

CHAPITRE III

AFFECTIONS DE LA TÊTE ET DU COU

I

Le trépan dans les fractures du crâne.

MESSIEURS,

Vous venez d'observer un blessé dont la fracture du crâne avait provoqué une déchirure de la méningée moyenne et une hémorrhagie considérable entre la boîte osseuse et la dure-mère ; vous avez vu comment les accidents alarmants de la compression cérébrale ont disparu à la suite de la trépanation, et la guérison magnifique que nous avons enregistrée. Aussi voudrais-je, à ce sujet, revenir sur la question du trépan, si vieille et toujours si controversée. Les travaux de Horsley, de Championnière, de Bergmann, sans jeter sur le sujet un jour bien nouveau, en ont précisé quelques points, et nous savons mieux que jadis quand et pourquoi il faut intervenir dans les traumatismes du crâne. Nous résumerons brièvement les notions courantes en nous appuyant sur nos observations personnelles et sur un mémoire de Forge, de Montpellier, travail remarquable et dont on

trouvera la substance dans notre *Traité de thérapeutique chirurgicale*.

De l'aveu de tous, l'abstention est de rigueur lorsque la fracture du crâne est simple, sans plaie extérieure, sans déplacement excessif des fragments osseux, sans hémorragies profondes et sans troubles fonctionnels du cerveau. La vieille doctrine du trépan préventif est ruinée, et l'on tient pour juste la boutade de Stromeyer : « Pour proposer alors la trépanation, il faut avoir soi-même le crâne fêlé. » Dans ces cas, et quoi qu'on en ait dit au commencement du siècle, la guérison survient sans encombre. Brun, le premier, publie sept faits de fracture de la base où la cicatrisation des os fut démontrée par l'autopsie ultérieure, et Bergmann a pu en ajouter vingt analogues. Les observations purement cliniques foisonnent : en 1872, Schwartz en réunissait quarante-neuf, et il n'est pas un de nous qui ne grossisse ce relevé; Forgeue, à une même séance du conseil de réforme, présentait deux blessés qui, de leurs fractures de la base, ne conservaient qu'une paralysie faciale, et en 1887, à l'Hôtel-Dieu, nos élèves ont vu trois individus qui, après une chute sur la tête et l'écoulement d'une grande abondance de liquide céphalo-rachidien, ont, au bout de quelques semaines, quitté l'hôpital en parfaite santé.

Le traitement est alors des plus simples : le blessé, couché la tête élevée, est maintenu dans les conditions du repos cérébral le plus complet : ni heurt, ni mouvements, ni bruit, ni visites; Bergmann insiste sur ce point, et l'on sait que lors des interminables transports des évacués de Plewna et de Kara-Zom, on ne put reti-

rer des wagons un seul blessé de tête qui ne fût en proie à la méningite survenue du quatrième au sixième jour du fatigant voyage. Quelques boissons chaudes, quelques gorgées de thé au rhum jusqu'à disparition des phénomènes syncopaux, des lotions vinaigrées sur les tempes, au besoin quelques injections d'éther, puis, lorsque la face se colore, que le pouls se relève et que la réaction menace de devenir trop intense, de la glace sur la tête, des sangsues derrière les oreilles, des sinapismes sur les jambes et des purgatifs constituent toute la thérapeutique. Il se fait par le conduit auditif un écoulement séreux ou sanguin; les lotions au sublimé, les insufflations d'iodoforme et d'acide borique s'opposent à la stagnation des liquides, et à la pullulation des germes qui pourraient gagner la cavité crânienne et provoquer la méningite.

Lorsque la fracture s'accompagne d'un *enfoncement osseux*, même assez net pour être reconnu sous les téguments non déchirés, l'abstention est encore recommandée par les chirurgiens les plus sages. Mettre à l'air un foyer traumatique, faire d'une fracture fermée une fracture ouverte n'est pas chose indifférente, même sous le régime de l'antisepsie, et Kœnig déclare « que les procédés du chirurgien le plus habile sont loin d'offrir la même garantie que la peau intacte; une faute commise par l'opérateur suffit pour entraîner une infection de la plaie qui peut être fatale au blessé. » D'ailleurs ces enfoncements sont très souvent inoffensifs : Textor, dans son mémoire sur l'inutilité du trépan dans les dépressions de la voûte, rapporte douze cas, dont sept furent suivis

d'autopsie; les brisures de la table externe et de la table interne y déprimaient la dure-mère sans provoquer le moindre trouble des fonctions cérébrales. Bergmann apporte à cette opinion le poids de son autorité; Volkmann, Oré, Corley, Abernethy, Langenbuch ont cité des cas où des enfoncements considérables ont été silencieusement supportés par l'encéphale.

