

TRAITÉ
DE
PATHOLOGIE CHIRURGICALE
SPÉCIALE

MALADIES DU CRANE ET DU CERVEAU

I. LÉSIONS TRAUMATIQUES DU CRANE ET DU CERVEAU

A. LÉSIONS TRAUMATIQUES DES PARTIES MOLLES DU CRANE

§ 1^{er}. — Les parties molles qui entourent le crâne forment cinq couches distinctes. La **peau**, dans les régions frontale, temporale et occipitale, est mobile sur la couche musculaire sous-jacente grâce au tissu conjonctif lâche qui double sa face profonde, tandis que dans la région pariétale elle est fixée à la large expansion tendineuse du muscle occipito-frontal par des fibres courtes et résistantes. A ce niveau la peau, épaissie par la présence d'une multitude de glandes sébacées et de follicules pileux, ne peut être déplacée sans entraîner en même temps l'**aponévrose épicroanienne**; le glissement s'effectue alors sur le périoste réuni à l'aponévrose par une couche de tissu conjonctif dont les fibres sont disposées de manière à permettre une certaine mobilité, très variable, il est vrai, suivant les individus. Enfin la cinquième couche est constituée par le **périoste**, membrane résistante qui n'adhère au crâne d'une façon intime qu'au niveau des sutures et des orifices livrant passage aux vaisseaux.

Toutes ces parties molles sont pourvues d'un riche **réseau artériel** constitué, en avant, par les artères frontale et sus-orbitaire, sur les côtés par la temporale, et plus en arrière par l'auriculaire postérieure et l'occipitale. Toutes ces artères s'anastomosent entre elles et avec celles du côté opposé de façon à former un réseau très serré. Les troncs artériels principaux rampent dans le tissu cellulaire sous-cutané, et en tous cas leurs branches et les réseaux auxquels elles donnent naissance sont situés dans les couches mêmes de la peau; cette particularité nous explique les hémorragies extrêmement abondantes qui accompagnent ordinairement les plaies du cuir chevelu. D'autre part, grâce à cette disposition particulière des vaisseaux, il est rare de voir dans les plaies à lambeaux ces derniers se gangrener, même lorsqu'ils se trouvent dans des conditions de nutrition défavorables.

En général les **veines** principales suivent le trajet des artères que nous venons d'énumérer. Mais le système veineux n'en mérite pas moins une attention spéciale à cause de l'existence de veines communicantes, qui pénètrent dans le crâne pour s'anastomoser avec les veines intracrâniennes, et avec celles des os eux-mêmes. Nous aurons souvent l'occasion de revenir sur l'importance de ces communications vasculaires au point de vue des phénomènes pathologiques intéressant les os et la cavité du crâne.

§ 2. — Les **plaies du cuir chevelu par instruments tranchants** sont produites habituellement par des coups de sabre, de rapière; plus rarement elles sont dues à des coups de hache, de pioche ou d'autres instruments semblables, et alors l'os lui-même est blessé le plus souvent. Ces plaies sont rectilignes, ou à lambeaux. Ces derniers s'observent lorsque l'agent traumatique rencontre plus ou moins obliquement la surface du crâne, et dans ce cas une portion du cuir chevelu peut même être complètement séparée du reste des téguments.

Ces plaies s'accompagnent ordinairement d'une abondante hémorragie artérielle provenant du réseau vasculaire décrit plus haut. En général les bords de la plaie ont une tendance à s'écarter; cependant à la région pariétale l'écartement ne s'observe que lorsque la plaie intéresse, outre la peau, l'aponévrose épiciénienne. En effet, si la peau seule est divisée, elle reste unie intimement à l'aponévrose sous-jacente. Lorsque celle-ci est aussi divisée, les bords de la plaie ont moins de tendance à s'écarter si leur direction est parallèle à l'axe longitudinal du crâne, que si cette direction est transversale, c'est-à-dire perpendiculaire au muscle occipito-frontal.

Les **plaies par instruments piquants** diffèrent des précédentes sous plusieurs rapports. Lorsque le coup a été porté dans une direction tangentielle ou parallèle à la surface de la tête, la plaie, pour ainsi dire sous-cutanée, peut avoir intéressé des vaisseaux et donné lieu à un épanchement sanguin sous la peau; de là résultent déjà divers phéno-

mènes pathologiques particuliers. Mais les difficultés sont bien plus grandes lorsque des corps étrangers, des portions de tégument, etc., ont été entraînés dans le trajet de la plaie, ou même lorsque la lame brisée de l'instrument est restée profondément cachée. C'est pourquoi ces plaies exigent presque toujours une exploration plus minutieuse que celles qui sont dues à des instruments tranchants, et sont ainsi facilement accessibles à la vue. Il arrive assez fréquemment qu'un corps étranger, ayant passé inaperçu, est resté dans la plaie, et n'a pas empêché celle-ci de se guérir complètement; ou bien, ce qui est la règle, ce corps étranger provoque une suppuration qui dure plus ou moins longtemps, jusqu'au moment où l'on réussit à le trouver et à l'extraire. Par conséquent, dans les cas douteux, on ne devra jamais négliger l'exploration du trajet de la plaie à l'aide d'un stylet ou avec le doigt; au besoin on fera la dilatation préalable.

§ 3. — Dans toutes les plaies dont il est ici question, le chirurgien doit avant tout s'occuper de l'**hémostase**. L'hémorragie peut être très abondante au point de menacer la vie. C'est ainsi qu'un blessé observé par nous faillit mourir d'une hémorragie par l'artère occipitale. Ayant voulu se rendre du lieu de l'accident à l'hôpital, il tomba, fut relevé comme mort et transporté à la clinique. Une syncope produite par l'anémie extrême s'était chargée de faire l'hémostase provisoire.

Les troncs des artères devront toujours être liés; mais la ligature des petites branches réussit d'autant moins qu'elles sont placées plus superficiellement dans le tissu dense du derme. Le plus souvent, il est vrai, la suture met fin à l'hémorragie; cependant on sera parfois obligé de pratiquer, à l'aide d'une aiguille à suture fortement recourbée, une ligature en masse soit directement dans la plaie, soit à travers la peau. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que l'on pourrait se trouver dans la nécessité d'appliquer une ligature dans la continuité pour mettre fin à une hémorragie provenant des parties molles de la tête. Cependant on connaît quelques cas de ligature de la carotide pour des hémorragies de la temporale et de l'occipale.

Il est toujours bon de raser les cheveux dans le voisinage de la plaie, dont l'examen est alors plus facile; en outre, il est avantageux, pour la guérison, que les cheveux ne viennent pas se coller sur la plaie, la souiller et y favoriser la stagnation et la décomposition du pus. Nous conseillons de frotter la peau avec une brosse et de la laver avec une solution phéniquée afin de préparer la partie rasée à recevoir un pansement antiseptique. La plaie elle-même est débarrassée des cheveux et des corps étrangers qui y ont pénétré, et lavée avec des solutions désinfectantes (acide phénique 3 à 5 0/0, ou sublimé 1 : 1000); s'il s'agit d'une plaie par instrument piquant, on fait sortir le sang accumulé dans la profondeur, puis on pratique une suture bien exacte avec de la soie phéniquée. On a prétendu autrefois que les maladies accidentelles étaient