

## DEUXIÈME PARTIE

### MALADIES DES RÉGIONS

---

Dans la première partie de notre ouvrage, nous venons d'étudier les affections propres à chaque tissu; nous allons exposer, dans cette deuxième partie, les formes diverses que revêtent dans chaque région les maladies dont les caractères généraux nous sont déjà connus.

---

### CHAPITRE PREMIER

#### MALADIES DU CRANE.

---

#### I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES

Elles doivent être étudiées en cinq paragraphes <sup>1</sup>, comprenant :

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| 1° Les lésions des parties molles extérieures au crâne.                              | } | Contusions. — Bosses sanguines.     |
| 2° Les lésions de la boîte osseuse.....  |   | Plaies.                             |
| 3° Les lésions des organes renfermés dans le crâne.                                  | } | Fractures <sup>2</sup> .            |
|  |   | Plaies de l'encéphale.              |
|  |   | Commotion.                          |
| 4° Les accidents et complications des lésions traumatiques du crâne, de l'encéphale. | } | Contusion.                          |
|  |   | Compression.                        |
|  |   | Hernie du cerveau.                  |
|  |   | Corps étrangers.                    |
| 5° Diagnostic différentiel des lésions traumatiques de l'encéphale.                  | } | Epanchements de sang dans le crâne. |
|  |   | Méningo-encéphalite traumatique.    |
|  |   | Accidents spéciaux.                 |

1. En clinique on donne le nom de plaies de tête aux lésions collectives ou isolées du crâne, de ses enveloppes extérieures et des organes qu'il renferme.

2. Nous avons étudié déjà les fractures du crâne, p. 192.

## A. — Lésions des parties molles extérieures au crâne.

## CONTUSIONS. — BOSSES SANGUINES.

Les contusions du crâne sont très fréquentes : tantôt elles succèdent à une chute, tantôt elles sont produites par un coup porté sur la tête.

La contusion simple ne présente au crâne rien de spécial ; elle se traduit par de la douleur, du gonflement et une ecchymose qui s'effacent rapidement ; mais la disposition des parties rend les *tumeurs* ou *bosses sanguines* plus fréquentes au crâne que partout ailleurs.

Les *bosses sanguines* peuvent se former, soit entre la peau et la couche fibro-musculaire, soit entre celle-ci et le périoste<sup>1</sup>. Elles siègent le plus souvent sur les régions frontale ou pariétale.

Elles apparaissent très vite après l'accident et dépassent rarement le volume d'un œuf de pigeon ; en général arrondies, leur relief est d'autant plus net qu'elles sont plus superficielles ; leur consistance est dure lorsque le sang est simplement infiltré dans les tissus, elle est molle et fluctuante lorsque le sang est épanché ; il est d'ailleurs fréquent de rencontrer réunies ces deux dispositions, la *bosse sanguine molle et fluctuante à son centre est couronnée à la périphérie d'une zone indurée*. Cette disposition a souvent fait croire à une *fracture du crâne* avec enfoncement d'un fragment, d'autant plus que parfois une artère donne des battements que l'on peut prendre pour ceux de l'encéphale.

Mais l'erreur sera facilement évitée, car le relief induré s'élève au-dessus des os, au lieu de se trouver à leur niveau : par une pression soutenue, on peut le faire disparaître en chassant le sang qui le forme : enfin, si l'on presse avec l'index la partie centrale et fluctuante de la tumeur, on sent la résistance du plan osseux.

1. Quesnay parle encore d'épanchements sanguins sous-périostiques, mais leur existence a été contestée.

**Marche.** — Les bosses sanguines s'effacent peu à peu et d'elles-mêmes ; mais elles peuvent, à la suite d'une infection du foyer sanguin, soit directe par une excoriation cutanée, soit indirecte par la voie circulatoire, s'enflammer et se transformer en abcès ; quelques-unes persistent indéfiniment.

**Traitement.** — Au moment de l'accident, si la tumeur est petite, appliquez sur elle une pièce de monnaie que vous pressez fortement, la tumeur s'affaisse, car vous forcez le sang qui la forme à s'infiltrer dans les mailles du tissu cellulaire du voisinage où il se résorbe. Si la tumeur est fluctuante ou d'un grand volume, appliquez à sa surface des compresses imbibées de liqueur résolutive. Si le sang ne se résorbe pas, enlevez-le avec un appareil aspirateur, puis exercez une compression. Si la tumeur suppure, traitez-la comme un abcès ordinaire.

