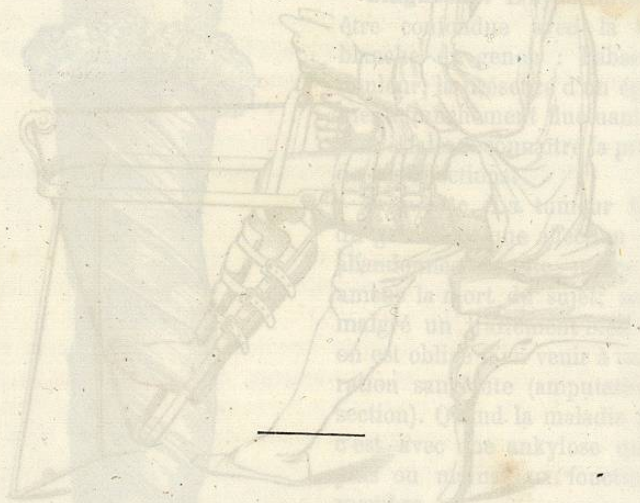


gaines musculaires et remonter du côté de la jambe; les malléoles sont atteintes de carie ou de nécrose. Le pied est dans l'extension, parfois il se fait une semi-luxation en avant; dans certains cas en dedans ou en dehors.

Le pronostic est grave. La mort peut survenir par suite de l'état cachectique du sujet; s'il y a guérison, elle se fait par ankylose, souvent avec position vicieuse du pied; la marche est alors difficile.

Traitement. Le pied sera placé dans la flexion à angle droit sur la jambe et maintenu par une gouttière ou un appareil inamovible. Si ce traitement échoue, il faut pratiquer l'amputation au tiers inférieur de la jambe, de préférence à la résection des surfaces articulaires.



TROISIÈME PARTIE

MALADIES DES RÉGIONS

SECTION I

MALADIES DU CRANE.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DU CRANE.

ARTICLE I.

Hydrocéphalie.

C'est une affection caractérisée par une accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité du crâne, accumulation qui se fait avec lenteur et produit l'accroissement de volume du crâne en même temps que des troubles des fonctions du système nerveux. On l'appelle aussi *hydrocéphale*, *hydrencéphale*.

Anatomie pathologique. Le liquide accumulé dans le crâne occupe généralement les ventricules de l'encéphale; il y a distension et agrandissement de ces cavités et des parties du cerveau qui les font communiquer, notamment des trous de Monro et de l'aqueduc de Sylvius; quelquefois le liquide occupe simultanément le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la moelle épinière; lorsque ce cordon nerveux est pourvu d'un canal central, ce dernier peut être aussi rempli de liquide. Dans d'autres cas, le liquide intracrânien distend le sac de l'arachnoïde recouvert par la dure-mère, les os du crâne amincis et séparés par des intervalles membraneux, la peau; la distension des tissus les amincit parfois à un degré qui permet de reconnaître la transparence de la tumeur. On a aussi signalé la présence du liquide entre l'arachnoïde pariétale et la dure-mère, entre la pie-mère et le cerveau.

La quantité de liquide contenue dans le crâne varie de 30 à 1000

grammes. Ce liquide ressemble à de la sérosité; il est jaunâtre, se coagule par l'action de la chaleur ou de l'acide nitrique et renferme de l'eau, de l'albumine, des sels de soude et de potasse, de l'urée. Quelquefois il est mélangé de flocons fibrineux, ou bien encore épais et mucilagineux; on l'a aussi trouvé sanguinolent.

L'encéphale offre des altérations: la substance cérébrale est amincie, atrophiée; il n'est pas toujours facile de distinguer la substance blanche de la grise. La distension des ventricules du cerveau par la sérosité qui y est accumulée a pour conséquence de déchirer le *septum lucidum* et le corps calleux, de convertir la couche optique et le corps strié en une pulpe informe, d'affaiblir les tubercules quadrijumeaux, de décolorer les plexus choroïdes, d'amincir la profondeur des anfractuosités cérébrales. Chez quelques sujets, certaines portions de l'encéphale manquent, ce qui est dû probablement à un vice de conformation originaire plutôt qu'à la distension de la substance cérébrale par le liquide intra-ventriculaire. Le cervelet présente les mêmes altérations que les hémisphères cérébraux.

