

esquilles, rien de mieux; pour enlever avec l'os la balle incrustée dans le crâne, rien de mieux encore; mais aller un peu au hasard fouiller le cerveau pour y rechercher un corps étranger est une mauvaise pratique. On a plus de chances de succès, quoiqu'elles soient extrêmement faibles, en abandonnant le corps étranger à lui-même. J'ai publié dans mon mémoire cinq cas dans lesquels une culasse de fusil ou de pistolet avaient pu séjourner, même quelques années, dans le crâne sans amener des accidents mortels.

La trépanation n'a pas seulement été pratiquée et n'est pas seulement indiquée dans les traumatismes du crâne. Elle a été faite et parfois avec succès pour guérir l'épilepsie. Elle a été utilisée pour donner issue à des collections purulentes intracrâniennes. Dupuytren, Berard, Mac Even, Langenbeck, Pauly, Durante y ont eu recours avec des résultats variables pour enlever des tumeurs intracrâniennes, des épithéliomes des méninges.

Les recherches sur les localisations cérébrales ne pouvaient manquer de soulever la question de savoir sur quel point du crâne le trépan devait être appliqué. La doctrine ancienne veut qu'on applique le trépan au point où a porté le traumatisme, qu'on recherche l'existence de ce qu'on a appelé un signe local; la doctrine nouvelle veut qu'on tienne compte avant tout des données fournies par les localisations cérébrales, elle utilise ce qu'on pourrait appeler le signe physiologique. D'après ces recherches, c'est la circonvolution pariétale ascendante qui est le centre moteur des membres: à son sommet pour le membre inférieur, à son tiers moyen pour le supérieur. C'est donc vers le sillon de Rolando que doit porter le trépan. Pour déterminer ce point Lucas Championnière indique le procédé suivant: on tire une ligne horizontale de 7 centimètres partant de l'apophyse orbitaire externe et se portant sur la tempe. De l'extrémité de cette ligne on élève une perpendiculaire de 3 centimètres. En ce point est l'extrémité inférieure du sillon de Rolando; son extrémité supérieure est à 48 millimètres en arrière du bregma sur la ligne médiane.

Il est possible que l'on trouve quelque jour dans cette voie des données quelque peu précises; mais à l'heure actuelle les localisations cérébrales ne sauraient nous guider quand il s'agit de trépaner pour un traumatisme. La difficulté est tout d'abord de savoir s'il faut ou non pratiquer la trépanation et cette difficulté est souvent très grande. Quand elle a été résolue dans un sens affirmatif, c'est avant tout à l'endroit du traumatisme que doit porter le trépan et le signe local que l'on pourra trouver

aura bien plus d'importance que tous les signes que croit fournir la physiologie.

La trépanation est considérée par quelques chirurgiens comme tout à fait innocente, c'est une exagération évidente; toutefois il est assez difficile d'apprécier la gravité qui lui est propre parce qu'elle est inséparable de celle qui appartient à la lésion cérébrale contre laquelle elle est pratiquée. Malgaigne de 1836 à 1841 a relevé pour les hôpitaux de Paris 15 opérations avec 15 morts; Sedillot et Bœckel sur 77 trépanations faites pour fractures esquilleuses ont compté 48 morts et 29 guérisons. Macleod sur 26 opérations sur les champs de bataille de Crimée a trouvé 7 guérisons et 19 morts. Pendant la guerre de la Sécession, il a été fait dans l'armée fédérale 107 trépanations, il y eut 60 morts et 47 guérisons. Les 126 opérations que j'ai relevées dans les recueils anglais, faites en Angleterre de 1857 à 1866, m'ont donné 76 morts et 50 guérisons. Il faut noter que ce n'est pas ici une statistique intégrale et que bien des cas mortels n'ont pas dû être publiés.

Walsham sur 82 trépanations pour accidents épileptiformes consécutifs au traumatisme a compté 17 morts et 65 guérisons. Bruns a réuni 53 cas dans lesquels l'opération n'a pas été faite pour traumatisme mais pour céphalalgie ou épilepsie tenant à un épaississement des os, une exostose, etc. Sur ces 53 opérés, il y eut 28 guéris et 15 morts. Billings sur 72 cas de trépanation pour épilepsie consécutive à des blessures de la tête est arrivé aux mêmes résultats. Blumh sur 709 trépanations pour fracture du crâne compte 357 guéris et 352 morts. C'est une mortalité de près de moitié (49,65 p. 100).

ARTICLE II

TRÉPANATION DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

(Voir plus loin : *Maladies de l'oreille.*)

CHAPITRE II

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES YEUX

Nous traiterons successivement, sous ce titre, des opérations qui se pratiquent sur l'appareil lacrymal, sur les paupières, sur

les muscles de l'œil; des opérations de la cataracte et de la pupille artificielle; et enfin de celles qui intéressent le globe oculaire entier.

