression cérébrale avec hémiplegie, ou bien que l'hémiplegie se montre du même côté que la lésion du crâne, sommes-nous encore autorisés dans ces cas à faire usage du trépan? Nous croyons que dans le premier cas il est encore plus difficile que dans le second d'acquiescer à la certitude que la cause des symptômes paralytiques consiste dans une hémorragie de la méningée du côté opposé à ces derniers. Nous devons, en effet, prendre en considération la possibilité d'une déchirure artérielle par contre-coup, bien que ce soit là un accident rare, et si, dans le second des deux cas examinés plus haut, les symptômes de compression cérébrale survenaient d'une façon typique pour s'aggraver ensuite rapidement, nous ne saurions blâmer la conduite du chirurgien qui préférerait l'emploi d'un moyen offrant quelques chances de succès à l'expectation livrant le blessé à une mort certaine.

Quelle est maintenant la méthode à suivre pour remplir les indications de la manière la plus sûre et en même temps la moins dangereuse pour le blessé?

Nous devons mentionner tout d'abord le procédé qui consiste à combattre l'hémorragie de la méningée par la ligature des artères afférentes, soit de la carotide commune (FOURNEAUX), soit de la carotide externe (ROSER). Nous ne saurions condamner d'une façon absolue ce procédé qui pourrait trouver son application dans les cas où l'emploi du trépan rencontre des difficultés particulières; mais la ligature doit être faite de bonne heure avant qu'une quantité considérable de sang se soit épan-

1. KIRMISSON distingue au point de vue des indications du trépan les cas dans lesquels les phénomènes de compression sont diffus et ceux dans lesquels ils sont localisés. Lorsqu'ils sont diffus il n'y a pas lieu de recourir à la trépanation, alors même que l'on aurait réussi à poser le diagnostic d'épanchement sanguin par lésion de l'artère méningée moyenne. En effet, en pareil cas l'épanchement est toujours très considérable; pour l'évacuer entièrement il faudrait appliquer plusieurs couronnes de trépan; on exposerait ainsi le blessé à la méningo-encéphalite, et la destruction du caillot pourrait renouveler l'hémorragie par une artère qu'il est bien difficile, sinon impossible, de lier. Avec DUPLAY, TILLAUX et MARCHANT, KIRMISSON est d'avis que l'abstention doit être la règle dans ces cas. Par contre, en présence de symptômes localisés on peut recourir au trépan (Pathologie externe de RECLUS, KIRMISSON, etc.). (Note du Traducteur).