Les enveloppes de l'encéphale sont aussi altérées: la dure-mère est distendue et amincie; on a signalé l'absence de quelques-uns de ses replis, tels que la grande faux. L'arachnoïde est saine, ou bien terne, grisâtre, épaissie, présentant parfois des granulations tuberculeuses. La pie-mère est amincie, décolorée.

L'accumulation de liquide dans la cavité crânienne a pour conséquence d'augmenter les proportions de la boîte osseuse. C'est surtout du côté de

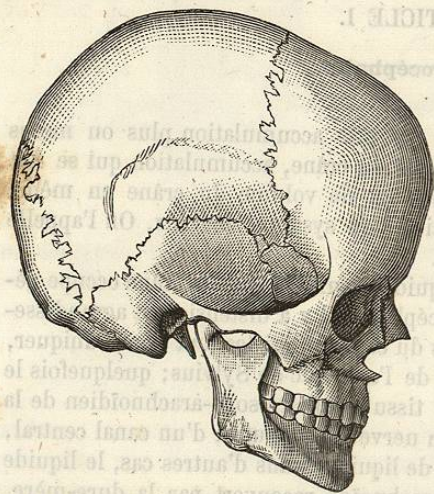


Fig. 144. Crâne d'un sujet hydrocéphale mort à l'âge de vingt-sept ans. La grande circonférence est de 65 centimètres (Musée Dupuytren).

la voûte que l'agrandissement s'effectue (fig. 144). Chez quelques sujets, la grande circonférence du crâne atteint 80 centimètres, tandis qu'à l'état normal elle est d'environ 50 centimètres. Les bosses frontales et pariétales sont saillantes, la voûte orbitaire déprimée. Quelquefois le crâne est déformé, parce qu'une des portions de cette cavité a subi une distension plus considérable. Ainsi, lorsque l'hydrocéphalie occupe plus particulièrement la corne frontale des ventricules, la tête présente extérieurement l'aspect d'un bonnet écossais; si la dilatation porte sur la partie moyenne des ventricules, la tête est formée de quatre bosses disposées en croix; si l'affection n'occupe qu'une des cornes postérieures d'un ventricule, la tête présente une saillie correspondante. De l'augmentation de volume du crâne résulte une apparence de petitesse du squelette facial. Si on examine les os du crâne en

particulier, on les trouve à la fois plus larges et plus minces que chez des sujets du même âge; toutefois, à l'époque où l'ossification est achevée, ils sont parfois plus épais que dans l'état normal. Avant cette période, les os amincis sont séparés les uns des autres par des intervalles plus ou moins larges comblés par une membrane fibreuse; les fontanelles ont une grande étendue. Le plus souvent les sujets arrivent à l'âge de dix et même de quinze ans, sans que l'ossification du crâne se complète; il se développe dans l'intérieur des fontanelles des points osseux complémentaires qui sont autant d'os wormiens.

On a signalé des cas de diminution de la capacité du crâne chez les hydrocéphales; cela n'a lieu que lorsque le cerveau manque en grande partie.

Causes. L'hydrocéphalie est congénitale ou postérieure à la naissance. On a expliqué la première variété par l'inflammation chronique de l'arachnoïde et de la membrane des ventricules; par l'absence d'une partie de l'encéphale. Après la naissance, on a invoqué l'action du froid, des lésions organiques diverses, notamment des tubercules de l'arachnoïde et de la pie-mère, comprimant les sinus de la dure-mère, d'où un obstacle à la circulation veineuse et un épanchement de sérosité par un mécanisme semblable à celui de l'ascite dans les cas de compression de la veine-porte.

Symptômes. Lorsque l'hydrocéphalie se développe après la naissance et que les enfants peuvent rendre compte de leurs sensations, il en est qui accusent de la céphalalgie parfois vive. Dans tous les cas, il se manifeste au bout d'un certain temps des troubles de toutes les fonctions qui sont sous la dépendance immédiate du cerveau: les yeux sont strabiques, affectés parfois de nystagmus; la vision est affaiblie et plus tard perdue; il en est de même de l'odorat et de l'ouïe; le goût ne paraît pas altéré, mais la bouche, habituellement béante, laisse écouler la salive. La parole est embarrassée et plus tard perdue. L'intelligence s'affaiblit, et le sujet tombe dans l'idiotisme. La marche devient vacillante et plus tard impossible; la tête est soutenue tant qu'elle n'a pas pris de trop grandes dimensions; plus tard son poids l'entraîne sur la poitrine. Il y a, dans la première période, de la constipation et plus tard incontinence de matières fécales. La nutrition se fait bien jusqu'à la dernière période, où il survient de l'émaciation. Alors aussi la respiration est troublée par l'affaiblissement des muscles qui mettent en jeu les pièces de la poitrine; les sujets ont de l'oppression, des étouffements. Il survient également des troubles graves du système nerveux: des vertiges, quelquefois des convulsions, une diminution ou l'abolition de la sensibilité.

