

TRAVAUX ORIGINAUX

Fracture du Crane — Diagnostic et Traitements

Par le Dr Eugène St Jacques

L'histoire clinique du malade que voici est intéressante à plus d'un point de vue, et nous servira d'entrée en matière.

F. F., 35 ans, fait une chute d'une vingtaine de pieds, tombe sur l'épaule et perd connaissance. Il est sur pieds en quelques instants et regagne son domicile. Le lendemain, souffrant de son épaule, il vient à l'hôpital, où il lui est mis une écharpe de Mayor pour une fracture de la clavicule. Il a un peu de lourdeur de tête encore.

48 heures après son accident, il devient agité, graduellement comateux, et bientôt des attaques épileptiformes se montrent.

Nous voyons le malade un peu plus de 60 heures après l'accident.

Etat du malade : inconscient. Respiration régulière, pas de Cheynes-Stokes. Pouls 75 à 80 ; pas d'hypertension artérielle.

Il fait devant nous une crise épileptiforme, à point de départ facial gauche, qui gagne de là le bras puis la jambe gauches. Quelques attaques s'en tiennent là, d'autres se généralisent.

Parfois, un tremulus de cuisse "droite", qui gagne la jambe, mais s'en tient là. Ceci, léger, et dominé par les grandes crises. Nous verrons tout à l'heure qu'il y avait cause.

Les pupilles un peu dilatées, également.

"Aucun signe externe de contusion à la tête".

Nous portons le diagnostic d'hémorragie cérébrale dans la région Rolandique supérieure droite. La ponction lombaire donne issue à un liquide hémorragique, "sans tension", qui tombe goutte à goutte — 12 à 15 par min., 6 cc sont enlevés. L'examen microscopique pratiqué par M. le Dr Bourgoïn montre un liquide riche en globules rouges.

A la suite de la ponction l'état comateux se dissipe, le malade peut répondre à nos questions presque clairement, les crises épileptiformes sont disparues. Si bien que la trépanation décidée est remise.

Mais vers la soirée l'état comateux revient, sans être soulagé par une nouvelle ponction, et le lendemain tous les symptômes se sont aggravés au point que la trépanation est devenue urgente.

OPERATION : trépanation d'un large volet à

la région temporo-pariétale droite. L'art. ménin-gite moyenne paraît normale. Le cerveau ne bat pas à cet endroit, la dure-mère est bleuâtre : nous l'ouvrons.

La congestion vasculaire est intense. Dans le bas de la plaie, du sang organisé, formant un large caillot de 4 à 5 c. de diamètre et gagnant vers la base.

Le caillot est enlevé par débris, pas de point qui saigne ; drainage.

SUITES — Les crises sont suspendues jusqu'au soir. Puis les mauvais symptômes reparassent et finalement 48 heures après l'opération, et le 7^e jour après l'accident le blessé meurt.

L'AUTOPSIE nous ménageait des constatations intéressantes.

La plaie est en voie de guérison par première intention : pas de pus.

Le cuir chevelu abaissé, nous laisse voir, à gauche, une longue fracture de crâne 15 centimètres quasi horizontale, à 2-2 centimètres au-dessus de l'oreille et gagnent jusqu'à la ligne frontale médiane.

La calotte crânienne enlevée nous montre un vaste foyer hémorragique (4 x 5 centim.) à gauche, extra dure-mérien, sur le trajet de la ménin-gée moyenne.

Le cerveau sorti, on constate : A gauche, côté de la fracture, un petit point hémorragique cérébral, correspondant au centre du caillot extra dure-mérien. A droite : les résidus du foyer hémorragique arachnoïdien.

Du même côté et sur la face inférieure du cerveau, trois foyers hémorragiques de 1-2 à 1 centimètre de diamètre, deux sur le lobe frontal, un sur le lobe temporal.

Pas de fracture de la base du crâne.

A ce point, nous dûmes, sur instructions formelles du coroner, suspendre nos recherches. Nul doute que l'examen des couches profondes du cerveau nous eut révélé des choses intéressantes.

Qu'y a-t-il de particulier dans cette observation clinique qui vaille d'être noté ?

1. D'abord la lenteur d'apparition des symptômes cérébraux.

2. L'absence à peu près complète de manifestations pathologiques épileptiformes au côté gauche, alors qu'il existait un vaste hématôme extra dure-mérien à la région corticale droite.

3. La tension vasculaire quasi normale.

4. Le liquide céphalo-rachidien hémorragique retiré par la fonction lombaire.