

chée dans la cavité crânienne. Dans la guerre d'Amérique la carotide a été liée sept fois dans des cas d'hémorragie par la temporale profonde ou la méningée; sur les sept opérés trois guérirent.

Lorsqu'on a reconnu l'existence d'une fracture accompagnée d'une plaie des parties molles, il est en général préférable d'agrandir l'ouverture osseuse à l'aide du ciseau et du maillet ou en appliquant une couronne de trépan, puis d'évacuer l'épanchement sanguin en respectant soigneusement la dure-mère, d'aller à la recherche de l'artère blessée, et de la lier après l'avoir saisie avec une pince ou après avoir passé autour d'elle une aiguille recourbée munie d'un fil (HUETER). Ce n'est qu'à regret que l'on se décidera à pratiquer le tamponnement ou la compression du vaisseau.

Par contre on a réussi assez souvent à arrêter l'hémorragie en touchant avec le fer rouge le point de l'artère d'où jaillissait le sang (LARRÉY).

Quant au choix du procédé à adopter dans les autres cas, on ne peut guère le fixer d'une manière précise à cause du défaut complet d'expérience en cette matière. Il est clair que l'on n'aura que rarement recours à la trépanation en l'absence d'une plaie cutanée et d'une fracture bien constatée. De même l'expectation sera parfaitement justifiée dans les cas où la marche de la maladie ne répond pas au tableau clinique décrit plus haut assez exactement pour que l'on puisse exclure toute chance d'erreur dans le diagnostic, et affirmer que le blessé est voué à une mort prochaine si l'on ne se hâte d'intervenir.

Dans les cas où l'on se décide à faire la trépanation, doit-on, suivant le conseil de VOGT, pratiquer l'ouverture destinée à l'évacuation du sang épanché, de façon à arriver directement sur le tronc de l'artère méningée? D'une manière générale nous pensons que le point d'élection indiqué par VOGT doit être choisi de préférence pour cette opération; ce point se trouve marqué, suivant cet auteur, par l'intersection de deux lignes, l'une horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade zygomatique, l'autre verticale passant à un travers de pouce en arrière de l'apophyse sphéno-frontale de l'os malaire. La rondelle osseuse enlevée, on évacue le sang épanché et l'on procède à la ligature de l'artère de la manière décrite plus haut. Le second temps de l'opération, non moins important, consiste à faire sortir également les caillots sanguins à l'aide du doigt ou d'une curette. Puis vient la désinfection et le drainage de la cavité ainsi évacuée.

Mais il peut arriver que l'on ne trouve pas l'artère au lieu d'élection indiqué par VOGT. Il n'y a pas d'inconvénient alors à appliquer une seconde couronne de trépan. DEVEZE (Voir dans WIESMANN) se tira d'affaire dans un cas semblable en décollant la dure-mère par l'ouverture du trépan, à l'aide d'une spatule, jusqu'au niveau du foyer sanguin. Assez souvent on pourra se baser dans le choix du point à trépaner, sur

certaines symptômes particuliers, par exemple l'aphasie, qui permettent de localiser exactement le siège de l'épanchement (Voir § 42) ¹.

Quant au pronostic des cas soumis à une intervention chirurgicale, voici ce que nous apprend la statistique de WIESMANN basée sur cent dix opérations les plus diverses (ligature de la carotide, extraction d'esquilles, trépanation, etc.): de ces cent dix opérés soixante-quatorze ont guéri, soit 67, 27 pour 100, et trente-six sont morts, soit 32, 73 pour 100. Ce résultat est bien meilleur que celui que donne l'expectation (voir plus haut), et parle bien en faveur du traitement opératoire.

En cas d'hémorragie se produisant sous la dure-mère à la suite de la déchirure d'un sinus veineux, il ne peut être question d'une intervention opératoire que lorsqu'on se trouve en présence d'une fracture siégeant dans le voisinage de ce sinus, et que l'on voit survenir des symptômes de compression cérébrale comme dans l'hémorragie méningée. D'ailleurs, grâce à la faible pression du sang veineux, les symptômes n'acquièrent que rarement l'intensité et la marche rapide que l'on observe lorsque le sang provient de la méningée, et le blessé ne succombe habituellement pas à la compression cérébrale. Cependant on possède un certain nombre d'observations dans lesquelles le blessé a succombé rapidement à la lésion d'un sinus sans qu'à l'autopsie on ait constaté d'autre cause de mort que l'épanchement sanguin (§ 14). Tout chirurgien qui a eu l'occasion d'observer un certain nombre de lésions traumatiques graves du crâne, se souvient certainement d'avoir vu des cas dans lesquels la compression cérébrale survenue rapidement se maintenait pendant des jours et même des semaines entières dans des limites modérées (légère somnolence, stupeur, faiblesse de la mémoire, agitation, etc.), et se terminait finalement par la guérison du blessé. Lorsque cet état de compression modérée à marche régulière se trouve interrompu par des phénomènes d'hypérémie cérébrale apparaissant par poussées successives, pendant lesquelles le blessé est inquiet, agité ou est pris de convulsions, etc., il est évident que le pronostic s'aggrave considérablement. C'est surtout dans ces cas que l'on pourra mettre en pratique ce que nous avons dit du traitement de la compression cérébrale. Si la fracture est compliquée de plaie des parties molles, le blessé est exposé aux dangers de la thrombose des sinus avec toutes ses conséquences. Un pansement antiseptique de la plaie, lorsqu'il est possible de l'appliquer, constitue le moyen le plus sûr de prévenir un pareil accident consécutif à l'hémorragie.

1. KRÖNLEIN (*loc. cit.*) conseille de placer la première couronne de trépan sur une ligne horizontale partant du rebord supérieur de l'orbite, à 3 ou 4 centim. en arrière de l'apophyse orbitaire externe du frontal, et, si l'on ne trouve rien, de faire une seconde trépanation au point de rencontre de la même ligne horizontale et d'une ligne verticale passant immédiatement derrière l'apophyse mastoïde. Cette seconde ouverture est encore indiquée pour faciliter l'évacuation et le drainage en cas d'hématome diffus. (Note du Traducteur).