## PLAIES.

1<sup>o</sup> PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS. — Elles ne sont jamais ni très étendues, ni très profondes, ce qui tient au peu d'épaisseur des parties molles et à la forme arrondie du crâne qui force l'instrument à sortir très près du lieu de sa pénétration : cependant elles prédisposent plus qu'en toute autre région aux *érysipèles* et aux *phlegmons*, le cuir chevelu étant un milieu septique ; aussi est-il nécessaire d'appliquer un pansement antiseptique après avoir bien rasé la région.

2<sup>o</sup> PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS. — En raison de la forme arrondie du crâne, elles ne peuvent avoir plus de 4 à 5 centimètres, à moins que l'instrument ne soit promené sur la tête.

Elles sont plus ou moins profondes ; de plus, lorsqu'elles sont obliques, elles forment une plaie à lambeau ou avec perte de substance. Elles se compliquent fréquemment d'*hémorragies* liées à la section des artères qui sillonnent tout le cuir chevelu ; en outre, comme toutes les plaies de tête, elles étaient autrefois fréquemment suivies d'*érysipèle* et de *phlegmons*.

3° PLAIES PAR INSTRUMENTS CONTONDANTS. — Elles sont fort communes et présentent de très nombreuses variétés ; leurs bords sont machés et irréguliers, dans quelques cas cependant ils sont aussi nets que s'ils avaient été produits par un instrument tranchant ; ces plaies peuvent aussi détacher des lambeaux plus ou moins étendus, et déterminer la dénudation des os du crâne.

*La plaie communique parfois avec une bosse sanguine, ce qui entraîne la suppuration de celle-ci lorsque la plaie n'a pas été aseptisée.*

*La plaie est souvent à lambeau.* — Or, quelque effrayantes qu'elles puissent paraître, elles guérissent souvent avec une merveilleuse rapidité et la gangrène est presque sans exemple, les vaisseaux du cuir chevelu adhérant à la face profonde de la peau et étant décollés avec elle. Ainsi donc, il faut appliquer le lambeau, quelque mince que soit son pédicule, et le maintenir à l'aide de quelques points de suture et d'une compression légère.

*Le crâne est dénudé.* — Un lambeau de cuir chevelu peut être complètement détaché et laisser ainsi le crâne à nu. Si l'accident est récent, appliquez immédiatement le lambeau, peut-être se recollera-t-il ; mais si la surface osseuse reste longtemps à découvert, surtout si elle n'est pas aseptisée, elle sera atteinte d'une nécrose lamellaire qui déterminera la séparation d'un séquestre plus ou moins étendu, ou bien on verra survenir une *exfoliation insensible de l'os* : dans ce cas l'os se recouvre de bourgeons charnus, qui se transforment en une cicatrice solide et fortement adhérente. Cet accident est devenu rare depuis l'antisepsie.

**Traitement des plaies de la tête.** — Il présente trois indications : — Arrêter le sang — Rendre la plaie aseptique — En rapprocher les bords.

1° *Arrêter le sang.* — Il faut d'abord rechercher sa source, si c'est la tranche de la plaie qui saigne, la suture de la plaie suffit, en général, pour arrêter le sang si l'on a soin de placer les points de façon à serrer l'artère divisée ; la compression, facile à pratiquer sur le crâne, complète l'hémostase.

Si l'artère s'est rétractée loin du bord de la plaie, il faudra en faire la ligature avec l'aiguille de Reverdin courbe en traversant le cuir chevelu au delà du point qui saigne, et le fil de catgut étreindra ainsi dans son anse le vaisseau divisé.

La blessure des artères temporales profondes réclame la recherche des deux bouts divisés.

2° *L'antisepsie* doit être rigoureuse, car, les plaies de tête sont particulièrement exposées aux érysipèles et aux phlegmons : rasez les cheveux sur le pourtour de la plaie que vous lavez avec une solution antiseptique, après l'avoir soigneusement débarrassée de tout corps étranger.