En même temps qu'on constate les symptômes dont nous venons de parler, le crâne subit une ampliation de volume. La tête mesurée dans sa grande circonférence est de 8 à 40 centimètres plus volumineuse que chez un enfant sain du même âge. La petite circonférence du crâne augmente proportionnellement. Les bosses frontales et pariétales sont plus proéminentes, les yeux plus saillants, les fontanelles plus larges et plus molles; quelquefois on perçoit la fluctuation de la tumeur en posant les doigts sur

deux fontanelles; on découvre aussi, dans certains cas, la transparence de la tumeur. Fischer a signalé l'existence d'un bruit de souffle perçu par l'auscultation sur la fontanelle antérieure.

Marche. Terminaisons. L'hydrocéphalie suit en général une marche continue et progressivement croissante. On observe dans quelques cas un état stationnaire du mal après que celui-ci a fait des progrès rapides; le sujet ainsi affecté reste dans un état de faiblesse et d'idiotisme. Bien que les hydrocéphales succombent presque tous de bonne heure, soit à une méningite, soit à une affection interne d'une autre nature, il en est cependant un certain nombre qui vivent jusqu'à vingt, trente et même soixante ans (Breschet).

Diagnostic. Il est facile et fondé sur l'examen des troubles fonctionnels coïncidant avec l'accroissement des dimensions du crâne. On ne confondra pas l'hydrocéphalie avec le rachitisme du crâne, où l'occiput est surtout atteint, et qui est caractérisé par la persistance des fontanelles et quelques troubles cérébraux; parce que, dans le rachitisme du crâne, la tête prend un accroissement de volume moindre et que les troubles cérébraux sont provoqués spécialement par le décubitus dorsal et la pression sur l'occiput. L'hypertrophie du cerveau ne détermine pas en général de troubles de l'intelligence et de la locomotion. L'encéphalocèle se distingue par des caractères qui seront exposés plus loin (p. 636). Le céphalématome est une tumeur circonscrite du crâne et ne détermine pas de troubles fonctionnels graves.

Pronostic. Il est grave, l'art ne possédant que des moyens insuffisants pour enrayer l'affection.

Traitement. Il comporte des moyens médicaux et des moyens chirurgicaux :

(a) MOYENS MÉDICAUX. On a préconisé les diurétiques, les purgatifs, les sudorifiques, les sialagogues. Gœlis (de Vienne) a retiré de bons effets du traitement complexe suivant : des onctions sur la tête, préalablement rasée, avec un mélange d'onguent de genièvre et d'onguent mercuriel; l'usage habituel d'un bonnet de laine; deux bains alcalins par semaine, l'administration à l'intérieur de 4 centigramme de calomel matin et soir; séjour au grand air lorsque la saison est douce, dans une chambre à 18 degrés pendant l'hiver; pour toute alimentation, du lait de la nourrice si l'enfant n'est pas sevré; s'il a cessé de prendre le sein, de la viande et des œufs principalement. Salgues (de Dijon) a obtenu des guérisons avec les vésicatoires volants promenés sur la tête; Hoskins par l'iodure de potassium administré à l'intérieur.

(b) MOYENS CHIRURGICAUX. La compression méthodique du crâne a été essayée. On l'exécute avec des bandes ordinaires, avec un serre-tête, ou mieux encore avec des bandelettes de sparadrap de diachylon imbriquées.

