

MALADIES DU CRANE

Par le D^r GÉRARD-MARCHANT

Chirurgien des hôpitaux.

Le crâne est une boîte osseuse entourée de parties molles, et renfermant l'encéphale et ses dépendances. Nous passerons en revue : 1^o les affections des parties molles ou des téguments du crâne ; 2^o les affections des parties osseuses ou du crâne proprement dit ; 3^o les affections de l'encéphale.

CHAPITRE PREMIER

§ I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES DES PARTIES MOLLES

Nous étudierons : 1^o les *contusions* ; 2^o les *plaies des téguments*.

I

CONTUSIONS

Il faut en distinguer deux degrés : *a*, la *contusion simple* ; *b*, la *contusion profonde avec lésion du squelette*.

Cette division clinique doit être maintenue : il serait rationnel de considérer la lésion du squelette comme une complication de la contusion du cuir chevelu, mais la contusion profonde est tellement différente de la contusion simple par ses symptômes, son pronostic, ses indications opératoires, qu'il faut les disjoindre.

1^o CONTUSION SIMPLE

Une chute, un coup porté sur le crâne, un projectile arrivé à la fin de sa course, une balle arrêtée ou déviée par la résistance de la coiffure, provoquent une contusion du cuir chevelu ; il se produit plus ou moins rapidement une tuméfaction de la région percutée : des vaisseaux sont rompus, et il en résulte une extravasation sanguine, qui se fait, soit entre la peau et la couche fibromusculaire, soit au-dessous de l'aponévrose, soit enfin sous le périoste ; un *hématome*, appelé ici *bosse sanguine*, est constitué ; le sang est-il extravasé sous

[GÉRARD-MARCHANT.]

le derme, le foyer sanguin se développe rapidement et donne lieu à une tuméfaction arrondie et bien circonscrite; celle-ci est plus large, plus diffuse lorsqu'elle siège sous l'aponévrose. Sur une des régions du crâne, le plus souvent sur le frontal et les pariétaux, on observe une *tuméfaction arrondie, variable de volume, peu douloureuse, résistante et dure, ecchymotique*: c'est l'hématome sous-cutané.

Lorsque la collection sanguine s'est faite dans les *plans profonds*, elle s'accompagne de symptômes qu'il faut bien connaître: la tuméfaction est constituée par un cercle, une sorte de bourrelet périphérique, annulaire, d'une *dureté osseuse*, et au centre les doigts s'enfoncent dans une véritable dépression molle, qui paraît d'autant plus profonde que les bords du cratère sont plus élevés; tous ceux qui ont perçu pour la première fois cette singulière impression ont cru à un enfoncement du crâne et ont pu commettre des erreurs de diagnostic; mais il suffit d'être prévenu pour éviter cette méprise car, en déprimant la partie centrale, le doigt retrouve la surface dure et uniforme du tissu osseux, et le bourrelet périphérique qu'on sent, élevé au-dessus de l'os, peut être affaissé et réduit par une pression lente, mais énergique et continue. Le cercle induré est produit par la coagulation de la fibrine sur les limites du foyer traumatique; au centre s'accumule le sang épanché.

Lorsque le traumatisme a amené une déchirure sous-cutanée d'une branche artérielle volumineuse, on est en présence d'une troisième variété d'hématome, rare d'ailleurs; la tuméfaction est rapide, étendue, et peut s'accompagner de battements, de pulsations, qu'il ne faut pas confondre avec les battements du cerveau. Enfin, dans certaines circonstances exceptionnelles, on pourra observer un *épanchement huileux traumatique* du cuir chevelu. B. Anger en a cité un cas⁽¹⁾: il s'agit d'une femme de cinquante ans qui fut assaillie, la nuit, par des hommes ivres et traînée sur le pavé; quelques heures à peine après son entrée, on constata un gonflement énorme de la voûte du crâne, qui acquit en peu d'instant un volume considérable; les téguments soulevés formaient une tumeur *molle et fluctuante*; les bords de la tuméfaction ne présentaient pas d'ecchymoses, et il n'y avait pas de crépitation sanguine. B. Anger fit le diagnostic de kyste séreux traumatique; la tumeur fut incisée à sa partie postérieure, et il en sortit deux ou trois grands verres d'un liquide huileux.

Les *hématomes du cuir chevelu* se terminent le plus souvent par résolution. Lorsque le sang est extravasé sous la peau, on voit s'affaisser, du jour au lendemain, la tuméfaction apparue dans les premières heures de l'accident. On constate en même temps une ecchymose sous-cutanée, noirâtre, surtout visible dans les parties déclives de la région, affectant souvent une grande régularité dans sa diffusion; c'est ainsi que les *hématomes frontaux*, siégeant dans le voisinage de la ligne médiane, donnent lieu à une *ecchymose bilatérale des paupières*; l'ecchymose est si intense au niveau des paupières, qu'on pourrait croire à un traumatisme ayant agi directement sur ces appareils, si la *bilatéralité de la lésion* et la connaissance de cette migration du sang, ne devaient immédiatement éveiller dans l'idée du médecin légiste, ou du chirurgien, la notion du traumatisme médian de la région fronto-pariétale.

