ARTICLE II.

DE LA TRÉPANATION.

Dans le cours de la description précédente, nous avons souvent parlé de la trépanation, nous avons encore à y revenir au sujet des affections qui vont suivre.

Pour ces raisons, il sera bon de dire ici quelques mots de cette opération.

La trépanation qui, comme on le sait, s'applique encore à d'autres os que ceux de la tête, n'est qu'une variété de résection; elle nécessite des instruments spéciaux (voyez fig. 102) qui sont :

1° Le *trépan*, sorte de vilebrequin s'adaptant par sa partie inférieure ou *arbre du trépan* à une scie de forme circulaire, de grandeur variable, à laquelle on a donné le nom de *couronne du trépan*.

2° Le *perforatif*, une tige centrale appelée aussi *pyramide*, s'adaptant au centre de la couronne, et pouvant aussi être fixée à l'arbre du trépan, indépendamment de celle-ci; cette tige, que l'on peut à volonté faire monter ou descendre, a pour but, comme son nom l'indique, de perforer l'os.

3° Le *tire-fond* d'acier que l'on enfonce dans le trou pratiqué par le perforatif au disque osseux que l'on veut extraire.

4° La *rugine* destinée à décoller le périoste.

5° Un *couteau lenticulaire* pour ruginer les bords de l'ouverture osseuse ; ce couteau ou bistouri est boutonné à son extrémité afin qu'il ne puisse pas léser la dure-mère.

6° Plusieurs *élévateurs*.

7° Enfin, une *petite brosse*, comme une brosse à peignes pour nettoyer les dents de la couronne.

Tels sont les instruments dont on se sert en France pour pratiquer la trépanation. A l'étranger, plus particulièrement en Angleterre, les chirurgiens ont l'habitude de se servir d'un trépan beaucoup moins compliqué et qui consiste tout simplement en une couronne que l'on fixe à un manche semblable à celui d'un tire-bouchon. Cet instrument porte le nom de *tréphine*.

Mentionnons enfin la scie de Hey, dont l'usage ne nous paraît pas aussi avantageux que celui du trépan ou de la tréphine.

Tel est maintenant le procédé opératoire :

Le malade est couché, la tête inclinée sur le côté opposé à celui sur lequel on doit pratiquer l'opération. Elle doit être fortement maintenue par un aide dans cette position. Cet aide doit prendre garde de ne

gêner en rien la respiration du patient. La tête ayant été préalablement rasée dans une certaine étendue, on pratique une incision qui comprend tous les téguments jusqu'au périoste. Cette incision peut être cruciale, en T, ou en demi-lune, selon le conseil de Velpeau. Les lambeaux étant relevés, le chirurgien, au moyen de la rugine, décolle le périoste. Ajoutons que souvent de simples pinces ou un bistouri suffisent pour

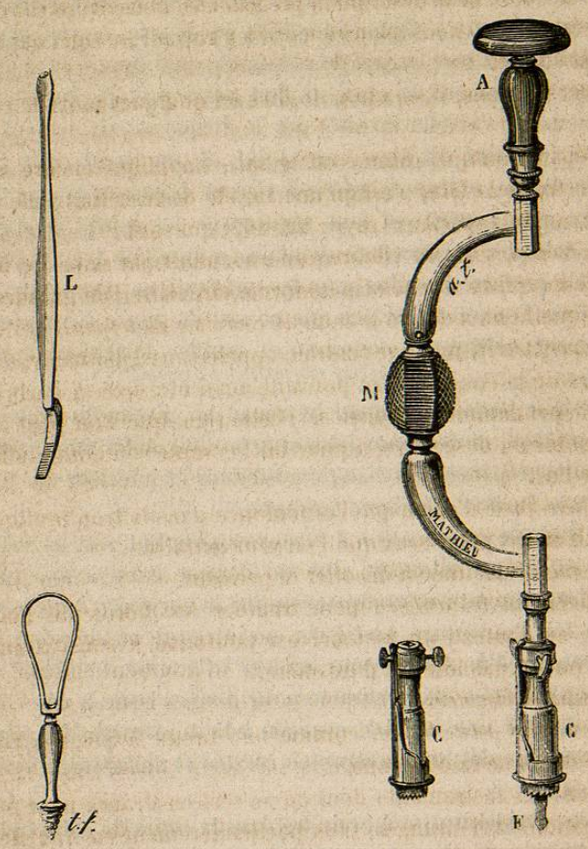

Fig. 103.

Instruments de trépanation.