3° Pour rapprocher les bords de la plaie on aura recours à la suture avec ou sans drainage ; dans tous les cas, on veillera à ce que le pansement exerce une compression régulière.

Quelle que soit la plaie il faut la laver ainsi que tout le cuir chevelu avec une solution antiseptique au sublimé, car l'acide phénique est mal supporté, raser ses bords, la saupoudrer d'iodoforme, la recouvrir de ouate et envelopper tout le cuir chevelu d'une calotte faite si aisément avec des bandes de tarlatane imbibées d'une solution au sublimé.

## B. — Lésions des organes renfermés dans le crâne.

### PLAIES DE L'ENCÉPHALE.

Sous le nom d'encéphale, nous comprenons tous les organes intra-crâniens : ces organes ne peuvent être atteints qu'à la condition d'une perforation des os du crâne<sup>1</sup>.

PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS<sup>2</sup>. — Les plaies de certaines parties de l'encéphale, celles du bulbe par exemple, peuvent déterminer une mort immédiate ; les plaies des autres régions sont moins graves, cependant elles se compliquent fréquemment de méningo-encéphalite, d'accidents convulsifs,

1. Un instrument piquant pourrait, il est vrai, pénétrer dans le crâne, à travers la fente sphénoïdale, le trou optique ; mais il est inutile de parler de faits si exceptionnels.

2. On a plusieurs fois observé des infanticides produits à l'aide de longues aiguilles qui, introduites entre l'occipital et l'atlas, allaient dilacérer la moelle allongée.

épileptiformes ; toutefois elles peuvent guérir, ainsi que le démontrent plusieurs observations réunies par Larrey.

**PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS.** — Beaucoup plus rares que les précédentes, elles occupent presque exclusivement la voûte du crâne ; parfois il y a perte d'une certaine quantité de substance cérébrale, dans ces cas on enlèvera la rondelle osseuse qui, complètement détachée, ne peut que jouer le rôle d'un corps étranger, et l'on appliquera les téguments sur la plaie du cerveau.

Parfois peu de jours après l'accident, le cerveau se gonfle, il fait hernie à l'extérieur, et le malade est emporté par une méningo-encéphalite ; on cite pourtant quelques cas de guérison, même après l'élimination de lambeaux de substance cérébrale ; il se forme un tissu cicatriciel capable de protéger l'encéphale.

**PLAIES PAR INSTRUMENTS CONTONDANTS.** — Les effets des instruments contondants sur le cerveau sont : une commotion ou une contusion dont nous allons faire une étude spéciale. Les plaies contuses produites par une balle, par la projection d'un fragment osseux, etc., peuvent déterminer une mort instantanée ou du moins rapide : dans d'autres cas, le blessé survit quelques jours, puis il est emporté par la méningo-encéphalite ; cependant on connaît un certain nombre de cas de guérison après l'élimination des parties de l'encéphale broyées par l'instrument contondant.

#### COMMOTION CÉRÉBRALE.

C'est un ébranlement violent et subit de la masse encéphalique qui en suspend momentanément les fonctions sans en altérer la structure <sup>1</sup>.

**Pathogénie.** — Trois opinions sont en présence : 1° Quelques auteurs admettent que l'encéphale peut être frappé de sidération, de syncope, en quelque sorte, sans qu'il soit le siège d'une altération moléculaire appréciable, et par le seul

<sup>1</sup>. Cette définition exprime l'état actuel de la science, mais elle est passible de plusieurs objections ainsi qu'on va le voir.

fait d'une *paralysie réflexe de ses vaisseaux capillaires* (Bergmann). Pour Duret, les symptômes seraient dus au brusque reflux du liquide céphalo-rachidien dans les gaines péri-vasculaires et, par l'aqueduc de Sylvius, dans le 4<sup>e</sup> ventricule. Dans une première phase, il y aurait tétanisme, dans une deuxième, paralysie vasculaire.

2° D'autres auteurs admettent que la commotion s'accompagne de ruptures vasculaires extrêmement limitées qui produisent de *petits foyers sanguins*, gros comme des têtes d'épingle, et disséminés dans toute la masse céphalique (apoplexie capillaire). Cette dissémination distinguerait la commotion de la contusion, dans laquelle ces épanchements miliars sont conglomérés (Nélaton).

