

extravasations sanguines dans l'intérieur du cerveau doivent être considérées comme le point de départ de l'abcès. Il est relativement fréquent de voir se développer des abcès autour des corps étrangers qui sont venus se loger dans la substance cérébrale, ou bien à la périphérie du canal que le corps étranger (projectile ou instrument piquant) a creusé dans la masse du cerveau. Ces abcès se distinguent des autres formes de suppuration déjà décrites par la présence d'une membrane pyogène qui commence à se former dans le cours de la troisième semaine environ, mais ne constitue une barrière réellement résistante, une couche granuleuse épaisse, qu'au bout de six semaines (MEYER). L'abcès du cerveau a une tendance à s'agrandir, soit par la confluence de plusieurs foyers, soit par la néoplasie cellulaire qui se produit dans les parois de la poche purulente. Lorsque cette néoplasie est très active, on peut même voir survenir de véritables poussées inflammatoires secondaires à la périphérie de l'abcès. On n'a pas observé jusqu'ici un seul cas de résorption du contenu des foyers purulents du cerveau. A mon avis, du moins, le seul cas cité par ROSE (observé par WILMS) ne prouve rien, vu qu'il s'agissait très probablement d'un abcès tuberculeux dû à une carie du rocher.

Par contre l'abcès peut s'ouvrir soit à la surface du cerveau, ou dans les ventricules, et une méningo-encéphalite aiguë mortelle en est alors la conséquence, soit à travers la paroi osseuse du crâne (voûte crânienne, lame criblée de l'ethmoïde avec écoulement par le nez, rocher avec écoulement dans la cavité du tympan), et dans ce cas l'évacuation du pus à l'extérieur peut être suivie de guérison.

Les abcès du cerveau diffèrent entre eux notablement au point de vue du volume qu'ils acquièrent, et du temps qu'ils mettent à se développer. Il n'est point rare d'en trouver du volume d'un œuf de pigeon ou de poule; on a même vu des abcès envahir un hémisphère cérébral presque tout entier avant de déterminer la mort. De même la date d'apparition des premiers symptômes de l'abcès varie dans des limites extrêmement étendues, c'est-à-dire depuis quelques semaines jusqu'à vingt ans et plus après le traumatisme. Dans ces formes tardives on comprend que le malade ait perdu tout souvenir de la lésion du crâne, cause première du développement de son abcès, lorsque cette lésion remonte à un grand nombre d'années. On doit donc admettre que l'abcès peut rester longtemps à l'état latent. Mais l'individu qui en est affecté court un danger continu, car le foyer purulent peut à un moment donné sortir de sa période latente, augmenter de volume et entraîner finalement la mort.

§ 56. — Le **tableau clinique** présente naturellement des différences semblables à celles que nous a révélées notre courte étude anatomopathologique; la variabilité que nous avons constatée dans l'époque d'apparition et la marche des lésions, se retrouve dans l'évolution des symptômes. D'autre part les grands abcès qui se développent ordinairement dans la substance blanche des hémisphères cérébraux, peuvent ne

s'accompagner de symptômes qu'une fois arrivés au terme de leur évolution.

Toutefois dans un certain nombre de cas d'abcès du cerveau on parvient à poser un *diagnostic* à peu près exact en se basant sur *l'époque d'apparition et la marche de symptômes déterminés de destruction localisée de la substance cérébrale*. Pour ce qui concerne l'époque d'apparition des symptômes, nous mentionnerons particulièrement les cas dans lesquels on n'avait d'abord observé aucun signe d'une lésion du cerveau, ou dans lesquels ces signes avaient promptement disparu après avoir été précédés d'une commotion cérébrale; au traumatisme succède ainsi une période pendant laquelle le blessé semble avoir conservé toutes ses facultés physiques et intellectuelles, période qui se termine à l'apparition de symptômes annonçant la présence d'un abcès du cerveau en voie de développement. La durée de cette période d'absence de symptômes varie considérablement, soit depuis quelques jours seulement jusqu'à des années.

