

RD 601
F6
V2
1906

1906



BIBLIOTHÈQUE MUSEUM HISTORIQUE

PRÉCIS
DE
PATHOLOGIE EXTERNE

PREMIÈRE PARTIE
AFFECTIONS DU CRANE

CHAPITRE PREMIER
LÉSIONS TRAUMATIQUES

ARTICLE PREMIER
LÉSIONS TRAUMATIQUES DES PARTIES MOLLES
OU DES TÉGUMENTS DU CRANE

1° CONTUSIONS (BOSSES SANGUINES)

Après un coup porté sur la tête, ou à la suite d'une chute où le crâne vient heurter un plan résistant, une bosse sanguine se forme, soit entre la peau et la couche fibro-musculaire (bosse sous-cutanée), soit au-dessous de l'aponévrose (épanchement sous-aponévrotique) soit entre le crâne et le périoste (épanchements sous-périostiques de QUESNAY, lésion exceptionnelle).

La bosse sanguine siège ordinairement sur le frontal et sur les pariétaux. Sa consistance est l'occasion d'une fréquente erreur de diagnostic. Si l'on suit par la palpation les téguments de la région frappée, de la périphérie vers le centre de la bosse sanguine, on a l'illusion de toujours sentir la paroi crânienne, alors que peu à peu on s'en éloigne, et l'on en demeure séparé par une lame d'infiltration fibreuse d'épaisseur croissante. Puis, tout à coup, il semble que l'index plonge

dans un enfoncement; or, comme cette cavité enfoncée paraît bordée par un véritable anneau résistant, analogue au cadre dur du céphalématome, et comme lui formé d'un bourrelet de fibrine déposée ou d'œdème inflammatoire, on éprouve la sensation trompeuse d'un enfoncement osseux à marge nette. Les débutants s'y trompent toujours, et dernièrement nous voyions en clinique la plupart des élèves s'y méprendre: au reste, l'illusion est d'autant plus facile que la violence traumatique a été plus grande, qu'il y a eu plus de commotion cérébrale concomitante, que des ecchymoses palpébrales ou conjonctivales, de l'épistaxis, un peu de ralentissement du pouls peuvent, sans signification grave, compliquer le tableau. — Comme l'observe KOENIG, ce phénomène a pu même tromper des chirurgiens en renom: ils ont cru à une fracture avec enfoncement et ont agi en conséquence. BRUNS cite un cas où il put faire le diagnostic et épargner ainsi au blessé les chances d'une trépanation. Un bon moyen pour éviter cette périlleuse méprise est d'exercer une pression longuement appuyée de l'index sur l'encadrement d'œdème périphérique; on constate que l'on peut ainsi modifier et reculer ce bourrelet limitant.

Les bosses sanguines disparaissent ordinairement par résolution en quelques jours: on aide à leur résorption par la compression. Il est rare d'avoir à évacuer, par ponction, l'épanchement sanguin persistant.

2° PLAIES

§ 1. PIQUES. — Un instrument piquant, agissant d'un coup tangentiel, peut glisser sous les téguments et y décrire un trajet oblique: il arrive souvent que des corps étrangers, des portions de coiffure, des touffes de cheveux, des fragments brisés de la pointe sont entraînés, restent dans la plaie et en causent l'infection: de là, l'utilité d'une exploration et d'un débridement du trajet traumatique.

§ 2. COUPURES. — Sur le crâne convexe, un instrument tranchant et droit ne peut pas produire, d'un coup, une plaie

dépassant 4 à 6 centimètres à moins d'être promené à la surface. Ces plaies, tantôt n'intéressent que la peau et le tissu sous-cutané, tantôt s'étendent à l'aponévrose, tantôt comprennent toute l'épaisseur du cuir chevelu et vont jusqu'à l'os. — Les plaies par instruments tranchants, à taillant net, sont faciles à tenir aseptiques: après avoir rasé les cheveux dans leur voisinage, on procédera à leur suture.

§ 3. PLAIES CONTUSES. — Un corps contondant peu volumineux, angulaire, frappant normalement la surface du crâne, cause une solution de continuité irrégulière et machée. Mais il n'est pas rare de voir des plaies contuses du crâne, nettes et linéaires autant qu'une coupure: cela arrive quand les téguments se coupent de dedans en dehors sur une vive arête ou quand le coup agit obliquement, faisant glisser les parties molles et les déchirant en un point distant du point de choc.