La ponction du sac a été suivie souvent de méningite. On l'exécute de préférence au niveau d'une des sutures fronto-pariétales, afin d'éviter la blessure d'un des sinus de la dure-mère. Un trocart explorateur est préférable, afin d'obtenir un écoulement lent du liquide; une ponction oblique

plutôt qu'une ponction directe, afin d'éviter l'entrée de l'air. Pour prévenir les accidents qui sont parfois la conséquence de la déplétion du crâne, pâleur et affaiblissement de l'enfant, il convient de ne pas évacuer toute la sérosité en une seule fois. — Lorsque les sutures sont soudées, on a proposé de faire la trépanation du crâne. — On a aussi combiné la ponction, ou les ponctions répétées, avec la compression exécutée comme cela a été dit précédemment. Cette méthode a donné à Conquest des résultats favorables sur lesquels on a élevé des doutes. Pareille appréciation s'applique aux résultats signalés par West, qui aurait réussi par la ponction seule. On a tenté l'emploi des injections de teinture d'iode dans le sac séreux; Brainard (de Chicago, en Illinois) a pratiqué, dans l'espace de sept mois, vingt et une injections de ce genre, pour une hydrocéphalie considérable, à un enfant qui est mort dans des convulsions.

ARTICLE II.

Encéphalocèle.

L'encéphalocèle est une tumeur formée par le passage d'une portion du cerveau ou du cervelet à travers une ouverture des parois du crâne.

Causes. L'encéphalocèle est parfois la conséquence d'une lésion traumatique (voy. Blessures du crâne); le plus communément il est le résultat d'un vice de conformation originel. Il ne sera question ici que de cette dernière espèce.

Pour rendre compte de la présence d'une portion de l'encéphale en dehors de la boîte crânienne, les uns ont invoqué l'arrêt de développement des os, d'où la production d'un orifice anormal par lequel s'engage le cerveau; d'autres ont admis que cet orifice anormal est la conséquence d'une maladie des os du crâne ou de la substance molle qui en précède la formation. Nous n'avons pas à revenir à ce qui a été dit (p. 1 et 2) sur l'influence attribuée à l'imagination de la mère et aux violences extérieures. On a aussi expliqué la production de l'encéphalocèle par les efforts de pression exercés sur la tête de l'enfant pendant le travail de l'accouchement; mais il est bien démontré que ceux qui ont émis cette opinion ont confondu l'encéphalocèle avec le céphalématome.

Anatomie pathologique. L'issue de l'encéphale a lieu le plus souvent dans la région occipitale; sur soixante-quinze cas d'encéphalocèle, J. Laurence en a trouvé cinquante-trois pour cette région. La hernie se fait tantôt par une ouverture anormale de l'occipital, tantôt par une ouverture que présente la suture lambdoïde, rarement par le trou occipital lui-même. L'encéphalocèle se montre aussi à la région frontale, soit au niveau de la ligne médiane, soit au niveau de la fontanelle antérieure. On l'a rencontré au niveau du grand angle de l'orbite, entre le frontal et l'unguis; au niveau de la portion écaillée du temporal; à la racine du nez; dans les fosses nasales. Dans tous les cas, la hernie se fait le plus souvent à côté des sutures, par une trouée des os du crâne (Giraldès).

La tumeur est formée par un contenu et des parties enveloppantes :

Les enveloppes sont quelquefois constituées par la dure-mère seule, les autres parties molles du crâne manquant dans ce point; dans d'autres cas, on rencontre de dehors en dedans : la peau garnie de cheveux à la base de la tumeur, sans cheveux sur la partie la plus saillante; le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose épicroânienne; le péricrâne; la dure-mère doublée du feuillet pariétal de l'arachnoïde. Il n'est par rare de trouver dans l'épaisseur de ces enveloppes des kystes séreux uni ou multiloculaires. Dans quelques cas, la dure-mère est éraillée dans une partie de son étendue; alors la tumeur ne présente d'autres enveloppes, dans cette portion, que la peau, l'aponévrose épicroânienne et le péricrâne.

Le contenu est variable : tantôt la tumeur est formée exclusivement de sérosité (*méningocèle*); tantôt il existe à la fois une certaine quantité de liquide et une portion de l'encéphale (*hydro-encéphalocèle*). Les parties de la masse encéphalique qu'on y trouve sont une portion plus ou moins volumineuse du cerveau ou du cervelet, quelquefois le cervelet entier; on y a rencontré un ventricule latéral distendu par du liquide. Au niveau du point de réunion de la portion herniée et de la portion restant dans le crâne existe un pédicule.

L'ouverture du crâne qui donne issue à la hernie encéphalique présente des contours osseux ou fibreux; elle est tantôt très-large, tantôt trop étroite pour permettre la rentrée dans la cavité crânienne de la portion herniée du cerveau.