3° Pour d'autres auteurs, les morts subites attribuées à la commotion se rattacherait à d'autres lésions organiques passées inaperçues, épanchements sanguins dans le canal vertébral, lésions du bulbe, ruptures des valvules cardiaques, etc.

En somme, la pathogénie de la commotion cérébrale est mal connue.

**Étiologie.** — La commotion cérébrale peut être le résultat d'un choc direct (qu'il y ait ou non fracture) ou d'un contre-coup de l'encéphale à la suite d'une chute sur les pieds, les genoux, le bassin, etc., etc.

**Symptômes.** — En se basant sur le plus ou moins de gravité des troubles fonctionnels, on a admis trois degrés : commotion légère, grave, foudroyante.

1° *Commotion légère.* — Elle est caractérisée par un étourdissement passager avec tintements d'oreilles, éblouissements, résolution musculaire : en quelques minutes ou en quelques heures le blessé revient complètement à lui, et ne se plaint que d'un léger malaise.

2° *Commotion grave.* — Le blessé tombe sans jeter un cri ; il est privé de connaissance, de sentiment et de mouvement ; souvent surviennent des vomissements, une évacuation d'urine et de matières fécales ; les muscles sont dans la résolu-

tion; cependant lorsqu'on les soulève et qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils ne retombent pas avec cette inertie spéciale à la paralysie.

Si l'on parle au malade, il répond par un grognement ou par quelques paroles inintelligibles qui témoignent sa mauvaise humeur, puis il retombe dans la somnolence. La pupille est dilatée, la respiration et le pouls d'une lenteur remarquable.

Ces symptômes persistent quelques jours, puis ils s'effacent graduellement; les réponses sont plus nettes, la torpeur moins grande; souvent, il est vrai, il se produit de *curieux troubles fonctionnels*; tantôt le malade se lève et ne retrouve plus son lit, il jette certains objets, croyant les placer sur un meuble, il n'a nul souvenir des choses récentes, etc.

Pourtant, lorsque la commotion est simple, le blessé revient à la santé, tout en conservant souvent de la céphalalgie, des vertiges, de la faiblesse, etc.

Ainsi les deux faits dominants sont :

a) La diminution graduelle des symptômes qui, portés au moment de l'accident à leur summum d'intensité, s'affaiblissent progressivement.

b) La torpeur et l'absence de toute convulsion, contracture ou paralysie.

3° *Commotion foudroyante*. — Le blessé tombe pour ne plus se relever, le pouls est à peine appréciable, la respiration d'une faiblesse extrême, la résolution complète; il meurt en quelques instants ou en quelques heures.

La marche de la commotion cérébrale varie donc beaucoup suivant son degré. En effet, elle peut être foudroyante ou tuer en quelques heures; lorsqu'elle est légère, elle s'efface très rapidement; plus grave, elle persiste plusieurs jours, et sa convalescence trainante est marquée par ces désordres intellectuels étranges dont nous avons parlé.

**Diagnostic.** — Au moment même de l'accident, il est souvent difficile de savoir si l'on a affaire à une commotion. Bien que certaines *hémorrhagies* abondantes puissent entraîner une

résolution complète, l'absence de paralysie fera songer à la commotion.

Le *coma de l'épilepsie* se reconnaîtra aisément (traces de morsure sur la langue, écume sanglante, pouce placé dans la flexion).

L'odeur de l'alcool annonce l'ivresse.

Pour le diagnostic avec les autres affections cérébrales, voyez plus loin.

## CONTUSION CÉRÉBRALE.

Dupuytren a donné ce nom à une attrition, généralement circonscrite, de la masse encéphalique.

**Étiologie.** — La contusion peut exister avec ou sans fracture du crâne, cependant le premier cas est le plus fréquent. Les coups, les chutes sur la tête, telles en sont les causes ordinaires.

La contusion peut avoir lieu soit au niveau du point frappé (contusion directe), soit dans un point diamétralement opposé, ou du moins à une grande distance (contusion par contre-coup). Ces deux variétés sont souvent réunies.

