

renvoyer pour ce qui concerne le traitement à notre étude de la compression générale du cerveau. De même que dans le traitement de cette dernière complication, nous devons faire jouer le rôle principal à l'emploi du froid sous forme d'application de glace ou d'irrigation continue du crâne, et y joindre au besoin les purgatifs et la saignée. Beaucoup de médecins considèrent encore de nos jours la saignée comme un moyen très efficace pour combattre les symptômes graves de l'encéphalite, tels que les convulsions, etc. (ROSE). L'embarras du chirurgien est bien plus grand lorsqu'il se trouve en présence d'une méningite complètement développée.

Il n'est pas encore prouvé que nous possédions un moyen capable de déterminer sûrement la résorption de l'épanchement, et nous sommes encore loin d'avoir la certitude que le calomel à l'intérieur et les frictions mercurielles sous forme d'onguent gris agissent réellement dans ce sens ; mais il est bien permis d'en faire l'essai en présence d'un pronostic absolument mauvais. Une trépanation faite à cette période ne serait guère justifiée. On ne saurait admettre que l'application d'une couronne de trépan pût diminuer les chances d'une inflammation diffuse des méninges. Une pareille intervention ne pourrait être utile que dans les cas, certainement rares, où il s'agit d'évacuer une collection purulente développée entre le crâne et la dure-mère (Voir § 51). D'autre part, on est parfaitement autorisé à enlever ultérieurement, si l'on a négligé de le faire au début, des fragments osseux détachés et faisant saillie dans l'intérieur du crâne, dès qu'on voit survenir des symptômes bien nets d'une suppuration intracrânienne. Évidemment, dans ces cas, l'indication d'une intervention opératoire ne peut être basée que sur un diagnostic exact.

Le traitement du prolapsus du cerveau doit se borner à protéger la partie herniée contre les causes de traumatisme, et à combattre les phénomènes de décomposition par l'emploi de substances désinfectantes, par l'application du pansement de Lister, etc. On ne doit songer à enlever les masses herniées que lorsqu'elles se sont mortifiées, et encore doit-on user dans ces cas de grandes précautions. Pour des motifs aisés à comprendre, on devra rejeter toute tentative de réduction du prolapsus par procédé direct, et l'on cherchera seulement à atteindre ce but indirectement en usant des moyens capables de diminuer la pression intracrânienne.

Lorsque nous nous trouvons en présence de symptômes bien nets d'un abcès du cerveau, nous ne possédons aucun remède, externe ou interne, capable d'arrêter le processus morbide dans sa marche fatale. La guérison, comme nous l'avons vu, n'est possible que par l'ouverture du foyer purulent et l'évacuation de son contenu. Lorsque le diagnostic d'abcès peut être posé d'une façon certaine, l'oncotomie constitue, en effet, le seul traitement capable de sauver la vie du malade. On comprend dès

lors que nous nous soyons étendus longuement sur la question du diagnostic, puisque c'est ce dernier, posé exactement, qui doit diriger la conduite du chirurgien. Or nous avons vu combien il est difficile de préciser le diagnostic dans ces cas.

Supposons même que nous ayons reconnu l'existence d'une inflammation suppurée de la substance cérébrale, encore faut-il que l'on puisse faire le diagnostic du siège de l'abcès avec le degré de certitude nécessaire pour une intervention opératoire. Or, nous n'avons pas toujours affaire à une large perte de substance du crâne, au fond de laquelle fait saillie la dure-mère ou la masse molle du cerveau dépourvue de pulsations, d'où nous puissions conclure à l'existence d'un abcès. Il ne manque pas d'exemples de chirurgiens pratiquant la trépanation et incisant la dure-mère sans rencontrer l'abcès qu'ils s'attendaient à ouvrir : l'opéré ne tardait pas à succomber, et l'autopsie démontrait l'existence d'un foyer purulent tout près du point de la surface du cerveau qui avait été mis à nu. Si donc après l'incision de la dure-mère on ne trouve point d'abcès, doit-on plonger le bistouri dans le cerveau ? On comprend que l'on réussisse ainsi quelquefois à rencontrer l'abcès et à donner au pus un libre écoulement, comme le prouve le cas célèbre de DUPUYTREN, mais il est certain que bien plus souvent le bistouri pénétrera en dehors du foyer purulent.

