

## Pathologie nerveuse

### PRATIQUE CHIRURGICALE

Par le Dr E. St-Jacques, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, Montréal

#### Les blessures temporales par balles de revolver

Appelé en hâte auprès de ces blessés le médecin est parfois hésitant sur la conduite à tenir. Disons tout de suite que son rôle doit se contenter de faire rapidement et avec les meilleures précautions possibles un pansement antiseptique. Le Peroxide d'hydrogène est tout indiqué pour ce premier pansement, qui doit être hâtif.

Puis immédiatement le médecin devra diriger le blessé sur le plus proche hôpital, ou au moins faire appeler un chirurgien pour aviser conjointement de la conduite à tenir.

Que convient-il de faire dans ces cas ? Voilà ce que le Prof. Leguen vient d'étudier dans une leçon clinique que nous tenons à résumer pour nos lecteurs.

La première règle dans les blessures temporales par balles de revolver est, si le crâne est fracturé, comme c'est d'ordinaire, de ne pas procéder à l'extraction immédiate de la balle. Celle-ci est logée plus ou moins profondément dans le cerveau. On se contentera d'inciser de décoller les téguments jusqu'à l'os, d'enlever les fragments osseux, et d'élargir ensuite la brèche osseuse. Un nettoyage soigneux et le drainage de la plaie seront pratiqués et l'on procédera à un recollement superficiel des téguments. Plus tard, vers le 45e jour, on pourra procéder à l'extraction de la balle. Celle-ci en effet est souvent logée à distance de l'orifice d'entrée, peut se réfléchir sur les parois osseuses et siéger à des places imprévues. La radiographie renseignera sur la position du projectile. Encore convient-il de laisser peu de distance entre la séance radiographique et l'intervention opératoire. De plus on évitera les mouvements intempestifs qui pourraient à ce moment déplacer la balle.

C'est ce qui fut fait pour un homme de 36 ans qui se tira le 6 décembre 1908 un coup de revolver dans la tempe droite. Le lendemain, il était dans un demi-coma ; le pouls était lent et l'on constatait les signes d'une paralysie faciale gauche. M. Leguen incisa autour de l'orifice cutané, constata la fracture et l'ouverture de la dure-mère. Une désinfection soigneuse et le drainage furent le seul traitement institué ; le malade échappant à toute complication inflammatoire ; on procéda deux jours plus tard à une radiographie qui décéla l'ombre de la balle dans la région occipitale du côté gauche.

Quarante-cinq jours après, la paralysie faciale continuait d'exister, à gauche, un tremblement intentionnel a-

gitait les membres supérieurs ; la démarche ébrieuse dénotait l'atteinte du cervellet. Pas de paralysie motrice, mais de la diplopie avec hémianopsie homonyme droite, comme il arrive dans les lésions du centre occipital. La parole était lente. Une première tentative d'extraction du projectile demeura infructueuse, le martellement exigé par la trépanation ayant sans doute amené le déplacement de la balle. Un mois après, une nouvelle radiographie montrait en effet la balle à une place différente. L'extraction très aisée fut suivie d'une amélioration immédiate. Le tremblement, la démarche cérébelleuse disparurent. La parole redevint aisée, mais la paralysie faciale gauche et l'hémianopsie persistèrent,

Les malades atteints d'une plaie temporaire par balle de revolver se présentent dans trois conditions : 1e dans un état de stertor, par suite de la compression cérébrale par un épanchement sanguin ; 2e avec des crises d'épilepsie jacksonienne. Un malade qui vient de se tirer un coup de revolver à la tempe entre à pied à l'hôpital. Le soir même, crise d'épilepsie jacksonienne débutant par la face et se propageant aux membres supérieur et inférieur. Jusqu'au lendemain sept ou huit crises analogues durant chacune en moyenne quelques minutes. Un écoulement de matière cérébrale s'opérait en même temps par la plaie ; 3e les malades ne sont atteints ni de stertor ni d'épilepsie. En pareil cas, le diagnostic peut être difficile. Pour se renseigner, le médecin n'enfoncera pas le stylet qui peut entraîner des éléments septiques en profondeur, ou ne pénètre pas et peut induire en erreur en faisant croire à une absence de perforation. Ou l'usage du stylet est dangereux, ou il n'apprend rien. Il convient donc d'y renoncer. On pratiquera plutôt une ponction lombaire qui montrera la couleur rouge et sanglante du liquide écoulé. Si la ponction est négative, on ne conclura pas forcément à l'absence de pénétration. Celle-ci existera parfois sans déterminer aucune hémorragie.

Sans doute des malades guérissent sans intervention, mais il est plus sûr de procéder à l'extraction du projectile. Trois éventualités en effet peuvent se produire qu'il convient mieux d'éviter : 1e Ou il se montre des troubles nerveux paralytiques (monoplégies, hémiplegies,) ou des troubles mentaux (mélancolie, manie, amnésie, délire nocturne.) Tout cela guérit par l'extraction de la balle ; 2e des abcès tardifs se forment accompagnés de céphalée tenace, occipitale, de fièvre, de crises d'épilepsie ; 3e si la balle est tout d'abord tolérée, cette tolérance peut ne pas être prolongée et des abcès sont toujours à craindre.

On s'abstiendra seulement si la blessure est très ancienne, remontée à dix ou vingt ans, si le projectile s'est dissocié en de nombreux fragments, s'il occupe des sièges particulièrement dangereux (parties profondes, voisinage du bulbe.) En pareil cas, mieux vaudra attendre simplement, sans rien tenter, la suite des événements.

\* \* \*