**Anatomie pathologique.** — La contusion peut exister à divers degrés. Dans sa forme la plus simple elle se traduit par la présence, au niveau de la partie contuse, d'une foule de points rouges plus ou moins confluent. Cette altération siège surtout dans les parties grises, presque jamais dans la substance blanche. Ces points rouges sont, tantôt des dilatations, tantôt des ruptures vasculaires.

Si la contusion est plus forte, les points rouges sont plus nombreux, plus confluent, gros comme des têtes d'épingle; les vaisseaux sont rompus et, au niveau de leur surface de section, le sang s'est coagulé, après avoir rempli leur gaine lymphatique. La pulpe nerveuse criblée de ces points rouges est très ramollie.

Enfin, dans un degré encore plus avancé, la substance cérébrale peut être convertie en une sorte de bouillie lie de vin, facilement enlevée par un courant d'eau, et laissant après elle

une cavité à parois irrégulières, frangées, infiltrées elles-mêmes dans une certaine étendue de sérosité sanguinolente et de ces granulations rouges dont nous avons parlé.

Habituellement l'arachnoïde et la pie-mère sont congestionnées et déchirées : la dure-mère est décollée par des épanchements sanguins variables dans leur siège et leur étendue.

*Que deviennent les parties contuses ?* On sait que la destruction d'une partie de l'encéphale n'est pas une lésion incurable ; ainsi, lorsqu'il ne survient ni encéphalite, ni méningite, complications malheureusement trop fréquentes, les petits dépôts sanguins disséminés dans la pulpe nerveuse subissent la transformation graisseuse, ils se résorbent ; le foyer se cicatrise ou se transforme en un kyste à parois lisses et tomenteuses. Ajoutons que cette terminaison est fort rare.

**Symptômes.** — Tandis que la commotion cérébrale est caractérisée par des *phénomènes diffus et passagers*, suivis de guérison, la contusion cérébrale détermine au contraire des *phénomènes localisés persistants* (contractures, paralysies) qui sont suivis au bout de quelques jours de *phénomènes inflammatoires* (méningo-encéphalite).

*1<sup>re</sup> période.* — Elle n'offre pas toujours les mêmes caractères. Tantôt, comme l'enseignait Dupuytren, elle n'est caractérisée par aucun symptôme : après un étourdissement de courte durée, le blessé se relève, reprend sa marche, et la contusion ne peut être soupçonnée jusqu'à l'apparition des phénomènes inflammatoires. Tantôt il existe des convulsions (muscles des lèvres, des paupières, des membres), des contractures, de l'agitation, des paralysies partielles, surtout de quelques-uns des muscles de la face, et même une hémiplégié.

Quelques auteurs pensent que ces différences tiennent surtout au siège de la contusion ; lorsqu'elle occupe la *substance grise* qui ne commande ni à la sensibilité, ni aux mouvements, il y a absence de symptômes <sup>1</sup>.

Lorsque la contusion occupe la *substance blanche* de la partie

1. Si les symptômes venaient à éclater au bout de vingt-quatre à trente-six heures, il faudrait songer à une lésion des méninges.

centrale et de la base de l'encéphale, on voit survenir les contractures et les convulsions au moment même de l'accident <sup>1</sup>.

*2<sup>e</sup> période.* — *Méningo-encéphalite.* — Vers le cinquième ou sixième jour, cette complication si fréquente s'annonce par l'apparition de la fièvre, l'élévation de la température, qui atteint 39 à 40 degrés. En même temps que la fièvre, surviennent des convulsions, des contractures, des paralysies et du coma ; le malade meurt du huitième au dixième jour.

Cependant la terminaison n'est pas constamment fatale ; nous avons vu, en effet, que certains foyers de contusion pouvaient se cicatriser.

**Diagnostic.** — Voyez *diagnostic des lésions traumatiques de l'encéphale*.

#### COMPRESSION DE L'ENCÉPHALE.

C'est surtout au sujet de la compression de l'encéphale que se présente avec toutes ses difficultés le problème du diagnostic des lésions encéphaliques ; c'est qu'en effet, à notre connaissance imparfaite des fonctions spéciales de chaque partie de l'encéphale, vient se joindre la multiplicité habituelle de ces lésions, puisque très souvent le même traumatisme déterminera une contusion, une commotion, un épanchement sanguin, une fracture, etc. Et au milieu de l'appareil symptomatique complexe, engendré par ces diverses lésions, il sera difficile de faire la part de ce qui revient à chacune d'elles.

