

Si l'on est appelé à voir le blessé peu de temps après l'accident, on devra pratiquer la suture de la plaie des parties molles, pourvu toutefois qu'elle se prête à une réunion immédiate. Pour cela il faut que la plaie soit récente, nullement contuse, et qu'elle ne renferme pas de corps étrangers. Telle est la pratique suivie par moi depuis des années sans que j'aie jamais eu de motifs de m'en repentir, et je la conseille avec plus d'assurance encore aujourd'hui que la méthode antiseptique nous offre de meilleures garanties pour une réunion par première intention. La fracture compliquée se trouve ainsi transformée en fracture simple, et l'avantage que l'on en retire est, comme nous l'avons déjà dit, si considérable, que l'on fera bien de tenter toujours la guérison par la suture lorsque les circonstances le permettront.

Le succès de la méthode antiseptique dépend essentiellement du moment où l'on est appelé à donner ses soins au blessé. Dans tous les hôpitaux où l'on a adopté la méthode listérienne, on a pu se convaincre que les fractures compliquées récentes du crâne guérissent presque sans exception par première intention si on leur applique rigoureusement les principes de la méthode antiseptique. Cependant le temps écoulé depuis l'accident n'est pas le seul point à prendre en considération. J'ai vu un jeune homme atteint d'une fracture compliquée du crâne succomber au bout de 24 heures à une méningite aiguë, bien que le blessé eût été transporté à l'hôpital une demi-heure après l'accident, et que nous eussions appliqué de la manière la plus stricte la méthode antiseptique. Mais j'ai appris qu'avant le transport du blessé à l'hôpital on avait exploré plusieurs fois la plaie, et qu'on avait même introduit un stylet non désinfecté dans le but de constater la pénétration des fragments dans l'intérieur du crâne. Dans d'autres cas la plaie au bout de 24 heures a un aussi bel aspect que si elle venait d'être faite par le chirurgien avec toutes les précautions antiseptiques. Quoi qu'il en soit, avant d'appliquer un pansement on devra traiter toute plaie de tête comme si elle était déjà infectée. Après avoir rasé le cuir chevelu dans le voisinage de la blessure, on procédera à la désinfection complète de celle-ci; la peau est nettoyée soigneusement avec une brosse et du savon, puis on arrose la plaie avec une solution phéniquée à 3 0/0; dans les cas anciens on peut se servir d'une solution plus forte (5 0/0) ou d'une solution de sublimé (1 : 1000). La plaie doit être nettoyée dans tous ses recoins et débarrassée des corps étrangers. L'application d'iodoforme en poudre accroît les chances d'une marche aseptique de la plaie lorsqu'on soupçonne que celle-ci est déjà infectée. Avant d'en pratiquer la suture, on en régularise les bords et l'on enlève les portions de peau dont la nutrition est insuffisante. Si la suture détermine la formation de poches, de culs-de-sac, on pratique des boutonnières dans les points correspondants pour y introduire des drains et éviter l'accumulation des liquides de la plaie. En outre on place de petits bouts de drains allant jusqu'au siège de la fracture, et sortant entre les

points de suture faits avec de la soie désinfectée ou du catgut. Puis on applique immédiatement un pansement antiseptique. Si l'on fait usage du pansement de Lister, la plaie ainsi que la peau dans le voisinage de cette dernière, sont recouvertes d'une couche élastique de gaze chiffonnée, destinée à recevoir les liquides sécrétés par la plaie; puis vient le pansement de Lister typique. Nous conseillons de ne laisser ce pansement que pendant 24 heures. Si alors on a pu se convaincre que la plaie n'est point infectée, on pourra ne changer les pansements suivants que lorsqu'ils seront imprégnés par les liquides sécrétés, ou qu'il y aura nécessité de mettre la plaie à découvert, soit pour l'enlèvement des drains, soit à cause de l'apparition de symptômes menaçants de fièvre, etc.