Parfois il existe un simple *œdème des paupières*, sans teinte ecchymotique, ou

⁽¹⁾ Conférences de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Saint-Antoine, 1874, Adrien Delahaye, 5^e leçon, p. 59.

si légère, qu'elle échappe; nous avons observé cette variété dans les coups portés sur le milieu du vertex.

Dans les *hématomes sous-aponévrotiques et périostiques*, le sang plus profondément épanché, mieux retenu dans sa loge, se résorbe plus lentement: sous l'influence même de *causes locales* (*irritation du foyer*, et surtout existence d'une *excoriation légère*, porte d'entrée de l'infection), ou *générales* (*mauvaise constitution*), la suppuration peut s'emparer de la poche: des douleurs lancinantes, une chaleur locale, de l'œdème périphérique, un amincissement de la paroi, en même temps qu'un changement de consistance de la tuméfaction, de légers phénomènes fébriles, annoncent la transformation purulente de l'hématome.

Traitement. — Le traitement des hématomes du cuir chevelu comporte peu d'indications: il faut, dans les cas qui réclament un traitement: 1^o *aider à la résorption de la collection sanguine*; 2^o *éviter la suppuration*.

La compression est un moyen vulgaire pour faire disparaître les *bosses sanguines* du cuir chevelu consécutives au traumatisme, et tout le monde connaît le procédé du *sou*, de la *pièce de 5 francs*, du *morceau de carton*; il est préférable d'aider à la résorption du sang par une compression ouatée, méthodique avec une bande de flanelle ou plutôt de crépon, suffisamment serrée et maintenue pendant une ou deux heures.

Pour éviter la suppuration, surtout à craindre quand de légères excoriations, des égratignures coexistent et deviennent l'occasion de lymphangites, il faudra raser la région en dépassant les limites de la tuméfaction, désinfecter la surface cutanée par les procédés habituels (savonnage et sublimé, éther), et ensuite appliquer un pansement sec ou humide, mais antiseptique et légèrement compressif.

Les hématomes sont quelquefois si étendus, si volumineux, que leur résorption est lente à se faire, même sous l'influence d'une compression méthodique; le chirurgien est autorisé alors à vider le foyer par une petite incision dans le point déclive, ou par une ponction en suivant toujours, bien entendu, les règles strictes *pré-opératoires* et *post-opératoires* de la méthode antiseptique; un bandage compressif appliqué sur le pansement antiseptique aidera à rapprocher les parois du foyer.

Enfin, lorsque, malgré toutes ces précautions, la suppuration existera dans un hématome, il faudra l'ouvrir largement, en gratter les parois; puis, après désinfection, on tentera la réunion primitive, avec ou sans drainage, suivant la confiance qu'on aura dans la santé du sujet, les agents de désinfection et de pansement employés.

2^o CONTUSION PROFONDE AVEC LÉSION DU SQUELETTE

Une variété grave de la contusion simple du cuir chevelu est la possibilité d'une lésion du squelette; c'est surtout en chirurgie de guerre que cette lésion est redoutée. « Elle résulte du *frôlement d'un projectile animé d'une grande vitesse, du choc plus direct d'un corps petit ou volumineux, dont le mouvement ne suffit pas pour provoquer une fracture.* » (Chauvel et Nimier.)

Les premiers jours se passent sans incidents, mais du *treizième au quinzième jour* de la blessure, de la fièvre, des frissons violents, indiquent l'infection de l'organisme; du côté du cuir chevelu, la suppuration s'annonce, et la céphalalgie, les vertiges, les nausées témoignent d'un retentissement du côté des

méninges et du cerveau; l'infection purulente, un abcès sous-dure-mérien ou cérébral, sont les redoutables complications primitives de cette contusion, si, par une incision large et la trépanation, on ne remédie pas aux accidents menaçants. L'ostéo-périostite consécutive à cette infection du foyer s'accompagne d'une nécrose de la table externe du crâne, avec toutes ses conséquences sur les méninges et le cerveau.

Le pronostic est donc toujours grave dans ces cas déterminés, et Ambroise Paré visait ce danger, lorsqu'il réclamait *cent jours* avant d'affirmer la guérison d'une contusion profonde du cuir chevelu. Chauvel et Nimier pensent, avec juste raison, que la gravité de la contusion dépend de la région intéressée et paraît être en rapport avec la minceur de l'enveloppe osseuse.