Lorsque la fracture, avec ou sans enfoncement, est fermée, l'abstention nous paraît indiquée encore, même si des *accidents cérébraux* éclatent; mais il faut alors qu'il s'agisse de symptômes diffus, coma, insensibilité générale, stupeur, ou bien délire, agitation, douleurs vagues; ne nous prouvent-ils pas que « l'injure traumatique » a frappé l'encéphale tout entier? Que vaudrait un trou au crâne contre ce choc cérébral qui s'explique par une paralysie réflexe, des apoplexies capillaires, la compression due à une nappe sanguine sous-arachnoïdienne? Que pourrait le trépan contre une contusion étendue? D'autant que, dans ces cas, souvent l'autopsie montre la mort causée par des lésions autres que celles de l'encéphale, — des hémorragies du rachis, la rupture du cœur ou de la rate? Que pourrait-il encore contre une inflammation généralisée, une méningo-encéphalite diffuse? L'irrigation faite par le trou que laisserait l'extraction d'une ou de plusieurs rondelles osseuses, serait vraiment illusoire: il faut donc s'abstenir et attendre.

Enfin il est un dernier cas où l'on s'abstient encore, bien qu'ici la fracture soit ouverte et qu'on n'ait plus, pour ne pas intervenir, la crainte d'infecter le foyer

traumatique: c'est lorsque le fracas osseux est dû à un projectile, balle de revolver ou de fusil de guerre, éclat d'obus dont les fragments ont labouré la substance cérébrale. Il serait au moins inutile d'agrandir l'orifice à l'aide du trépan, ou de pratiquer des contre-ouvertures pour chercher à l'aveugle, dans la masse pulpeuse de l'encéphale, les corps étrangers dont on ignore le trajet et la situation! On peut, on doit régulariser la plaie, enlever les fragments osseux, les esquilles chevauchantes, les débris à fleur de crâne, et surtout désinfecter le foyer par des lavages antiseptiques. Mais tenter plus, ne serait-ce pas risquer de créer de fausses routes, d'ouvrir des vaisseaux et de provoquer quelque inflammation redoutable? Les lésions sont trop profondes et leur siège est trop ignoré pour que le trépan permette de les atteindre.

Donc, jusqu'ici, l'abstention est commandée par la crainte de transformer une fracture fermée en une fracture ouverte; malgré la sécurité que nous donne l'antisepsie et les barrières qu'elle oppose à l'infection, on est plus tranquille, la protection est plus efficace lorsque le foyer est recouvert par les téguments intacts. Et voilà pourquoi on néglige les irrégularités de la voûte, les esquilles, les enfoncements, s'ils ne se traduisent par aucun trouble fonctionnel. Le coma ou le délire, l'excitation ou la stupeur, l'inflammation n'ordonnent pas non plus l'intervention par le trépan, car ces symptômes diffus dérivent d'une lésion diffuse, ou du moins trop étendue pour que l'ablation de quelques rondelles d'os permette d'y remédier.

Lorsque la fracture est ouverte, le chirurgien est tenu

à moins de discrétion et son intervention est souvent nécessaire : sous les téguments déchirés, sous les esquilles privées de leur périoste, au milieu des caillots sanguins, peuvent pénétrer les germes extérieurs; le cuir chevelu est une des régions où ils s'accumulent de préférence, et les plaies qui l'atteignent ont la plus grande chance d'être contaminées; aussi faut-il les nettoyer, régulariser leur surface, déterger les anfractuosités, enlever les caillots, les esquilles dépériostées, désinfecter les moindres recoins et mettre le foyer traumatique dans les meilleures conditions d'asepsie, pour s'opposer aux inflammations propagées, à la méningo-encéphalite, la plus grave des complications qui puissent survenir. Une fois qu'elle s'est déclarée, on n'arrête plus sa marche, et la mort en est la conséquence presque inévitable.