Si pour les raisons que nous venons de rapporter, l'indication de l'oncotomie est bien positive, malheureusement les cas où cette opération a donné de bons résultats sont encore peu nombreux. Nous devons faire, en effet, abstraction des cas dans lesquels le contenu de l'abcès du cerveau a pu s'écouler à la suite de l'extraction d'un fragment osseux détaché ou d'un autre corps étranger, tel qu'une lame de couteau ; il en est de même des observations de collections purulentes dans lesquelles le pus s'étant fait jour par un petit orifice à travers la substance corticale, il suffisait d'agrandir cet orifice pour obtenir la guérison ; aussi le nombre des abcès qui ont été ouverts et ont guéri à la suite de la trépanation, se trouve-t-il réduit à un minimum. Lorsque le contenu de l'abcès tend à se faire jour à travers une fissure du crâne on a proposé d'aspirer le pus à l'aide d'une petite seringue dans le but d'amener une guérison définitive, mais ce procédé ne saurait avoir évidemment qu'une application très limitée (RENZ).

#### § 58. Pyémie compliquant les lésions traumatiques du crâne.

— Parmi les complications des lésions traumatiques du crâne, c'est la pyémie qui entraîne le plus sûrement une terminaison fatale. Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer dans quelles conditions surviennent ordinairement les accidents pyémiques. Nous avons dit que ces derniers peuvent se développer, soit à la suite d'une lésion des parties molles, soit à la suite d'une ostéite ou d'une périostite suppurée, soit encore comme conséquence d'une suppuration de la substance cérébrale et des ménin-

ges, ainsi que de la thrombose des veines et sinus de l'encéphale. Les phénomènes cliniques se rapportant à cette dernière complication viennent s'ajouter à ceux que nous avons décrits à propos de l'abcès du cerveau. C'est ainsi qu'on observe des symptômes de stase veineuse se manifestant par une saillie du globe oculaire dans la phlébite du sinus caverneux; par une tuméfaction de la région mastoïdienne et par des thrombus se continuant dans la jugulaire lorsque c'est le sinus transverse qui est le siège du processus inflammatoire. Ce sont ces symptômes, comme aussi les phénomènes fébriles et les métastases, qui ont une importance décisive pour le diagnostic.

Depuis longtemps déjà (BIANCHI, 1721) on a émis l'opinion (et à force d'être répétée, elle a fini par être universellement admise), que les lésions traumatiques de la tête se compliquent très souvent d'affections du foie, et principalement d'abcès de cet organe. Or, nous devons faire abstraction des cas dans lesquels une lésion concomitante du foie, telle qu'une rupture ou une contusion, a été le point de départ d'un abcès de cette glande, bien qu'ici la suppuration soit probablement toujours la conséquence de la fièvre infectieuse survenue à la suite de la plaie de tête. Cette réserve faite, tous les autres cas d'abcès de la glande hépatique doivent être considérés comme des métastases d'origine septico-pyéémique, et l'on ne saurait les faire dépendre du fait que le traumatisme siège à la tête, puisque la lésion de toute autre région du corps peut en provoquer le développement. Pour expliquer le fait que les métastases se produisent précisément dans le tissu du foie, il n'est pas nécessaire de faire intervenir les vaisseaux du crâne; plus souvent elles sont dues à des embolies ayant acquis des propriétés infectieuses par suite de l'infection générale de l'économie, et provenant des branches de la veine-porte, du plexus veineux prostatique, etc. Dans d'autres cas ces embolies proviennent des veines pulmonaires; enfin dans certains cas nous devons admettre qu'elles se forment sans thrombus volumineux préalable, et qu'elles sont dues, peut-être, à des bactéries entraînées dans le courant circulatoire. Quant à l'hypothèse d'après laquelle un embolus pourrait remonter le courant sanguin, de la veine cave inférieure dans la veine sus-hépatique (MAGENDIE, MECKEL), elle est dénuée à peu près de tout fondement. Du reste dans les derniers temps BAERENSPRUNG, utilisant les matériaux de l'institut pathologique de Berlin, a démontré que la prétendue fréquence des abcès du foie à la suite des lésions traumatiques de la tête n'existe point en réalité.

