

RD 57
54
1870



TRAITÉ

DE

MÉDECINE OPÉRATOIRE

BANDAGES ET APPAREILS.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LE CRANE.

Douleurs fixes dans un point du crâne. Ces douleurs peuvent dépendre d'une foule de lésions : inflammations, névralgies, tumeurs etc. ; Pouteau les a vues liées à d'anciennes blessures, et a pratiqué avec succès l'*incision* des parties molles sus-crâniennes, dont il déterminait la suppuration, en plaçant quelques brins de charpie entre les lèvres de la plaie.

Le vésicatoire, la cautérisation, le trépan, ont été également employés contre les douleurs du crâne. Wurtzius, chirurgien bâlois du seizième siècle (conférence de M. Trélat, *Gaz. méd.*, 1865), se fit saigner de l'artère temporale et guérit, par suite probablement de la section de quelque filet nerveux, siège et cause des douleurs. Notre savant collègue M. Ehrmann a publié, dans le premier fascicule du Musée anatomique de la Faculté de médecine de Strasbourg, l'histoire d'une femme qui portait une tumeur érectile douloureuse dans l'épaisseur des os du crâne, et qui fut trépanée à droite sur le point fixe de la douleur, tandis que la lésion siégeait à gauche, comme le démontra l'autopsie, la malade ayant succombé à une méningite causée par l'opération. On voit combien les indications sont incertaines dans de pareils cas et avec quelle réserve il faut se décider à agir.

Loupes. Très-fréquentes et habituellement multiples sur la même personne, ces tumeurs offrent de grandes variétés de volume, de forme, de consistance et de composition. Les plus petites renferment une matière grisâtre, consistante, et ont un kyste fibreux assez mince. Celles qui ont atteint le volume des deux poings ou de la tête d'un fœtus se pédiculent, se ramollissent, et semblent parfois présenter une circonférence osseuse, due simplement à la plus grande épaisseur du tissu fibreux ou fibro-cartila-

gineux périphérique. Nous avons vu cette disposition entraîner des erreurs de diagnostic et faire supposer une érosion ou une perforation crâniennes. Le contenu peut être formé de sérosité roussâtre, dans laquelle nage ou est disposée en couches superposées de la matière sébacée plus ou moins altérée.

La *cautérisation*, par la pâte de Vienne, du sommet de la tumeur entame le kyste, qui se vide, et amène la guérison. C'est un bon moyen de traitement pour les petites loupes. On a constaté la facilité avec laquelle ces tumeurs pouvaient se dessécher et tomber d'elles-mêmes, lorsqu'on en avait détruit un des points avec la pâte de Vienne ou la potasse caustique, sans les ouvrir. On a prétendu à tort que la guérison est constante et exempte d'accidents. Nous ne méconnaissons pas les avantages de ce moyen dans le traitement des loupes d'un petit volume et multipliées, mais il ne met à l'abri ni des récurrences ni de l'érysipèle, comme nous avons eu l'occasion de le constater.

L'*excision* est le procédé le plus employé. On peut se borner à une incision simple; celle en croix est préférable. On divise la peau et la tumeur par transfixion et on saisit et on enlève le kyste avec une pince et en s'aidant, s'il y a lieu, d'une spatule. L'*énucléation* de la loupe entière est souvent facile, par pression directe, et l'on arrache les derniers filaments cellulaires. Si le kyste est intimement fixé aux tissus environnants, la dissection en serait trop longue et trop pénible et doit être abandonnée. On s'est borné à exciser le sommet de la tumeur, qui se vide peu à peu et disparaît. Mieux vaut encore enlever la matière sébacée et cautériser l'intérieur du kyste avec un crayon d'azotate d'argent, ou y placer une boulette de charpie. Si la loupe est d'un très-grand volume, on en détache un large lambeau elliptique dans lequel on comprend une portion des téguments altérés et amincis. On place une des extrémités de l'ellipse au point le plus déclive, pour assurer le libre écoulement du pus, et l'on panse à plat avec des boulettes de charpie, après avoir excisé toutes les parties accessibles des parois du kyste. Les bords élevés et indurés de la plaie s'affaissent et donnent une cicatrice linéaire. L'habileté du chirurgien consiste à laisser la quantité de téguments nécessaire pour arriver à ce résultat. (Voy. pour plus de détails l'article *Tumeurs*.)

Céphalématomes. Nægele a donné ce nom à des tumeurs sanguines formées entre le péri-crâne et les os, chez les enfants nouveau-nés. Pauli, de Landau, a pris l'exception pour la règle en avançant que la tumeur se forme toujours entre le péri-crâne et l'aponévrose. La *ponction*, l'*incision* de ces tumeurs ont réussi;

mais de simples *topiques résolutifs* suffisent ordinairement pour en amener la guérison. On a parfois confondu un encéphalématome avec un kyste séreux, ou une encéphalocèle compliquée d'érosion du crâne et communiquant avec la cavité de l'arachnoïde. On a cité un exemple (*Accroissements du Musée d'anatomie de Strasbourg*, 1857, p. 14) de méningite et de mort, provoqués par une incision double avec séton sur un enfant de dix ans, dans un cas semblable.

Carie, nécrose, exostoses, cancers, fistules et cicatrices du crâne. La *carie* peut affecter la lame externe, l'interne ou toute l'épaisseur des os du crâne. Dans le premier cas, si les médicaments topiques sont inefficaces, on a recours à la *rugine*. Les anciens employaient le *fer rouge*, qui expose moins aux inflammations méningiennes qu'on ne l'a cru. Lorsque la lésion osseuse est plus profonde, l'emploi du trépan devient nécessaire pour éviter des suppurations intra-crâniennes.

La *nécrose* du crâne est ordinairement superficielle, et s'observe à la suite de toutes les opérations dans lesquelles les os sont mis à nu. Si le séquestre occupe toute l'épaisseur d'un des os, il est prudent d'en faire l'extraction pour prévenir la rétention du pus sur la dure-mère et les accidents qui pourraient en résulter. Cette règle est néanmoins soumise à quelques exceptions relatives à l'étendue de la pièce osseuse. Nous n'avions pas voulu toucher à une vaste nécrose siphylitique, occupant la grande partie du pariétal et du frontal d'une de nos malades; un jeune confrère plus hardi en fit l'extraction, mais la dure-mère, altérée par la suppuration, fut soulevée et traversée par le cerveau, et le coma et la mort en furent la conséquence.

Les *exostoses*, dont quelques-unes occupent la surface interne du crâne, sont presque toutes vénériennes, et disparaissent, avec les accidents de compression qu'elles entraînent, par un traitement spécifique.

Le *cancer* des os du crâne existe rarement seul et dans des conditions qui en permettent l'ablation. Si celle-ci était possible, on la pratiquerait à l'aide d'un ostéotome ou du trépan.

Les *fistules*, suite de fractures et de suppurations formées sur la dure-mère, indiquent le trépan pour prévenir l'inflammation des méninges. Cette opération a été plusieurs fois exécutée, et nous y avons eu recours également avec succès.

Les *cicatrices* qui suivent les pertes de substance des os du crâne ne sont jamais très-solides, et ne mettent pas le cerveau complètement à l'abri de l'action des corps extérieurs; on les couvre