

conduisait encore ses chevaux la veille de sa mort et n'entraît à l'hôpital que pour se reposer quelques jours.

Le cerveau est donc un organe d'une extrême tolérance pour les lésions traumatiques et pour les corps étrangers, tant qu'il ne s'est pas développé d'encéphalo-méningite. Cependant les abcès donnent généralement lieu à un symptôme : la céphalalgie. Mais la céphalalgie est si commune, elle se rencontre dans un si grand nombre d'affections, qu'il ne semble pas *a priori* qu'elle doive fournir au chirurgien un élément de diagnostic bien puissant. Il faut néanmoins en tenir grand compte dans les circonstances suivantes : un individu a fait une chute ou a reçu un coup sur la tête à une époque plus ou moins reculée ; les troubles produits par le traumatisme ont disparu, et peu à peu, après un temps variable, le malade, bien portant d'ailleurs, est pris d'une céphalalgie qui acquiert bientôt une intensité extrême : cette céphalalgie est *incessante, limitée à un point circonscrit du crâne, à un point toujours le même*. Si les renseignements du malade ou l'examen direct démontrent que ce point douloureux est précisément l'endroit percuté jadis, ou bien si ce *point douloureux est diamétralement opposé à l'endroit percuté*, on sera en droit de conclure à l'existence d'un abcès intracranien, et la trépanation sera indiquée. Le diagnostic deviendra plus probable encore, si à ces antécédents et au symptôme de céphalalgie se joignent des troubles moteurs et sensitifs. Ce que nous venons de dire des localisations cérébrales viendra en aide pour essayer de préciser le point du cerveau qui est altéré. Quant à pousser plus loin le diagnostic, à savoir d'avance si le foyer siège sous les os, sous la dure-mère, sous la pie-mère ou dans la substance cérébrale, on n'a à cet égard aucune donnée sérieuse.

Lorsque les symptômes sont suffisamment accusés pour engager à agir, on commence par mettre à nu le point de la dure-mère où l'on pense rencontrer la lésion. C'est ce que fit, avec succès, P. Broca en 1871. Il donna ainsi issue à une quantité de pus représentant le volume d'un œuf de pigeon. Mais le blessé était atteint en même temps d'une méningo-encéphalite diffuse contre laquelle le trépan est impuissant et qu'il est actuellement impossible de distinguer d'un abcès collecté.

Si l'on trouve la dure-mère intacte, on l'incise crucialement. Si la pie-mère et l'écorce cérébrale sont saines, il est alors extrêmement probable qu'il existe un foyer intracérébral, et l'on incise le cerveau. J'ai suivi cette conduite en 1877, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de mon ami le professeur Proust : la lame du bistouri plongée à 3 centimètres de profondeur fit jaillir un véritable flot de pus phlegmoneux. Il faut toutefois reconnaître que dans ces cas difficiles le hasard guide, jusqu'à un certain point, la main du chirurgien.

Je dois aussi présenter quelques réflexions sur la question si souvent débattue et non encore résolue de cette triade pathologique : la *contusion*, la *compression* et la *commotion* du cerveau.

La contusion et la compression se définissent d'elles-mêmes. La contusion existe pour le cerveau comme pour les autres organes de l'économie ; elle est presque toujours consécutive à une fracture du crâne et produite par des éclats de la table interne. J'appelle toutefois l'attention sur le fait suivant. Dans les pages qui précèdent, j'ai rejeté, avec plusieurs auteurs modernes, les fractures par contre-coup de la base du crâne, c'est-à-dire les fractures de la base