Quelles que soient l'étendue et l'irrégularité de forme des lambeaux épicroaniens, décollés et scalpés par la contusion, la règle est de les conserver; et leur vascularité est si largement assurée que, depuis l'antisepsie surtout, ces plaies, si vastes soient-elles, guérissent avec une surprenante rapidité. Avant tout, il faut s'occuper de l'hémostase: on éverse les lèvres de la plaie avec des pinces à pression, qui font d'excellents écarteurs, et l'on pince sur la tranche de section les petits jets sanguins; les artérioles, adhérentes à la trame dense du derme, sont difficiles à saisir; les pinces de KOCHER, grâce à leur croc terminal, y réussissent bien. On rasera largement le cuir chevelu et on le mettra au net par un « schampoing », par un savonnage à la brosse qui décape les enduits gras. S'il y a des corps étrangers ou des pinceaux de cheveux engagés, on les extraira à la pince et on les balayera avec un tampon. Le lambeau, réappliqué exactement, sera suturé. Lorsque le cuir chevelu est scalpé en un large lambeau meurtri et souillé, on couchera en travers sous sa base un tube de drainage, ou bien on perforera cette base pour y faire passer deux anses drainantes. Le pansement doit exercer une régulière compression. Même quand il y a de l'arrachement périostique, le recollement du lam-

beau sur le plan osseux s'obtient, si l'antisepsie est suffisante, et nous n'avons plus, pour les os dépériostés, les craintes de nécrose inévitable qu'avaient les anciens.

ARTICLE II

FRACTURES DU CRANE

Définition. — Le crâne comprend deux parties : la voûte ; la base. De là, la division classique en : fractures de la voûte ; fractures de la base. — Cette distinction demeura absolue jusqu'au jour où ARAN démontra la solidarité, devant le traumatisme, de ces deux portions de la boîte osseuse et la loi, presque constante, en vertu de laquelle les fractures de la base ne sont que des irradiations de celles de la voûte. — Donc, il faut distinguer : 1° les fractures limitées à la voûte, qui sont fréquentes ; 2° les fractures irradiées de la voûte à la base, qui sont très communes ; 3° les fractures limitées à la base, qui sont rares.

Étiologie générale. — Dans la grande majorité des cas l'action vulnérante agit sur la voûte. Tantôt le corps vulnérant, animé d'une force vive variable, frappe le crâne : coups de bâton, de hache et de marteau ; choc d'un projectile, chute sur le crâne d'un corps pesant. Tantôt, au contraire, c'est le crâne qui vient porter contre l'agent vulnérant : chute d'un lieu élevé (fractures par précipitation) ; choc du crâne contre un corps résistant, tel qu'il se produit lorsqu'un sujet se heurte contre un obstacle.

Protégée par les os de la face et les muscles de la nuque, la base du crâne échappe ordinairement au traumatisme direct. Elle n'est vulnérable directement que dans certaines régions mal défendues, véritables défauts de la cuirasse, que peuvent atteindre des instruments piquants ou des projectiles d'armes à feu. Exemples : au niveau de l'apophyse basilaire, par un coup de revolver tiré dans la bouche ; sur la voûte orbitaire,

par un fleuret, une canne, un parapluie qui pénètrent dans la cavité et en brisent les parois ; à travers les fosses nasales, par un instrument qui en fracture le plafond et entre dans le crâne. Sous l'action d'un choc, transmis de bas en haut, par l'intermédiaire des os de la face ou de la colonne vertébrale, la base du crâne peut se fracturer immédiatement. Exemples : à la suite d'une chute sur le menton, par transmission du choc au condyle de la mâchoire et à la cavité glénoïde du temporal ; dans une chute d'un lieu élevé sur les ischions, les genoux ou les pieds, par la rencontre brusque de la base crânienne et de la tige rachidienne (tel un balai qu'on enfonce en frappant le manche à terre, d'un choc vertical ; un marteau qu'on emmanche en cognant son extrémité libre).

Il faut ici s'entendre exactement sur ces deux termes : fractures directes, fractures indirectes ; car ils ont servi de thème à de nombreux débats. — Quand la fracture se produit au point d'application de la violence extérieure, elle est dite fracture directe : elle peut être limitée ou irradiée. — On dit : fracture indirecte, quand la lésion est en un point autre que celui qui a été frappé. C'est ainsi, qu'en 1776, Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie Royale de chirurgie, avait défini le contre-coup. L'introduction de ce mot, consacré par l'Académie de chirurgie, a créé la confusion et l'erreur ; car, certains ont voulu le limiter à la fracture qui se produit au point diamétralement opposé (contre-fracture) ; d'autres l'ont appliqué à une seconde fracture éprouvée directement par le crâne heurtant un nouvel obstacle (chute sur le front, choc, par effet de recul, de l'occiput contre un mur en arrière). Le terme est donc mal défini ; SABOURAULT et SAUCEROTTE, sortis vainqueurs de ce mémorable concours de 1776, n'avaient-ils pas distingué sept espèces de contre-coups ? En réalité, le vrai contre-coup, la contre-fracture, au point diamétralement opposé, est l'exception. Il y a des exemples de fractures indépendantes (pour employer le mot d'ARAN), isolées, plus ou moins distantes du point frappé. Mais, dans la généralité des cas, ces prétendues fractures par contre-coup de la base, admises avec exclusion par les chirurgiens du XVIII^e siècle, reposaient sur une erreur