

surtout sur le taux d'albumine qui a souvent été trouvée en excédent. Cette hyperalbuminose est tenace et dans une observation de Claude elle persistait encore quatre mois après le traumatisme. Mais c'est surtout dans les premières semaines qu'elle est notable, et dans les cas favorables on note souvent une courbe descendante qui va de pair avec l'amélioration des symptômes cliniques.

La réaction de Pandy n'a jamais permis de mettre en évidence la présence de globulines, et la glycorachie s'est montrée trop variable pour qu'on puisse lui attribuer une valeur quelconque.

On peut observer une légère lymphocytose dans les commotions récentes, mais cette réaction méningée est toujours transitoire et disparaît bien avant l'hyperalbuminose.

Mais toutes les recherches poursuivies sur le liquide céphalo-rachidien de traumatisés, la mesure de la tension est celle qui, d'après Claude et ses élèves, aurait donné les résultats les plus intéressants. Sur vingt-deux malades présentant des troubles post-traumatiques elle a été trouvée modifiée dans dix-sept cas, et les modifications observées peuvent être réparties en trois catégories: hypertension, hypotension, et instabilité de la tension.

L'hypertension rachidienne est le signe le plus fréquemment retrouvé et il s'agit en général d'hypertension modérée oscillant entre 25 et 35 cm. au manomètre. Toutefois l'hypertension intracrânienne peut être plus élevée et aboutir à la production d'une véritable méningite séreuse.

L'hypotension serait très rare, puisqu'elle s'observe surtout, d'après Leriche, à la suite des traumatismes crâniens graves avec fractures.

Enfin Claude a individualisé un syndrome d'instabilité de la tension céphalo-rachidienne qu'il rencontre chez les épileptiques, les psychopathes, et les traumatisés. Cette instabilité de la tension rachidienne serait en rapport avec le déséquilibre vasomoteur cérébral, traduction du syndrome d'instabilité vascu-