Les anciens rapportaient à la compression de l'encéphale un grand nombre de symptômes que l'on rattache de nos jours à d'autres lésions.

Cependant on ne saurait nier la possibilité d'une compression du cerveau, consistant dans un changement des rapports normaux des parties constituantes de l'encéphale, avec troubles de la circulation sanguine <sup>2</sup>.

1. L'ophtalmoscope a souvent signalé, dans ces cas, divers troubles circulatoires de la rétine.

2. Ainsi on a trouvé des épanchements sanguins ou purulents, des tumeurs, des fragments osseux même, comprimant l'encéphale, sans qu'il y eût altération de la pulpe cérébrale.

**Symptômes.** — La compression du cerveau n'a aucun caractère pathognomonique, elle se traduit par des *phénomènes de dépression*. Privé de sentiment et de mouvement, insensible à toute excitation, pâle et étranger à tout ce qui l'entoure, le blessé respire d'une façon lente, profonde, avec un bruit de ronflement désigné sous le nom de *stertor*<sup>1</sup>.

Parfois aussi existe une *hémiplégie*, symptôme assez important, bien qu'il puisse s'observer dans les cas de contusion.

Il est utile de connaître quelques faits cliniques dont la pathogénie est encore mal élucidée ; ainsi on a remarqué que la compression de la base du cerveau est suivie d'accidents plus graves que celle de sa convexité. — Une compression brusque est plus grave qu'une compression lente et graduelle. — Une compression localisée est plus rapidement suivie d'accidents qu'une compression diffuse.

### C. — Accidents et complications des plaies de tête.

On peut les diviser en deux groupes :

1° *Les uns sont immédiats ou très rapides*, ce sont : la hernie du cerveau, les corps étrangers, les épanchements sanguins intra-crâniens, la méningo-encéphalite traumatique et les abcès du cerveau.

2° *Les autres sont consécutifs*, ce sont : des troubles de l'intelligence, des sens, du mouvement, etc.

#### HERNIE DU CERVEAU.

La hernie du cerveau, complication assez rare des fractures du crâne, peut se produire au moment même de la fracture ou seulement quelques jours plus tard ; on ne l'observe que sur la voûte du crâne, où elle se présente sous l'aspect d'une tumeur en forme de champignon se rattachant à l'encéphale par un pédicule dont les dimensions sont en rapport avec celles de l'orifice qui lui livre passage.

*Cette tumeur offre tous les caractères de la substance cérébrale,*

1. Stertor qui paraît être plus rare dans la commotion cérébrale et dont quelques auteurs ont voulu faire un des caractères de la compression.

*elle est insensible, élastique, animée de battements isochrones à ceux du pouls* ; elle s'enflamme et l'inflammation se propageant à l'intérieur du crâne, le blessé est emporté par la méningo-encéphalite ; dans des cas rares la tumeur se recouvre de bourgeons, diminue de volume, ou bien elle est éliminée et le malade guérit.

**Traitement.** — Le traitement local consiste à aseptiser la tumeur, à la protéger contre les excitations extérieures, et même à exercer à sa surface une compression légère afin de prévenir son développement ; en même temps on instituera les moyens thérapeutiques habituellement dirigés contre la méningo-encéphalite.

#### CORPS ÉTRANGERS.

Les plaies de l'encéphale se compliquent parfois de la présence de *corps étrangers* de nature très variée. Souvent le blessé succombe rapidement, sinon de deux choses l'une : ou bien le corps étranger est extrait, ou bien il reste dans l'épaisseur du cerveau et, selon qu'il est septique ou aseptique, provoque autour de lui une *encéphalite* qui peut être modérée, circonscrite et *enkyste ce corps étranger*, ou qui devient diffuse et emporte le malade plus ou moins rapidement. Dans quelques cas le malade ne succombe que lentement, par le fait d'un abcès ou de quelque autre accident tardif.

Dans certains cas, le corps étranger est visible ou facilement appréciable ; dans d'autres cas sa présence est fort difficile à constater, d'autant plus que sa recherche n'est justifiée que dans bien peu de cas. La radiographie peut dans ce cas rendre de grands services.