Le tableau clinique se déroule presque toujours avec une lenteur relative. Au début on n'observera peut-être chez le malade qu'un changement d'humeur et une hyperesthésie sensorielle. En outre de très bonne heure il se plaint d'une céphalalgie plus ou moins intense. Souvent aussi la mémoire est notablement affaiblie, et dans quelques cas le jugement ne tarde pas à s'émousser. L'intelligence est comme engourdie, et les sens ont beaucoup perdu de leur acuité. C'est alors que l'on voit survenir comme symptômes essentiels de l'affection, les désordres fonctionnels indiquant une *destruction localisée de la substance cérébrale*. Si l'abcès intéresse les centres de la motilité ou une grande partie des fibres nerveuses qui en partent, les troubles mécaniques qui en résultent consistent soit *en convulsions circonscrites, soit en paralysies limitées à un groupe musculaire, à un membre, ou à la moitié du domaine d'innervation d'un nerf moteur (facial)*.

Les convulsions générales observées parfois à cette période ont beaucoup moins d'importance, au point de vue du diagnostic, que les symptômes que nous venons d'énumérer. D'autre part nous manquons d'observations précises sur la fièvre qui accompagne les abcès du cerveau. Dans les cas peu nombreux que j'ai observés pendant la dernière guerre, les symptômes initiaux s'accompagnaient seulement de légers mouvements fébriles à forme hectique, survenant le soir: la fièvre ne revêtait une intensité plus grande que lors de l'apparition de la méningite finale. Lorsqu'il existe quelque part une plaie en voie de suppuration, la fièvre n'est pas d'une grande importance pour le diagnostic, mais elle peut en acquérir lorsque les symptômes cérébraux localisés dont nous avons parlé apparaissent en dehors de toute lésion de la boîte crânienne ou après la guérison de lésions de cette catégorie. Un fait d'une haute importance c'est l'apparition, au milieu des symptômes en question, d'une

fièvre à type irrégulier et s'accompagnant parfois même de frissons. Nous savons alors qu'il s'agit d'une fièvre pyémique et non d'un simple abcès du cerveau.

Dans le cas rapporté plus haut (§ 53), que j'ai eu récemment l'occasion de suivre, la fièvre pendant toute la durée de l'observation resta très modérée et très régulière. La température du matin oscillait entre 37,8 et 38, et celle du soir entre 38,4 et 38,6.

Il arrive parfois que la maladie poursuit sa marche avec les symptômes que nous avons décrits, jusqu'à ce que surviennent des convulsions générales bientôt suivies d'une paralysie cérébrale étendue et de la mort. Ce mode de terminaison indique presque toujours la perforation de l'abcès dans les ventricules. Si la suppuration tend à se rapprocher des méninges, on voit se produire encore plus tôt une exacerbation des symptômes généraux, un état de somnolence et de coma, et la mort survient précédée ou non des symptômes d'une méningite suppurée diffuse par perforation.

Les phénomènes cliniques peuvent se montrer avec un peu plus de netteté lorsqu'il existe une plaie des parties molles en même temps qu'une lésion du crâne. Il arrive fréquemment alors que le pus s'échappe par la blessure lorsque l'abcès s'est ouvert du côté des méninges. D'autre part, lorsque la dure-mère ou le cerveau sont accessibles à la vue sur une certaine étendue dans le fond de la plaie, l'endroit qui recouvre le foyer de suppuration se reconnaît parfois à une proéminence locale avec absence des pulsations cérébrales caractéristiques.