Symptômes. L'encéphalocèle se présente sous la forme d'une tumeur, de forme arrondie et lisse, ou bien inégale et bosselée, sans changement de couleur de la peau qui la recouvre, se continuant avec le reste du crâne par une portion rétrécie, d'un volume variable depuis une noisette jusqu'à une tête de fœtus. Giraldès a observé un enfant qui paraissait avoir deux têtes, et se couchait sur la tumeur, qui lui servait pour ainsi dire d'oreiller. La tumeur est molle; par la compression elle s'affaisse et disparaît en partie, ce qui résulte de la rentrée du liquide dans le crâne; elle est souvent transparente; la fluctuation n'y est pas toujours manifeste. On y rencontre parfois des pulsations isochrones à celles du pouls; quelquefois aussi elle augmente de volume quand l'enfant crie ou se livre à des efforts. Il n'existe que peu ou point de troubles fonctionnels lorsqu'on ne touche pas la tumeur; si on comprime celle-ci, il se produit des vomissements, de la somnolence, quelquefois des mouvements convulsifs.

Marche. Terminaisons. L'encéphalocèle reste stationnaire, ou fait des progrès lents, de façon à acquérir dans l'espace de deux à trois ans un volume double de celui qu'il présentait au moment de la naissance. En général les sujets succombent pendant la première ou la seconde enfance, avec tous les phénomènes d'une méningite ou d'une encéphalite occasionnée soit par l'action du froid, soit par des contusions ou des froissements de la tumeur, soit par l'ouverture spontanée de la poche trop distendue. On cite des sujets ayant vécu jusqu'à dix-sept ans (Bennett), vingt-cinq ans (Lallement), trente-trois ans (Guyenot). Ceux qui arrivent à un âge où ils

peuvent rendre compte de leurs sensations accusent de la céphalalgie, de la pesanteur de tête, et ont des facultés intellectuelles incomplètement développées.

Complications. On a noté le spina-bifida, le pied bot, le bec-de-lièvre.

Diagnostic. On a confondu plusieurs fois l'encéphalocèle avec d'autres tumeurs du crâne. Lallement, Thiébault, Held ont pris un encéphalocèle pour un *kyste sébacé*; un chirurgien des hôpitaux de Paris a pris un encéphalocèle pour un *kyste séreux*. Pour se mettre à l'abri de pareilles méprises, on recherchera si la tumeur présente des battements isochrones à ceux du cœur, si elle est réductible par la compression, si elle offre de la transparence, si elle existait au moment de la naissance. Toutefois il faut convenir que le diagnostic différentiel offre parfois de sérieuses difficultés.

Signalons encore un autre genre de confusion, celle de l'encéphalocèle avec le céphalématome. Le tableau suivant est propre à faire ressortir les caractères différentiels de ces deux genres de tumeurs :

ENCÉPHALOCÈLE.	CÉPHALÉMATOME.
Battements de la tumeur fréquents.	Battements de la tumeur moins fréquents.
Transparence.	Absence de transparence.
Tumeur souvent réductible en partie.	Pas de réductibilité de la tumeur.
Siège sur d'autres points du crâne qu'au niveau de la bosse pariétale.	Siège habituel au niveau de la bosse pariétale.
Etat stationnaire ou augmentation de la tumeur.	Diminution ou disparition spontanée de la tumeur.

On a encore pris l'encéphalocèle pour une tumeur érectile : chez un enfant observé par P. Guersant, il y avait, au grand angle de l'orbite, une tumeur violacée, avec des pulsations, simulant une tumeur érectile; à l'autopsie du sujet, qui succomba à une encéphalite, on reconnut que la tumeur était un encéphalocèle.

Le diagnostic différentiel de l'encéphalocèle et des fungus de la dure-mère sera exposé plus loin (voy. *Fongus de la dure-mère*).

Pronostic. Il est toujours grave, les sujets affectés d'encéphalocèle succombant généralement à la méningite par le mécanisme indiqué précédemment. D'après cela, on comprend qu'un encéphalocèle volumineux est plus grave qu'un encéphalocèle de petite dimension; un encéphalocèle qui n'a pour enveloppe que la dure-mère, plus qu'une tumeur recouverte par toutes les couches du crâne, parce que les violences extérieures ont plus de prise sur les uns que sur les autres.

