

quente chez les enfants. Elle se développe rapidement à la suite de la contusion, et se présente sous la forme d'une tumeur modérément tendue, douloureuse, se colorant bientôt en bleu ou en rouge pour prendre ensuite les diverses teintes qu'affecte le sang lorsqu'il se répand dans les tissus et est en voie de résorption. La tumeur n'est fluctuante que lorsqu'elle s'est développée au niveau du front, où la peau peut être soulevée sur une grande étendue. Dans ce dernier cas la bosse sanguine offre une certaine analogie avec les *tumeurs sanguines profondes*. Lorsque la cause traumatique agit dans la direction de la tangente, et sur une large surface, il en résulte un décollement des couches superficielles des parties molles, et une déchirure du tissu conjonctif lâche et des vaisseaux qui les unissent aux couches profondes. Il n'est pas facile de déterminer à première vue si la déchirure s'est produite entre l'aponévrose et le périoste, ou entre le périoste et l'os, et souvent même un diagnostic précis est impossible.

Lorsque la *bosse sanguine est située sous l'aponévrose épicroticienne*, le plus souvent la déchirure n'intéresse que les petits vaisseaux, mais quelquefois aussi une branche artérielle plus volumineuse. Il se produit à l'endroit de la rupture une accumulation de sang sous la forme d'une tumeur fluctuante plus ou moins étendue. Dans les cas de rupture d'un vaisseau volumineux, on voit souvent la tumeur augmenter graduellement de volume, le sang épanché décolle peu à peu l'aponévrose au delà des limites primitives tracées par le traumatisme. Quelquefois même, lorsque la lésion intéresse une branche artérielle importante, la tumeur peut être animée de *pulsations*.

Lorsque le tissu conjonctif lâche réunissant le périoste à l'os a été déchiré, le sang provenant des veines qui se rendent dans le diploë, ou de l'une ou l'autre des veines émissaires, peut former une variété de *bosse sanguine située sous le périocrâne*. Cette tumeur s'étale aussi largement sur la voûte crânienne, et, suivant le degré de tension, elle présente une fluctuation plus ou moins manifeste. Il n'est pas possible de faire un diagnostic précis entre les deux dernières variétés de bosses sanguines.

Les diverses formes d'épanchements sanguins que nous venons de décrire, ont plusieurs points communs. Parlons d'abord d'un phénomène, rare dans les bosses sanguines situées sous la peau, mais très fréquent lorsqu'elles siègent plus profondément. Il se forme rapidement sur le bord de la tumeur fluctuante une *tuméfaction annulaire due à l'œdème inflammatoire*. Cette tuméfaction se perd insensiblement dans la direction des parties saines des téguments; si l'on suit celles-ci de la périphérie vers la bosse sanguine, on croit toujours sentir la surface dure du crâne directement sous le doigt, tandis qu'en réalité elle en est séparée par l'œdème inflammatoire, dont l'épaisseur augmente de la périphérie vers le centre; puis, tout à coup, vers le centre de la tumeur sanguine, le

doigt glisse sur l'anneau œdémateux pour tomber dans une cavité molle, pleine de sang, et donne la *sensation trompeuse d'un enfoncement de l'os*. Ce phénomène a pu même tromper des chirurgiens de renom, surtout lorsqu'il existait en même temps des symptômes de commotion cérébrale; 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.

Dans les cas douteux, on pourra arriver à un diagnostic en faisant disparaître par la pression du doigt une partie de l'œdème à la périphérie de la bosse sanguine; on s'aperçoit alors que la dépression de l'os n'était qu'une illusion.