#### ÉPANCHEMENTS SANGUINS INTRA-CRANIENS.

Ces épanchements se produisent fréquemment en même temps que les fractures, les contusions et la plupart des lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale.

Le sang peut provenir de sources variées (vaisseaux du diploé, artère méningée moyenne, sinus de la dure-mère, caro-

tide interne, jugulaire interne, substance nerveuse). Il peut être *intra-cérébral*, dissociant les fibres nerveuses ou remplissant les ventricules, *sous-arachnoïdien* et mêlé au liquide céphalo-rachidien, *intra-arachnoïdien* et formant une masse diffuse, gelée de groseille, ou *extra-durémérien* et coagulé en un caillot qu'entoure encore un peu de sang liquide.

Cet épanchement, de quantité variable (quelques grammes à 300 grammes) peut *se résorber*, peut *s'enflammer*, se compliquer de méningo-encéphalite; enfin on en a vus qui se sont *enkystés*.

Les épanchements situés entre la dure-mère et l'os, *épanchements extra-durémériens*, sont les plus fréquents et les plus importants pour le chirurgien; car c'est dans ces cas qu'il peut intervenir; ils siègent sur les parties latérales du crâne entre le bord postérieur des petites ailes du sphénoïde et la protubérance occipitale interne et résultent soit d'une piqure directe de l'artère méningée moyenne par une esquille, soit de sa déchirure consécutive à la division du petit trou rond.

**Symptômes.** — Un épanchement de sang intra-crânien se traduit (si du moins il est assez abondant) par des symptômes de *compression cérébrale*.

Ce sont 1° La *perte de connaissance* et de sentiment qui accompagne l'accident et persiste ou bien cesse temporairement pour reparaitre après quelques heures.

2° L'*hémiplegie* totale du côté opposé à l'épanchement.

3° Le *stertor* ou ronflement comparable à celui d'un homme endormi et produit par la paralysie du voile du palais.

Ces symptômes ont pour caractère essentiel d'aller en augmentant dans les heures qui suivent l'accident, ce qui s'explique par l'écoulement continu du sang qui augmente la compression.

Ils ne se présentent pas, il est vrai, à l'état de pureté, car le traumatisme violent du crâne détermine en même temps que l'épanchement des phénomènes de commotion et de compression cérébrales.

**Signes locaux.** — Gérard-Marchant a signalé dans les épan-

chements consécutifs à la blessure de l'artère méningée moyenne divers signes locaux dont la coexistence avec les signes généraux que nous venons de décrire peut conduire au diagnostic, ce sont, un *œdème diffus* de la région temporo-pariétale, une *douleur* plus vive dans un point limité, une *ecchymose* de la région mastoïdienne ou de la région faciale inférieure.

On a dit que les épanchements sanguins déterminaient des phénomènes variables suivant leur siège: 1° *ceux de la base* produisent une perte de l'intelligence et du mouvement, et du stertor (respiration bruyante avec ronflement), enfin tous les symptômes d'une commotion cérébrale foudroyante.

2° Lorsque le sang s'est accumulé *dans les méninges*, il se produit, quelques heures après l'accident, des convulsions et des contractures.

3° Les épanchements logés *dans l'encéphale* donnent lieu à des phénomènes semblables à ceux que produisent les hémorragies cérébrales.

**Marche.** — La destinée des épanchements sanguins est fort variable suivant leur siège, leur abondance, etc.: les uns, très considérables et situés à la base de l'encéphale, tuent rapidement, un épanchement peu étendu et convenablement placé peut se résorber; d'autres encore peuvent s'enkyster et persister indéfiniment en subissant des transformations diverses, etc. (Voy. *traitement des plaies de tête*).

## MÉNINGO-ENCÉPHALITE TRAUMATIQUE.

Complication redoutable des plaies de tête, l'inflammation simultanée des méninges et de l'encéphale est une conséquence fréquente des lésions traumatiques de ces organes. Elle peut survenir à la suite de n'importe quelle lésion, même d'un *érysipèle* du cuir chevelu, mais ses causes habituelles sont les *fractures avec enfoncement*, les *plaies du cerveau*, les *contusions*, les *épanchements*: elle est d'autant plus à craindre que l'attrition du cerveau est plus grande.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions anatomiques sont