La plupart ont ceci de commun que, quand on opère sur l'œil gauche, on se sert à merveille de la main droite; mais pour l'œil droit, si l'on voulait se placer en face du sujet, on serait obligé pour quelques opérations, en particulier pour la cataracte, de se servir de la main gauche. Le mieux est dans ce cas de se placer en arrière ou à côté du malade et d'agir toujours de la main droite.

ARTICLE PREMIER

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL LACRYMAL

I. — Extirpation de la glande lacrymale.

La glande lacrymale, située à la partie supérieure, antérieure et externe de l'orbite, se compose de deux parties fort distinctes: l'une supérieure, plus considérable, de la forme d'une amande, occupe la fossette lacrymale et est immédiatement recouverte par le périoste; l'autre, inférieure, aplatie, quadrilatère, déborde l'orbite, se prolonge en bas jusqu'au niveau de l'angle externe des paupières, en avant jusqu'au cul-de-sac supérieur de la conjonctive, à une distance de 5 à 6 millimètres du cartilage tarse, entre le muscle droit externe et le tendon du releveur de la paupière qui la recouvre en partie. Chez les sujets qui ont peu d'embonpoint, on peut sentir cette portion sous le doigt à la partie externe de la paupière supérieure; et pour la rendre plus saillante, il suffit de presser sur le côté interne de l'œil.

La glande lacrymale a été enlevée dans deux conditions très différentes: 1° à l'état sain, pour faire cesser un larmolement incurable; 2° à l'état morbide, pour une hypertrophie simple ou pour d'autres altérations.

1° *A l'état sain.* — Cette opération a été pratiquée pour la première fois par Paul Bernard, imité ensuite par Textor. Voici le procédé suivi par ce dernier:

Il fit une incision de 4 centimètres de longueur, oblique en bas et en dehors, et longeant la moitié externe du rebord orbitaire, entre le sourcil et la paupière supérieure. Ensuite il pénétra dans le tissu cellulaire compris entre le périoste de l'orbite et l'aponeurose oculaire, saisit la glande avec une pince-érigne et l'extirpa en grande partie. Mais, quand il voulut achever l'ablation, le malade refusa de s'y soumettre.

Il paraît que Paul Bernard n'avait également enlevé qu'une partie de la glande, et qu'il fut obligé plus tard de compléter l'extirpation. Toutefois le sujet de Textor n'eut pas besoin d'une opération nouvelle: le larmolement, disparu à la suite de la première, n'avait pas reparu onze mois après. Cette opération est abandonnée depuis l'invention de la méthode de Bowman qui facilite si bien le cathétérisme des voies lacrymales.

2° *A l'état morbide.* — La glande, presque toujours augmentée de volume chasse plus ou moins l'œil de l'orbite, et fait elle-même une forte saillie sous les téguments. Les procédés également applicables aux autres tumeurs de la partie supérieure de l'orbite peuvent se réduire à trois.

Procédé ordinaire. — On divise la paupière parallèlement à ses plis tégumentaires, sur le point le plus saillant de la tumeur; on attire celle-ci en dehors avec une pince-érigne, et on la dissèque, en ménageant avec soin la conjonctive et le globe de l'œil. Quand la tumeur est très considérable, il est quelquefois nécessaire de faire tomber une incision verticale sur la première.

Procédé de Velpeau. — On prolonge d'un coup de bistouri la commissure externe des paupières vers la tempe, assez pour pouvoir les renverser; cette simple manœuvre suffit pour mettre à découvert les deux tiers externes de la circonférence orbitaire. Si toutefois la dissection souffrait quelques difficultés, on pourrait encore circonscrire la tumeur par une incision semi-lunaire de la conjonctive du côté de la cornée.

Procédé de Halpin. — On attire fortement en bas la paupière supérieure, jusqu'à amener la moitié du sourcil au-dessous de l'arcade orbitaire, et on le fait maintenir ainsi par un aide. Le chirurgien pratique alors, sur le sourcil même, une incision courbe à convexité supérieure, commençant immédiatement au-dessus du tendon de l'orbiculaire, pour se terminer à 12 ou 13 millimètres au-dessus de la commissure externe. On dissèque et l'on renverse le lambeau ainsi décrit; on passe une ligature autour de la glande, que l'on détache partie avec le doigt, partie avec le bistouri; et enfin on réunit par suture.

Appréciation. — F. Cunier, après avoir opéré lui-même deux malades et en avoir examiné sept autres opérés par le procédé ordinaire, lui reproche de laisser une difformité assez apparente,