Dans les derniers temps H. BRAUN a fait des recherches bibliographiques et expérimentales sur l'importance de l'absence des pulsations cérébrales au point de vue du diagnostic des abcès du cerveau, phénomène sur lequel ROSER a plusieurs fois attiré l'attention des chirurgiens. Il a trouvé que dans la plupart des cas la cause de ce phénomène réside dans une anémie des artères superficielles du cerveau ainsi que dans une augmentation de tension de la dure-mère, et il a démontré que l'absence de pulsations indique le plus souvent une accumulation de pus directement au-dessous de la dure-mère mise à nu. Cependant on a aussi observé quelquefois l'absence de pulsations cérébrales alors que l'abcès siège loin de la dure-mère dans la profondeur du cerveau, et d'autre part il arrive que le symptôme en question fait défaut alors que l'abcès siège directement sous la dure-mère. En dehors des collections purulentes, d'autres liquides, tels que le sang, peuvent, par leur accumulation, suspendre dans certaines régions les pulsations cérébrales, et l'on a observé le même phénomène dans certains cas dans lesquels des fragments osseux s'étaient logés entre la dure-mère et le crâne. L'absence des mouvements du cerveau s'observe encore lorsque la solution de continuité du crâne est peu étendue, et laisse écouler le liquide céphalo-rachidien par un trou de la dure-mère mise à nu. Il en est de même enfin dans les cas d'anémie très prononcée et de faiblesse cardiaque. ALBERT observa dernièrement l'absence de pulsations

cérébrales dans un cas de fonte putride des couches superficielles du cerveau.

Il en résulte évidemment que le phénomène de la suspension des pulsations cérébrales conserve une grande valeur pour le diagnostic de collections liquides siégeant dans le voisinage de la dure-mère mise à nu.

L'état de mollesse des tissus au niveau de l'abcès ne peut guère nous servir pour le diagnostic à cause de la consistance molle du cerveau sain lui-même. Il peut même arriver, comme dans un cas observé par ROSE, que le cerveau, loin de se ramollir au-dessus de l'abcès, prend au contraire une consistance plus dure grâce au gonflement inflammatoire. En général l'aspect de la plaie extérieure se modifie lorsqu'un abcès est en voie de formation. Les bourgeons pâlisent, s'affaissent et ont une tendance à se mortifier. Dans quelques cas on pourra, suivant le conseil de MAAS, en perforant le crâne à l'aide d'une vrille, s'assurer s'il existe une collection purulente directement au-dessous de la paroi osseuse.

Comme nous l'avons vu, on ne peut espérer la résorption d'un abcès du cerveau lorsqu'il est d'un certain volume et complètement développé. Le pronostic doit dès lors être toujours considéré comme mauvais si l'on ne parvient pas à donner au pus un écoulement suffisant. Il arrive très rarement que le pus se fraye un passage par l'oreille ou le nez, mais lorsqu'il existe une solution de continuité de la voûte du crâne, c'est à ce niveau que se produit l'ouverture spontanée de l'abcès. Mais même dans ce dernier cas, l'évacuation du pus ne se fait pas dans de bonnes conditions, et il n'est pas étonnant qu'après une amélioration passagère de l'état du blessé, il survienne souvent, par suite de la décomposition du pus en stagnation, une suppuration progressive du cerveau compliquée de méningite diffuse,

§ 57. — Nous ne ferions que répéter ce qui est déjà connu si nous voulions décrire ici les moyens généraux de traitement des symptômes au début de la méningo-encéphalite. D'après notre description précédente il est bien évident que nous sommes complètement impuissants lorsque la méningite ou l'abcès du cerveau sont déjà à l'état de fait accompli. Mais ce que nous pouvons faire, c'est de prévenir le développement de cette redoutable complication chez les individus atteints d'une lésion traumatique de la tête. Grâce à la méthode antiseptique, cette tâche du chirurgien est bien plus aisée à remplir qu'autrefois. Lorsqu'un individu blessé à la tête est confié de bonne heure aux soins d'un chirurgien élevé à l'école antiseptique, et que ce dernier met en pratique le procédé déjà décrit plusieurs fois de désinfection de la plaie et de son voisinage, suivie de l'application d'un pansement antiseptique, un pareil traitement aura en général pour effet de maintenir la plaie aseptique, et d'empêcher l'apparition de complications accidentelles. Mais lorsque les phénomènes inflammatoires ont déjà envahi la scène morbide, nous ne pouvons que