Aussi, dans ces cas de fractures ouvertes, ne fera-t-on pas les choses à demi; ces enfoncements qu'on eût négligés s'ils eussent été recouverts d'un tégument intact, seront redressés avec la pince, la spatule, l'élévatoire, ou repoussés et réduits suivant la circonstance; on ne craindra même pas de recourir au trépan pour les fragments qui refoulent la dure-mère et la substance cérébrale. Ne peuvent-ils pas cacher des caillots sanguins, des « espaces morts », où s'accumulent les sérosités et qui deviennent des milieux de culture pour les germes infectieux? Qu'on ne s'y méprenne pas : on veut moins combattre la compression qu'assurer une désinfection minutieuse. Il n'est pas ici question du trépan classique, mais bien d'une opération qui nettoie une plaie anfractueuse; un foyer de fracture est sous l'œil

et sous la main, on en profite pour le régulariser, et rien de plus.

Il faudrait aller plus loin peut-être, et ne pas admettre, sans nouveau contrôle, l'assertion si catégorique de Bergmann sur l'innocuité des compressions du cerveau par les défoncements craniens. Certains faits semblent démontrer l'heureux résultat du relèvement d'esquilles chez des blessés privés de connaissance : le malade de Cooper, jusqu'alors comateux, regarde, se redresse et parle, dès qu'on a retiré un fragment osseux qui déprimait la dure-mère; il en est de même chez les blessés de Langenbeck, Schweickhardt, Zaggi et Bluhm. Un enfant de quatre ans, traité par Socin, est atteint de fracture du frontal avec dépression très marquée; on extrait les esquilles, on évacue le sang, et bientôt l'opéré inanimé, soporeux, à pouls intermittent, à respiration superficielle, à pupille dilatée, voit disparaître tous ces symptômes et guérit. Un de nos malades, à nous, reste huit jours sans connaissance; nous enlevons cinquante-quatre centimètres carrés de voûte crânienne brisée dans une chute, et l'intelligence renaît. Ces observations sont donc encourageantes, et, dans les fractures ouvertes, les symptômes diffus n'empêcheront pas d'intervenir; en assurant l'asepsie de la plaie, on pourra voir, par surcroît, certains symptômes inquiétants s'atténuer et disparaître.

Ces régularisations précoces qui assurent l'asepsie du foyer traumatique ont eu des résultats non douteux. On sait, d'après les statistiques de Bluhm, qu'avant l'ère nouvelle, la mortalité générale, dans les fractures compliquées du crâne, était de 46 à 52 p. 100; un sur deux

des blessés était emporté par la méningo-encéphalite ou par l'infection purulente. Il n'en est plus de même à cette heure, et, si à la clinique de Heidelberg, on a eu, de 1877 à 1884, quatorze guérisons seulement et neuf morts sur vingt-trois fractures, nous voyons que, en réunissant les relevés de Loser, de Wagner, de Busch, de Czerny, d'Estlander, de Drew, de Gortz et de Schneider, on arrive à un total de cent-soixante-trois interventions primitives avec relèvement, extraction d'esquilles ou trépanation dans les fractures compliquées de la voûte ; or, nous ne constatons que huit décès, soit une proportion de moins de 5 p. 100. La cause semble entendue, et nul n'hésitera maintenant à régulariser le foyer de la fracture pour en assurer l'asepsie.

Parfois, sous les lambeaux du cuir chevelu déchiré, un jet artériel s'échappe du foyer de la fracture ; la méningée moyenne est rompue et l'hémorrhagie, si elle n'est tarie par le chirurgien, menace les jours du malade. Il faut écarter les tissus, enlever les caillots, chercher d'où vient le sang, au besoin agrandir la plaie avec la gouge et le trépan, et lier l'artère, ce qui est souvent fort difficile : le fil dérape, les parois se rompent ; aussi les pinces à demeure, les cautérisations au fer rouge, les tampons antiseptiques au fond de la plaie sont-ils parfois nécessaires ; ces moyens mêmes ne suffisent pas toujours, et l'on cite des cas où l'on a dû recourir, pour étancher le sang, à la ligature de la carotide externe ou de la carotide primitive.

Le même accident, la rupture de la méningée moyenne, peut se faire sous les téguments intacts ; le sang s'accumule sous le crâne et provoque des phénomènes redou-

tables de compression. Le diagnostic de cette complication des fractures de la voûte est possible et, lorsque chez un blessé frappé à la région temporale, survient, après une ou plusieurs heures ou même un jour entier, une paralysie localisée à un bras ou à une jambe, une hémiplegie, puis des signes de compression avec coma, stertor, dilatation pupillaire du côté opposé à la paralysie, ces symptômes apparus un certain temps après le traumatisme révèlent l'existence de la déchirure de la méningée. Mais que de causes d'erreur pour dérouter le diagnostic ! Le caillot énorme et très étalé ne peut-il occasionner de troubles fonctionnels diffus ?

