particulier, se trouve creusé d'une dépression dans laquelle le kyste pénètre en partie. Cette dernière disposition était très nette chez deux de nos opérés, tandis que chez aucun de ceux que nous avons opérés en assez grand nombre l'adhérence par un pédicule fibreux n'a été constatée.

Paroi fibreuse, revêtement stratifié d'épithélium, contenu mélicérique épais, huileux ou cailleboté mélangé à de la sérosité, poils nombreux réunis en faisceaux, quelquefois plus rares et adhérents aux parois. Telle est la structure de ces kystes que, dans des cas assez rares, on a vus distendus par des concrétions calcaires ou osseuses. Cette particularité est du reste commune aux kystes sébacés vulgaires, dont le contenu peut exceptionnellement subir la transformation calcaire. Nous en avons recueilli un exemple intéressant sur un gros kyste du cou.

Quelques modifications sont à noter suivant les régions occupées. Du côté de l'orbite, comme le fait remarquer Lannelongue, on peut voir des prolongements intra-orbitaires et une usure prononcée de l'os, qui va jusqu'au contact avec la dure-mère au niveau de la voûte orbitaire, de l'exorbitis ou de la compression latérale du globe oculaire.

2° Symptômes et diagnostic. — Une tumeur située vers la queue du sourcil ou dans les régions très voisines, qui s'est développée lentement depuis la naissance ou n'a paru que plus tard en affectant toujours une marche lente, ne peut être qu'un kyste ectodermique congénital développé au niveau de la première fente branchiale.

La lenteur du développement et l'absence ordinaire de toute réaction sur les parties voisines qui se laissent refouler, mais non infiltrer, comme le prouve l'indépendance de la peau, des muscles orbiculaire ou temporal, même des os, éloigne l'idée d'une tumeur maligne dont l'évolution est bien différente.

On ne saurait davantage admettre qu'il s'agit d'une tumeur du cerveau ou des méninges dont les caractères d'expansion sont faciles à reconnaître et qui n'ont point ce siège ni cette forme.

Le lipome, le fibrome seront rarement confondus avec le kyste congénital ; l'un et l'autre sont irréguliers et moins libres.

Le kyste sébacé non congénital tient en un point de sa surface à la peau. Le kyste congénital, au contraire, s'il adhère à un tissu, n'adhère qu'à l'os, encore ne lui est-il relié que d'une manière tout à fait relative. Il est toujours arrondi, lisse, fluctuant, à moins que la distension extrême de ses parois par un contenu abondant ne lui donne la dureté d'une tumeur solide ; mais dans ces cas la régularité de la surface plaide contre cette dernière.

3° Complications. — L'inflammation, la fistule consécutive à l'inflammation, bien que rarement observées, sont cependant à noter. Signalons encore pour les kystes voisins de l'orbite ou de la paupière supérieure les compressions oculaires, avec des troubles de la vision.

4° Traitement. — La récidive et les cicatrices vicieuses guident ici la thérapeutique chirurgicale.

Ouvrir un de ces kystes et le faire suppurer ou bourgeonner, c'est s'exposer à le voir réapparaître bientôt ou à laisser sur une région exposée une détestable cicatrice.

L'incision, autant que possible dans l'épaisseur du sourcil, dans tous les cas nette et peu étendue, suivie de la dissection exacte et complète de la paroi kystique, est la seule manière d'aborder ce genre de tumeur. Il y a toujours une zone de clivage que la pointe des ciseaux mousses peut suivre jusque dans le godet ostéopériostique s'il existe. L'essentiel est de ne laisser aucune parcelle de cette paroi, qui provoquerait la récidive.

ARTICLE II

MALADIES ACCIDENTELLES

Les lésions accidentelles du crâne qui comprennent les tumeurs, les inflammations, les plaies de la voûte du crâne et de l'encéphale n'appartiennent pas au cadre restreint de cet ouvrage.

Si dans l'article II nous mentionnons les tumeurs érectiles à côté du céphalématome et des fractures dont la pathologie chez l'enfant présente certains traits spéciaux, c'est parce que leur évolution est loin d'être congénitale et se trouve souvent liée aux traumatismes.

§ 1. — Tumeurs érectiles

Les angiomes sont fréquents sur la région cranienne; quelquefois consécutifs à des traumatismes et souvent d'un développement tardif, ils mériteraient d'être décrits avec les maladies congénitales.

1° Symptômes et diagnostic. — Leur volume est variable mais peut acquérir de grandes dimensions.

Ils sont placés le plus souvent sur la ligne médiane dans le voisinage des fontanelles et de la suture sagittale.

Cette situation, les mouvements d'expansion dont ils peuvent, à la rigueur, être le siège, leur absence de coloration vasculaire bien nette quand ils sont profonds et n'ont pas envahi les couches superficielles de la peau, peuvent donner au diagnostic certaines hésitations.

On peut les confondre avec des tumeurs d'origine cérébrale (encéphalo-méningocèle) ou avec des kystes congénitaux. Mais toute tumeur venue de l'encéphale est exceptionnelle dans la région occupée par les angiomes, et si les angiomes sont réductibles, ils ne présentent pas en général de battements, et leur dépression ne permet pas de constater sur les os de perte de substance, d'orifice de communication. Les kystes congénitaux n'ont aucun des caractères classiques de l'angiome ; ils sont ordinairement fluctuants.

2° Traitement. — L'extirpation est difficile quand la tumeur présente un certain volume, à cause de la difficulté qu'on éprouverait à rapprocher les bords de la plaie.

L'électrolyse et l'ignipuncture retrouvent ici leurs indications. Il faut avoir soin de diriger un peu obliquement les aiguilles ou le bec du thermocautère pour ne pas pénétrer dans la cavité cranienne.

§ 2. — Céphalématome

Le *céphalématome* est un épanchement de sang qui se fait entre le périoste et les os plats du crâne. Son apparition rapide à la naissance et les causes anatomiques qui président à sa formation en font une maladie comparable aux affections congénitales. Mais la congénitalité ne tient pas ici à une altération du développement et nous rangerons le céphalématome parmi les maladies accidentelles, d'autant qu'il peut succéder à des traumatismes.

1° Etiologie. — Un *traumatisme*, même léger, peut produire le céphalématome. Le plus souvent, c'est le *traumatisme obstétrical* (accouchement, forceps). Dans une observation de Oui, la femme avait accouché debout, le cordon s'était rompu et l'enfant était tombé sur le sol.

Le céphalématome est surtout une maladie du nouveau-né ; plusieurs mois après la naissance, il devient exceptionnel. Tarnier l'a observé chez un enfant de treize mois et Kirmisson chez une fillette de neuf mois. Il existerait, d'après eux, une fois sur 290 naissances. Les garçons paraissent plus souvent atteints que les filles.

2° Pathogénie et anatomie pathologique. — Féré a surtout élucidé la pathogénie de cette affection ; il a montré qu'il existait sur les os plats du crâne, à la naissance, des *fissures* normales siégeant entre les fibrilles osseuses. Que ces fissures soient élargies par un trauma, les vaisseaux mis à nu, n'étant plus protégés, se rompent et le sang se répand sous le périoste. La table interne de l'os, s'ossifiant plus rapidement, est plus résistante, aussi l'épanchement a-t-il plus de tendance à se faire sous le périoste. Ces fissures sont surtout accusées à l'angle postéro-supérieur du pariétal.

C'est la théorie de Valleix basée sur l'ossification différente