§ 59. — **Névroses consécutives aux lésions traumatiques du crâne et de son contenu.** — Dans un nombre de cas relativement considérable, les lésions traumatiques du crâne et du cerveau laissent à leur suite des troubles nerveux; ces derniers surviennent soit immédiatement après la lésion, soit seulement au bout d'un certain temps. Lorsque des phénomènes paralytiques ont succédé à une lésion du cerveau, on observe pendant longtemps, ou même pendant toute la vie, des paralysies circonscrites d'un nerf, d'un groupe de muscles ou d'une moitié du corps. Ces désordres nerveux succèdent presque toujours à

une fracture du crâne avec dépression des fragments et lésion cérébrale; en général ils tendent à s'amender avec le temps. Il n'en est pas de même des paralysies isolées qui ne surviennent que plus tard, après un intervalle libre de tout symptôme de ce genre; elles indiquent presque toujours une affection circonscrite du cerveau, c'est-à-dire un ramollissement ou un abcès, et c'est seulement dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on voit survenir dans la suite une amélioration des symptômes en question.

Depuis longtemps déjà on connaît l'influence qu'exercent sur les facultés psychiques les lésions traumatiques de la tête. On sait qu'il n'est pas rare d'observer un affaiblissement de l'intelligence ou d'autres troubles intellectuels, soit comme effet immédiat, soit comme conséquence éloignée de ces lésions. D'après une statistique basée sur un certain nombre de cas de cette catégorie (KRAFFT-EBING, MEYER), ces désordres nerveux seraient indépendants de la gravité de la lésion traumatique, et surviendraient aussi bien à la suite d'une simple commotion cérébrale qu'après une fracture du crâne avec ou sans enfoncement. Ils ne paraissent pas se produire de préférence à la suite de fractures avec enfoncement comme l'ont affirmé quelques chirurgiens (BROCA, BUSCH), et lorsqu'on se trouve en présence d'une fracture de ce genre, on ne saurait se baser sur l'existence d'une dépression de l'os pour poser l'indication d'une trépanation dans le but de prévenir l'apparition de troubles psychiques. Ces derniers, suivant KRAFFT-EBING, peuvent être divisés en trois groupes.

1. Les troubles psychiques sont la seule conséquence du traumatisme, auquel ils succèdent le plus souvent immédiatement. L'intelligence s'affaiblit peu à peu, et les malades tombent dans l'imbécillité ou dans un état rappelant l'idiotisme. Parfois on observe en même temps des troubles de coordination des mouvements et des paralysies. L'examen anatomo-pathologique permet le plus souvent de reconnaître dans ces cas l'existence d'altérations moléculaires se rattachant à une méningo-encéphalite aiguë ou subaiguë.

2. Les troubles psychiques surviennent plus tard seulement, à la suite d'une période prodromique de longue durée, ou même peut-être après un intervalle marqué par l'absence de tout symptôme. La période prodromique est caractérisée par des altérations de la sensibilité et de l'activité sensorielle. Une irritabilité exagérée des sens se combine avec un changement d'humeur et de caractère du malade. Puis survient un état d'excitation maniaque, ou une paralysie progressive allant jusqu'à l'imbécillité. La fréquence de la paralysie générale progressive à la suite des traumatismes de la tête a été démontrée par la statistique de MEYER, d'après laquelle, 15 fois sur 76 cas, la cause de la paralysie est attribuée à des lésions de ce genre. Le traumatisme a entraîné dans ces cas des altérations anatomo-pathologiques de la dure-mère et des hémis-