Il y aurait intérêt cependant à reconnaître cette rupture, car on peut intervenir avec succès. Certainement, le caillot est souvent trop étalé sous la voûte crânienne pour être enlevé par les trous du trépan ; on ne sait pas toujours où le sang se collecte, en avant, en arrière, à la base ; puis la ligature de l'artère, à supposer qu'on ait ouvert le foyer au bon endroit, n'est pas une facile entreprise. Il faut la tenter cependant, et, à l'exemple de Kronlein, on placera la première couronne sur une ligne horizontale partant du rebord supérieur de l'orbite, à 3 ou 4 centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire du frontal ; si l'on ne trouve rien, on met une seconde couronne au point de rencontre de la même ligne horizontale avec une ligne verticale élevée immédiatement en arrière de l'apophyse mastoïde. On ne saurait hésiter, si l'on en croit les chiffres relevés par Wiesmann : sur 257 ruptures de la méningée, 147 ont été traitées par l'expectation avec 16 guérisons et 131 morts, soit une léthalité de 90 p. 100, tandis que, sur les 110 trépanés

il y a 74 guérisons et 36 décès, ce qui abaisse la mortalité à 33 p. 100.

C'est un cas de cet ordre que nous venons d'observer, et vous avez pu voir la résurrection véritable qu'a provoquée la trépanation. Le 27 juillet, un imprimeur de 45 ans s'enivre et s'endort sur un banc; le lendemain, des agents de police le portent à l'hôpital, où l'on constate une légère paralysie faciale à gauche; il y a de l'hébétude, mais la marche, presque titubante, est encore possible, et le blessé, soutenu par deux infirmiers peut se mettre au lit; il est toutefois incapable de se déshabiller. La région temporale droite était le siège d'une large ecchymose qui, en avant, envahissait les paupières et la conjonctive et, en arrière, montrait une trainée jusque sous l'apophyse mastoïde; mais la peau était intacte; tout au plus un peu empâtée, soulevée par un épanchement sanguin diffus, profond.

Le soir, le blessé était en plein coma: les muscles sont dans la résolution complète; la respiration est lente et stertoreuse, le pouls lent, il y a de l'incontinence d'urine et du ballonnement du ventre; pas d'écoulement sanguin ni séreux par l'oreille, le nez ou le pharynx. Le 29, cet état inquiétant persiste; il en est de même le 30; le 31, la résolution des muscles disparaît à gauche, tandis que l'on constate, à droite, une hémiplegie totale avec hémianesthésie et conservation des réflexes: puis un délire violent survient; il y a de l'exophtalmie avec mydriase, accidents qui me paraissent dus à une compression de l'hémisphère gauche par un épanchement sanguin très abondant, et provenant sans doute d'une rupture de la méningée moyenne ou d'une de ses branches.

Aussi je décide l'opération qui, par suite de certaines circonstances, ne peut être pratiquée que le 5 août, au huitième jour après l'accident.

Sans anesthésier le malade, qui d'ailleurs n'accuse aucune souffrance, je fais une incision curviligne, parallèle à la légère courbe temporale; le lambeau renversé me permet de voir un point œdématié, puis une fissure de la boîte osseuse d'où s'écoule le sang noir. Je mets d'abord trois, puis deux couronnes de trépan qui donnent accès sur une énorme nappe de caillots: le foyer qui refoulait la dure-mère logeait plus de 150 grammes de sang coagulé. Je les enlève, et je m'aperçois que l'hémostase spontanée s'est faite sous l'influence de la compression des caillots; je lave la cavité avec une solution antiseptique chaude et je la remplis de chiffonnés, pas tassés du tout, de gaze iodoformée; l'opération n'était pas terminée que le blessé paraissait mieux; le soir, il avait repris connaissance et remuait un peu l'avant-bras gauche; le lendemain, l'intelligence est déjà normale, les mouvements ont reparu dans tout le côté gauche; le 7, l'eschare trochantérienne se limite; la poche crânienne est presque totalement comblée; le 8, l'exophtalmie et la mydriase disparaissent, la dure-mère a repris sa place normale sous l'expansion continue de l'hémisphère. Enfin, le 15, notre opéré peut se tenir en équilibre sur son membre inférieur gauche. Pendant toute la durée du séjour à l'hôpital, la température est restée normale.

L'intervention peut être commandée encore par certains troubles fonctionnels immédiats ou tardifs, et dont

FACULTAD DE MEDICINA

BIBLIOTECA