Selon nous le pansement antiseptique doit être également employé de préférence dans les cas où l'on est appelé à traiter un blessé dont la plaie est en voie de suppuration. Ici on devra naturellement renoncer à réunir la plaie par des sutures, et se contenter de la désinfecter et de la drainer selon les règles énoncées plus haut. Le pansement sera renouvelé souvent dans ces cas, et l'on traitera par le bistouri les complications qui pourraient survenir au niveau de la blessure.

Dans les cas où la plaie devient le siège de processus phlegmoneux, on ne saurait trop se garder de l'application de la chaleur sous forme de compresses ou de cataplasmes. Dès que les téguments présentent des signes bien accusés de phlegmon, on cherchera à le limiter par l'application d'une vessie de glace. Le froid s'oppose aux phénomènes de putréfaction, et en provoquant la contraction des vaisseaux il combat la congestion; il prévient ainsi, autant que possible, le danger d'un phlegmon. Mais lorsqu'un phlegmon diffus est en plein développement, on doit se rappeler ce que nous avons déjà dit de l'emploi du bistouri dans de pareilles circonstances: une large incision faite en temps opportun donne de meilleurs résultats que toutes les autres médications réunies.

2. Fractures avec déplacement des fragments. — Les fractures de ce genre, aussi bien que les simples fissures que nous venons d'examiner, peuvent présenter dès le début des accidents de *compression cérébrale*, que nous étudierons plus tard. Tantôt la compression est due à un épanchement sanguin dans la cavité crânienne, accident sur lequel nous reviendrons à propos des lésions du cerveau, tantôt, dans les cas de fractures avec enfoncement, une partie au moins des symptômes observés doit être attribuée à la diminution de la capacité du crâne par l'os déprimé. Nous examinerons également plus tard jusqu'à quel point une dépression de l'os peut fournir l'indication d'une intervention chirurgicale particulière.

Il faut aussi prendre en considération qu'à la suite des fractures du crâne avec enfoncement, de même qu'à la suite des fractures comminutives isolées de la table interne, on peut voir survenir une série de phé-

nomènes qui, lorsqu'ils sont bien constatés, constituent une indication formelle à l'ouverture de la boîte crânienne et à l'extraction des esquilles osseuses; nous entendons par là certains troubles fonctionnels du système nerveux reconnaissant comme cause la lésion de portions déterminées de la couche corticale par des fragments osseux qui ont pénétré dans le cerveau. Tels sont les phénomènes de paralysie ou de contracture d'une extrémité ou d'un groupe musculaire survenant aussitôt après l'accident; de même les accès épileptiformes souvent répétés, etc. Enfin dans les fractures avec enfoncement on peut voir apparaître à la période de suppuration des symptômes indiquant soit une accumulation de pus entre la dure-mère et l'os, soit une méningite purulente ou un abcès du cerveau.

Bien qu'il semble rationnel d'esquisser ici les trois tableaux symptomatiques pouvant compliquer les fractures avec enfoncement, et particulièrement les deux premiers qui succèdent immédiatement au traumatisme, cependant nous sommes obligés de renvoyer cette étude au moment où nous aurons donné la description des symptômes de la compression cérébrale, des lésions traumatiques du cerveau, de la suppuration intracrânienne.

Si nous écartons ainsi tout d'abord de la question du traitement des fractures comminutives avec déplacement, les phénomènes qui appartiennent en propre à la lésion du cerveau, c'est dans le but de simplifier notre exposé. De cette manière il ne nous reste plus qu'à élucider la question de l'intervention chirurgicale dans ces fractures en nous basant essentiellement sur les mêmes principes que ceux qui nous servent de guide lorsque nous nous trouvons en présence de lésions analogues des extrémités. Dans la règle nous serons obligés d'agrandir convenablement la plaie des parties molles déjà dans le but de rendre accessible à la vue toute l'étendue de la lésion, et d'assurer l'asepsie du foyer de la fracture. Si nous ne trouvons alors qu'un léger déplacement des fragments, nous nous contentons ordinairement d'une désinfection énergique. Il en est tout autrement dans les cas de déplacement considérable, avec chevauchement ou séparation complète de l'un ou l'autre fragment. Tout chirurgien rompu à la méthode antiseptique sera tenté d'intervenir dans ces cas, et cependant les fractures de ce genre ne sont pas toutes justiciables d'un seul et même mode de traitement.