Un autre point commun aux tumeurs sanguines, c'est leur *résorption habituelle*, qui se fait sans amener de phénomènes inquiétants, tels que la suppuration et la fièvre. Pour les bosses sous-cutanées il n'y a presque pas d'exception à cette règle, et il en est à peu près de même pour les épanchements sanguins plus profonds, à moins qu'ils n'occupent une grande étendue. Quelquefois, il est vrai, on voit persister plus ou moins longtemps une masse dure de tissu conjonctif; il est rare que les tumeurs périocrâniennes ou épicroticiennes se transforment en un kyste sanguin. Très rarement la résorption fait défaut et l'épanchement persiste aussi longtemps que l'on n'a pas lié le vaisseau qui l'entretient. Enfin l'on observe encore plus rarement l'*inflammation* et la *suppuration* de la poche sanguine, complications qui sont dues le plus souvent à la forte contusion et à la gangrène de la peau. Dans quelques cas cependant on a vu la suppuration survenir malgré l'intégrité parfaite des téguments. D'autres complications possibles des bosses sanguines seront étudiées ultérieurement.

§ 7. — Le **traitement** présente aussi beaucoup de points communs pour les différentes variétés de la maladie en question. Un principe, que justifie la description que nous avons donnée de la marche de la lésion, principe qui doit être inscrit en tête du traitement, c'est qu'il *faut avant tout attendre la résorption de l'épanchement*; car une incision peut amener la série des accidents dont nous aurons encore à parler à propos des plaies de tête en général.

Naturellement ce sont les bosses sanguines sous-cutanées qui exigeront le moins souvent l'emploi du bistouri: on pourra en confier sans crainte le traitement à la mère de l'enfant. Une *pression régulière*, exercée sur toute l'étendue de la tumeur dès l'instant de son apparition, répand le sang sur une plus grande surface et en favorise ainsi la résorption. On emploiera également avec avantage un *pansement compressif*, des compresses d'eau froide ou d'eau de Goulard. Le massage peut aussi être de quelque utilité dans ces cas. Un jeune médecin, en présence d'une de ces larges tumeurs fluctuantes, telles que les produisent les épanchements sanguins profonds, sera souvent tenté de faire usage de son bis-

tour. On ne saurait trop sévèrement le mettre en garde contre l'incision prématurée des épanchements sanguins profonds. On cherchera avant tout, par la compression, à favoriser la résorption. On peut se servir dans ce but d'une bande de gaze humectée ou de bandelettes de sparadrap. De même la résorption est favorisée par le froid sous forme d'une vessie de glace, ou par des compresses d'eau de Goulard.

L'incision hâtive n'est permise que dans les cas très rares où, malgré le traitement que nous venons d'indiquer, malgré surtout le bandage compressif, on voit la tumeur augmenter sans cesse de volume. Dans ces cas il pourrait même être indiqué d'aller à la recherche du vaisseau lésé et d'arrêter ainsi l'hémorragie.

Par contre, l'incision secondaire est indiquée toutes les fois que la résorption ne veut pas se faire, et qu'après une longue attente, on ne voit pas la tumeur diminuer sensiblement de volume. Dans ces cas, on pourra faire d'abord l'essai d'une évacuation pour ainsi dire sous-cutanée de la poche sanguine, soit par la ponction simple, soit par la ponction suivie de l'aspiration; dans les deux cas on exercera ensuite une compression énergique. Si ce moyen ne suffit pas, il est bon d'évacuer la tumeur à l'aide d'incisions convenables, d'y introduire au besoin de petits bouts de drains, et d'appliquer ensuite un pansement antiseptique et compressif. On sera rarement obligé de faire de grandes incisions intéressant toute la cavité; cependant on peut y être contraint lorsque l'apparition de symptômes fébriles vient trahir la suppuration de l'hématome. Dans ce cas il faut absolument donner issue au pus par une large incision, puis laver la cavité avec une solution phéniquée forte, drainer et appliquer un pansement antiseptique; ce dernier sera changé tous les jours jusqu'à ce que toute trace de décomposition ait disparu.

