

En présence de ces nouveaux symptômes une nouvelle ponction lombaire fut pratiquée après anesthésie générale au bromure d'éthyle le malade ayant trop de raideur du dos pour permettre l'opération sans anesthésie. Par cette ponction, on retire environ 25 c.c. d'un liquide céphalo-rachidien encore teinté de rouge, mais beaucoup moins qu'aux ponctions précédentes.

Aussitôt après, le malade se sentit soulagé et deux jours après, tous ses symptômes de méningite étaient disparus.

La céphalée ne fut que passagère depuis ce temps; il prit des forces et put le 14 mai laisser l'hôpital, en pleine convalescence.

Reçu 2 fois depuis, il ne travaille pas encore, mais il se sentirait assez bien pour le faire si on le lui permettait, c'est dire qu'il est bien et se compte guéri.

Montréal, 29 mai 1910.

Les fractures de la base ne sont *immédiatement* évidentes en clinique que dans les circonstances relativement rares où il s'est produit un écoulement de nature cérébrale soit par le nez soit par l'oreille. La plupart du temps, la fracture se traduit par un ensemble de symptômes qui ne sont pas *contemporains* du traumatisme mais prennent plusieurs heures voir même quelques jours pour se produire.

Voilà pourquoi le diagnostic reste ordinairement probable et ne devient certain que par l'association de ces différents signes et leur interprétation clinique.

Nous n'avons pas l'intention de donner en détail la nomenclature des symptômes des fractures de la base du crâne. Nous avons plutôt voulu attirer l'attention de nos collègues sur les particularités que présente le cas qui nous occupe et faire connaître les bons résultats que l'on peut obtenir par la ponction lombaire comme élément de diagnostic et comme traitement des accidents consécutifs aux fractures du crâne.

Vous avez sans doute remarqué que notre malade ne présentait que peu de symptômes objectifs à son entrée à l'hôpital. L'ecchymose palpébrale paraît du côté droit 1 heure après son entrée à l'hôpital. Sur la tête et sur le cou, aucune trace de violence; la peau est intacte partout moins les érosions de la joue droite un peu d'épistaxis lors de l'accident, mais en somme, peu de chose et aucun écoulement par l'oreille.

Pas de trouble de la sensibilité si ce n'est l'hyperesthésie de la moitié droite du crâne. Aucun trouble de la motricité. Mais le malade délire et dès qu'il peut s'exprimer, il accuse un violent mal de tête. Son pouls est nettement cérébral et marque 48 pulsations. Enfin, 24 heures après l'accident, apparaît l'ecchymose sous conjonctivale.

De cet ensemble d'accidents nous étions en droit de conclure à une fracture de la voûte orbitaire droite par conséquent, du plancher de la loge antérieure et nous ajoutons que puisque le globe oculaire ne présentait pas de solution de continuité, le traumatisme pour causer une telle fracture avait dû porter sur la région frontale où ce-

pendant on ne remarquait aucune trace extérieure de violence.

La ponction lombaire qui nous a donné un liquide hémorrhagique chassé du canal par une énorme pression est venue ajouter un élément important et confirmer le diagnostic.

Nous disons élément important car nous ne saurions dire pathognomonique; mais nous ajoutons, symptômes d'une importance telle que jamais en présence d'un traumatisme de la tête, on devrait négliger de le rechercher. 1o pour aider au diagnostic et 2o, aussi parce que c'est une excellente thérapeutique dans toute fracture du crâne. C'est depuis le 16 sept. 1901 que nous ne sommes plus tout à fait désarmés devant les accidents causés par la compression cérébrale et consécutive aux violents traumatismes du crâne. C'est à cette date en effet que dans le service du Prof. Poirier, dans le but de faire un diagnostic entre une méningite, une contusion de l'encéphale ou une fracture de la base, on fit une ponction lombaire qui ramena un liquide teinté de sang s'échappant en jet de la canule. Devant cette hypertension on pensa à une compression des centres nerveux et on retira 40 c.c. de liquide. L'effet fut merveilleux, le soir même le malade reprenait connaissance et continua de s'améliorer par la suite. Depuis cette époque nombreux sont ceux qui ont suivi l'exemple du Professeur Poirier et dans le rapport de la Société de chirurgie moy. 1905 je vois que Messieurs Pothera, Guinard, Terrier, Tuffier et Broca ont tous pratiqué la ponction lombaire dans des cas de fractures du crâne avec succès. Tuffier conseille de ne pas enlever trop de liquide céphalo-rachidien; 40 à 50 c.c. paraissent une limite extrême. Quant pour sa part, rapporte 7 cas de fractures du crâne tous traités uniquement par des ponctions lombaires répétées et tous guéris. Une de ses observations indique qu'il fut obligé de répéter l'intervention 8 fois avant d'obtenir une guérison parfaite.

Et maintenant voyons donc un peu comment agit la ponction lombaire? Evidemment, elle agit tout d'abord en diminuant la tension intra-crânienne et par le fait même, elle libère les centres nerveux de la *sangle* qui les étouffe et permet leur plein fonctionnement.

Il faut bien se rappeler que l'axe cérébro-spinal ne peut sans troubles fonctionnels supporter une tension égale à celle du sang dans les vaisseaux. Cushing a prouvé par d'intéressantes expériences que nous avons même un appareil de protection, véritable régulateur destiné à maintenir la pression sanguine toujours un peu plus élevée que la que la pression intra-crânienne. Ce protecteur est le centre vaso-moteur.

Si la pression intra-crânienne augmente, l'anémie cérébrale se produit. Or celle-ci excite directement le centre vaso-moteur qui détermine aussitôt une élévation de la pression artérielle *générale* par suite du rétrécissement de toutes les artères. Eh ce centre se *surtène* jusqu'à ce qu'il ait gagné son point c'est-à-dire que la pression sanguine ait dépassé celle du liquide céphalo-rachidien.

Durant ce combat, un autre centre bulbaire est aussi touché; c'est le centre respiratoire. Mais lui, est plutôt