D'après le *rapport allemand*, en effet, tandis que les contusions osseuses au front et à l'occiput auraient eu une mortalité de 6,6 et de 8,6 pour 100, aux régions pariétale et temporale elle se serait élevée à 14,28 et à 12,6 pour 100. Toujours d'après ces mêmes auteurs, les données de la guerre d'Amérique confirment cette particularité et démontrent les dangers de ces blessures; sur 328 hommes, atteints de contusions, par coup de feu, des os du crâne, on trouve :

55 morts	17 pour 100.
98 réformés (pour infirmités consécutives à leur blessure)	50 —
Enfin 175 guéris	55 —

Traitement. — Agir promptement est de toute nécessité, et ce précepte a une telle importance que, dans le cas où le chirurgien a des raisons de soupçonner que la contusion s'accompagne d'un désordre du squelette, il doit, par une incision exploratrice des parties molles, mettre à nu la surface osseuse du crâne dans le point contus; la désinfection du foyer, l'ablation des esquilles, un pansement antiseptique, s'opposent à la migration du pus à travers le diploé, et à tous les accidents locaux (*phlébite, abcès des méninges et du cerveau*), et généraux (*infection purulente*) consécutifs.

Lorsque cette intervention immédiate n'est pas possible, il faut se hâter de parer aux indications, impérieuses dans tous ces cas : ouvrir le foyer cutané ou l'agrandir lorsque déjà une fistule existe, trépaner au niveau de la nécrose, vider le foyer dure-mérien, examiner même cette membrane, afin de ne pas laisser au-dessous d'elle une collection purulente, telle est la thérapeutique chirurgicale à suivre; il faut avouer que jusqu'ici les résultats de cette méthode n'ont pas été brillants, puisque les douze trépanations, pratiquées en pareil cas par les Américains, ont été suivies de morts : il est permis toutefois d'espérer que, grâce à la chirurgie antiseptique, des succès seront enregistrés à l'avenir. (Voy. *Abcès du cerveau*.)

II

PLAIES DES TÉGUMENTS ET DES OS DU CRANE

Nous allons passer en revue les plaies des téguments du crâne par les différents agents vulnérants, *piquants, tranchants, contondants*, en y comprenant les *armes blanches* et les *projectiles de guerre*.

Limiter la plaie au cuir chevelu, ne pas étudier simultanément la lésion possible du crâne, serait créer une division artificielle, non clinique, que nous repoussons; à côté de la plaie simple, il faut toujours envisager la plaie compliquée.

1° PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS

La plaie qui résulte de la pénétration de ces corps pointus est *perpendiculaire* ou *oblique* aux téguments : l'instrument, frappant perpendiculairement les téguments, les traverse directement et atteint les os du crâne, qu'il peut léser, ou par lesquels il est arrêté ou réfléchi.

Lorsque le corps acéré frappe le crâne *obliquement* et sur une zone aplatie, comme la région pariéto-temporale ou frontale, la pointe pénètre obliquement le cuir chevelu et s'insinue entre la face profonde des téguments et le crâne : lorsque la pointe ressort après ce trajet sous-cutané, il en résulte *une plaie en séton*, de longueur variable.

L'hémorragie, la douleur, la présence d'un corps étranger, sont les *suites ordinaires de ces piqûres*.

L'hémorragie est le plus souvent insignifiante; la déchirure d'une artère du cuir chevelu est cependant possible : de là une perte de sang nécessitant la ligature ou la compression.

La douleur est *passagère*, mais une *névralgie pénible* est parfois la conséquence de la déchirure d'un des filets nerveux. La lésion nerveuse peut-elle avoir des conséquences plus graves et faut-il, avec Dupuytren (*Leçons orales*, t. V, p. 129), attribuer à la piqûre du nerf frontal la perte de la vision? La corrélation entre une piqûre, un choc violent même, sur la région même sus-orbitaire et la perte de la vue, n'est pas niable, mais la pathogénie de cet accident grave n'est pas suffisamment établie.

Pour Dupuytren, la cécité était due aux anastomoses entre le nerf frontal et le ganglion ophtalmique : plus près de nous, on a invoqué une *paralyse réflexe*, « mais si l'on considère que la perte de la vision n'a jamais succédé aux divisions chirurgicales du nerf frontal, mais toujours à une contusion plus ou moins violente du pourtour de l'orbite, avec ou sans plaie, on est porté à rejeter les explications précédentes et à l'attribuer soit à la commotion propagée par les parois orbitaires au nerf optique, à son passage par le trou du même nom, ainsi que le pensait Malgaigne (*Anatomie chirurgicale*), soit à la commotion communiquée au globe oculaire lui-même et déterminant quelque décollement des membranes, ou quelques troubles des milieux de l'œil ». (Legouest et Servier, art. LÉSIONS TRAUMATIQUES DU CRANE du *Dict. encyclopédique*, p. 585.)

L'instrument piquant peut être brisé et sa pointe rester dans l'intérieur du cuir chevelu; mais ce corps étranger des parties molles n'occasionnera des accidents inflammatoires que s'il est *septique*.

Il faut toujours songer que ces piqûres peuvent intéresser la paroi crânienne; cliniquement, le diagnostic de la pénétration est toujours délicat : il n'y a souvent que des *symptômes de probabilité* (*longueur de l'agent vulnérant, minceur des os du crâne*); la *fixation de la pointe* dans le tissu osseux, des *troubles cérébraux*, constituent des signes beaucoup plus certains.

Les lésions osseuses modifient singulièrement le pronostic, puisque, en 1870,