A, Appui. — *a. t.* Arbre du trépan. — M. Manche. — E. Pyramide. — *t. f.* Tire-fond. — L. Levier. — *C. C.* Couronnes.

cela. Une fois que le périoste est ainsi séparé de l'os, le trépan est appliqué; le perforatif doit dépasser la couronne de 2 ou 3 millimètres; le trépan étant appliqué bien perpendiculairement à la surface osseuse, le chirurgien tenant d'une main le pommeau de l'instrument, sur lequel pour avoir plus de force il peut aussi appuyer son front ou

son menton, fait manœuvrer cet instrument comme un vilebrequin ordinaire. Il doit bien faire attention que le mouvement de rotation imprimé à l'arbre doit être en sens inverse de celui de l'inclinaison des lames qui constituent la couronne, c'est-à-dire de droite à gauche. Lorsque le perforatif a pénétré l'os, on peut tourner assez rapidement jusqu'à ce que la couronne ait entamé l'os dans une certaine épaisseur; on retire alors le perforatif afin de ne pas blesser la dure-mère ou même le cerveau. Dès que le diploé est atteint par la scie, ce qui se reconnaît facilement d'une part au peu de résistance qu'il oppose et d'autre part à un léger suintement de sang, il faut alors prendre les plus grandes précautions, et s'arrêter aussitôt que le disque osseux devient mobile; la vis du tire-fond est alors introduite et, en tirant avec force, on extrait le disque osseux comme on tire un bouchon avec le tire-bouchon. Le plus souvent il faut régulariser les bords de l'ouverture osseuse, soit avec le couteau lenticulaire, soit même avec la rugine.

On doit prendre les plus grandes précautions pour éviter qu'il ne tombe dans l'ouverture si peu que ce soit de sciure d'os; pour cela il faut souvent nettoyer la couronne et souffler fortement à plusieurs reprises.

On ne doit jamais appliquer le trépan au niveau du sinus longitudinal supérieur, ni des sinus latéraux; on doit éviter aussi, autant que possible, de trépaner vers l'angle postérieur et inférieur des pariétaux où se trouve l'artère méningée moyenne.

Généralement l'application du trépan a pour but, soit de relever une portion du crâne enfoncée, soit de donner issue à une collection liquide déterminant une compression sur le cerveau ; dans le premier cas, une fois l'ouverture pratiquée, on introduit un élévateur dont on se sert comme d'un levier pour relever le fragment enfoncé, dans le cas où l'opération a été pratiquée pour donner issue à une collection liquide, on fait une incision cruciale à la dure-mère. Le pansement est des plus simples; une compresse cératée et un bandage légèrement compressif.

Quelques accidents sont à craindre dans le cours de cette opération, tels que l'hémorrhagie par exemple, mais cependant cet accident se produit assez rarement : la méningo-encéphalite, la nécrose de l'os, la hernie du cerveau, sont aussi des complications possibles de l'application du trépan. Nous n'avons pas à revenir ici sur ces différentes affections.

ARTICLE III.

AFFECTIONS TRAUMATIQUES DU RACHIS ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Les analogies qui existent entre les affections traumatiques de la moelle épinière et celles des organes encéphaliques nous engagent à les rapprocher. C'est là ce qui motive la place que nous leur donnons dans cet ouvrage.

Quant aux affections traumatiques de la colonne vertébrale, sans revenir ici sur les fractures et les luxations des vertèbres qui ont été traitées plus haut (voy. t. II, p. 253, et t. III, p. 60), nous dirons seulement quelques mots de l'entorse et de la diastase des vertèbres dont il n'a point été parlé dans cet ouvrage.

Entorse et diastase des vertèbres.

L'entorse est, comme on le sait, produite par une distension plus ou moins prononcée des ligaments et un écartement forcé des surfaces articulaires. Si cette distension et cet écartement persistent après le traumatisme, on dit alors qu'il y a *diastase* ou *diastasis;* cette affection localisée au cou y constitue une forme de torticolis, et aux lombes ce que l'on désigne vulgairement sous le nom de *tour de reins*.

Anatomiquement, cette affection est caractérisée, d'après les expériences de Bonnet, par la déchirure des muscles grand droit antérieur de la tête et long du cou; quand celui-ci est le siége de l'affection, par la rupture des ligaments antérieur et postérieur et des disques intervertébraux.

Les symptômes sont la douleur qui s'exagère par la pression et les mouvements, une attitude spéciale; très-rarement on observe de la paraplégie, et alors elle a pour cause une distension ou une commotion de la moelle. Bonnet prétend que, dans certains cas, l'entorse pourrait être une cause du mal de Pott ou de l'arthrite vertébrale. Par elle-même cette affection n'offre aucune gravité.

On devra chercher à immobiliser la tête si elle siége au cou; les malades devront être couchés sur le dos si ce sont les vertèbres lombaires qui sont atteintes, on joindra à cela des sangsues, quelques ventouses, etc.