Les indurations fibreuses qui succèdent quelquefois aux bosses sanguines et qui peuvent être le point de départ de névralgies, seront traitées par la teinture d'iode, la pommade à l'iodure de potassium et autres substances qui peuvent en hâter la résorption.

§ 8. Pronostic des lésions traumatiques des parties molles du crâne. Accidents pouvant troubler la marche de la guérison.

— Jusqu'ici les chirurgiens considéraient les lésions de la tête comme ayant plus de gravité que les lésions de même importance dans d'autres parties du corps. Voyons si l'anatomie pourra nous rendre compte de cette prétendue gravité, ou s'il ne faut pas plutôt chercher dans un défaut de précision du diagnostic la cause du danger attribué aux lésions de la tête étudiées jusqu'à présent. Car, sans aucun doute, dans bien des cas on a dû laisser passer inaperçues, soit une fissure du crâne dans les plaies par instruments tranchants, soit une contusion du cerveau venant compliquer une tumeur sanguine sous-périostée.

Examinons d'abord les bosses sanguines sous-cutanées. Leur guérison s'opère habituellement sans encombre alors même qu'un épanche-

ment sanguin abondant a décollé les téguments sur une grande étendue.

Lorsque la résorption se produit, la guérison peut s'effectuer sans que l'état général du patient ait jamais présenté la moindre altération. Des symptômes généraux ne se montrent que lorsque la lésion n'est plus à proprement parler sous-cutanée, soit que la peau contuse ait été le point de départ d'une inflammation septique ayant fait suppurer la bosse sanguine, soit que le chirurgien ait été obligé d'inciser la poche dont le contenu ne voulait pas se résorber.

Dans ces cas on peut voir survenir la décomposition putride du contenu de la poche sanguine avec tous les accidents qui viennent assez souvent compliquer la marche des plaies de la tête. Ces complications apparaissent sous deux formes différentes: ou bien il se développe de petits foyers inflammatoires circonscrits, des abcès siégeant dans les différentes couches des parties molles, ou bien l'inflammation due à l'introduction de substances phlogogènes dans la plaie devient diffuse et prend un caractère phlegmoneux. Nous admettons volontiers qu'il n'y a là qu'une différence de degré, bien que ce ne soit pas toujours le cas; mais il n'en reste pas moins très important, au point de vue clinique, d'établir une distinction entre les foyers inflammatoires qui restent circonscrits et ceux qui ont une tendance à la diffusion.

Les petits abcès qui se développent à la périphérie des lésions de la tête, ont la même signification et réclament le même traitement que ceux qui apparaissent dans les mêmes conditions sur d'autres parties du corps. Quant aux processus inflammatoires qui ont une tendance à la diffusion, à l'envahissement des tissus voisins, nous allons en donner une description rapide.

En procédant de la surface aux couches profondes nous avons à parler en premier lieu de l'érysipèle. Cette complication des lésions de la tête est si fréquente que les descriptions classiques de l'érysipèle so-disant spontané, non traumatique, se rapportent essentiellement à la localisation à la tête du processus morbide en question. Nous avons des motifs suffisants pour admettre que tout érysipèle est d'origine traumatique, c'est-à-dire qu'il provient toujours d'une lésion préalable, telle qu'une petite excoriation, une vésicule d'eczéma, etc. On a souvent prétendu que l'érysipèle complique plus souvent de petites lésions de ce genre que des traumatismes étendus, mais si nous prenons en considération le fait que ces derniers sont bien plus rares que les lésions légères citées tout d'abord, le préjugé que nous venons de signaler se réfute de lui-même. Nous ne voyons pas, en effet, pour quel motif le virus de l'érysipèle aurait plus facilement accès dans une lésion superficielle que dans une plaie profonde, alors que dans celle-ci les tissus superficiels sont également intéressés. De fait, il est très fréquent de voir l'érysipèle, quand il règne dans une localité, compliquer les plaies de tête à toutes les périodes de leur évolution, et mon impression personnelle, partagée