Supposons d'abord que nous ayons affaire à une plaie récente, et que nous voulions conformer notre traitement aux règles de la méthode antiseptique. Le chirurgien peut se trouver en présence de *lésions traumatiques graves intéressant le crâne sur une étendue considérable*, et ayant mis le blessé dans un état qui ne permet pas d'entreprendre une opération de quelque importance sans risquer de voir s'éteindre le minimum de force vitale qui lui reste; dans ces conditions toute intervention chirurgicale devient impossible. Telles sont les fractures comminutives éten-

dues produites par une violence agissant sur une large surface, par une chute sur la tête d'une grande hauteur, par des éclats d'obus ou par de petits projectiles tirés à bout portant; elles s'accompagnent généralement de lésions considérables du cerveau. Ici tous les motifs qui, dans d'autres circonstances, nous engageraient à enlever une portion du crâne dans le but d'améliorer le pronostic, disparaissent devant le danger de mort qui menace le blessé. D'ailleurs, même dans les cas où ce dernier ne semble pas courir un grand danger, le chirurgien ne se sent guère tenté d'intervenir par une opération radicale. Parfois, il est vrai, on parvient sans peine à relever un fragment enfoncé, car il est rare que la table interne soit fracturée comminutivement sur une étendue plus grande; mais le résultat obtenu par le relèvement d'un seul fragment est de bien peu d'importance, et, dans la majorité des cas, si l'on voulait relever tous les fragments qui ont pénétré dans la cavité crânienne, on se verrait obligé d'enlever des portions étendues de la voûte à l'aide de la gouge ou du trépan, puis d'extraire la plus grande partie des fragments plus ou moins détachés; une perte de substance énorme en serait la conséquence.

Ainsi donc c'est presque toujours dans les *fractures avec enfoncement qui ne sont pas trop étendues* que se posera la question de la nécessité d'une opération immédiate. Par contre les fractures étendues que nous venons de décrire devront être traitées comme de simples fissures avec plaies des téguments, et l'on apportera un soin tout particulier à ce que le drainage soit suffisant. En outre si l'on trouve des fragments tout à fait libres, on devra les enlever; il en est de même des corps étrangers qui auraient pénétré dans la plaie.

Il faut que le chirurgien ait acquis déjà une certaine somme d'expérience pour pouvoir décider, dans un cas donné, *si l'étendue de la fracture permet de tenter l'opération jugée nécessaire*. Même de nos jours les chirurgiens les plus expérimentés sont loin d'être unanimes sur la conduite à tenir dans certains cas. Néanmoins cette division des fractures en deux catégories, telle que l'a établie BERGMANN, offre une certaine importance pratique pour le chirurgien qui n'a pas encore une grande expérience de ce genre de lésions, car elle permet d'exclure d'emblée du traitement opératoire toute une série de fractures du crâne. Cette division a du reste à un autre point de vue une importance incontestable. Ce sont, en effet, précisément les fractures circonscrites avec enfoncement, comme les fractures étoilées, qui dans la règle présentent un grand nombre d'esquilles séparées de leur périoste et faisant plus ou moins saillie dans l'intérieur de la boîte crânienne. Par conséquent, dès qu'il a reconnu chez un blessé une fracture de ce genre, le chirurgien doit chercher à acquérir une notion exacte des particularités qu'elle présente, même s'il ne peut l'obtenir qu'en mettant à découvert le foyer de la fracture soit par l'agrandissement de la plaie, soit par une incision faite