Traitement. On a tenté la *compression* dans le but de ramener dans la cavité crânienne la portion herniée. Les résultats obtenus par ce moyen sont insuffisants, parce que, dans le plus grand nombre des cas, la substance encéphalique qui entre dans la formation de la tumeur a acquis un trop grand volume pour franchir l'ouverture du crâne. La compression est un traitement palliatif; elle a l'avantage de s'opposer à l'accroissement de la tumeur et de la protéger contre les violences extérieures. On l'exécute soit avec des compresses soutenues par une bande ordinaire, soit avec une

plaque de plomb doublée de linge, soit avec une pelote concave en carton ou en cuir bouilli, soit enfin avec un bandage herniaire. La *ligature* de la tumeur au niveau du pédicule a été faite par quelques chirurgiens; elle a toujours été suivie de mort. L'*excision* de la tumeur amène aussi une terminaison fatale. L'*incision* de la poche n'a d'autre résultat que d'évacuer le liquide; sur sept malades, quatre ont succombé. La *ponction* est préférable pour diminuer la distension de la poche; combinée avec la compression de la tumeur, elle peut retarder la terminaison fatale.

CHAPITRE II.

BLESSURES DU CRANE.

Ces blessures sont bornées aux parties molles qui entourent la boîte osseuse, ou bien elles s'étendent au squelette du crâne; parfois elles atteignent les organes encéphaliques.

ARTICLE I.

Blessures des parties molles.

Elles sont occasionnées par des instruments piquants, tranchants ou contondants.

PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS. Ces agents pénètrent à une profondeur variable; ils entament le cuir chevelu seul, ou la couche musculaire subjacente; parfois le périoste. Ils donnent lieu à des plaies de peu de longueur, parce que la forme convexe du crâne s'oppose à ce que l'instrument parcoure un trajet étendu. Ces plaies sont simples ou compliquées; dans le premier cas, elles guérissent promptement, et ne réclament d'autre indication qu'un pansement simple, après avoir, au préalable, rasé les cheveux qui les recouvrent.

PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS. Ces plaies ont rarement plus de quatre à cinq centimètres de long; la profondeur en est variable; tantôt la solution de continuité est perpendiculaire, tantôt elle est oblique par rapport au plan des couches organiques divisées. Lorsque l'instrument agit très-obliquement, la plaie peut être à *lambeau*; dans certaines circonstances, une portion de parties molles est complètement enlevée; il y a perte de substance.

Ces plaies guérissent rapidement, surtout quand elles sont perpendiculaires. La première indication à remplir est de raser les cheveux dans une certaine étendue autour de la solution de continuité, et de les couper à ras avec des ciseaux sur les bords eux-mêmes, afin que ces productions

pileuses n'irritent pas les lèvres de la plaie, ce qui est un obstacle à la cicatrisation. Pour favoriser la réunion, on affronte les bords sanglants avec des bandelettes agglutinatives de sparadrap de diachylon gommé. On réserve la suture sanglante pour les cas où la disposition de la plaie s'oppose à un affrontement par des bandelettes. Lorsqu'il y a perte de substance, on panse à plat.

BLESSURES PAR INSTRUMENTS CONTONDANTS. Ces blessures sont les conséquences de chutes sur la tête, d'un lieu plus ou moins élevé; de violences exercées sur le crâne avec des instruments contondants lancés de plus ou moins loin, un bâton, une pierre, un marteau, etc; elles résultent encore de l'action de projectiles d'armes à feu.

Les conséquences de ces violences extérieures de divers genres sont variables: les projectiles de petite dimension mus par la poudre à canon se creusent dans l'épaisseur des parties molles du crâne un trajet plus ou moins long; ils restent rarement logés dans les tissus, en raison de la forme convexe du crâne; l'ouverture de sortie est généralement à une petite distance de l'ouverture d'entrée. Quelquefois la balle produit une plaie en gouttière, ou bien encore, effleurant les tissus, elle donne lieu à une escarre.

Les corps contondants ordinaires produisent des lésions complexes; quelquefois c'est une contusion simple avec une infiltration ou un épanchement de sang dans les couches organiques; de là, des *bosses sanguines* qui exigent un examen spécial; dans d'autres cas, ce sont des *plaies contuses* avec ou sans *lambeau*.

LES PLAIES CONTUSES comprennent le cuir chevelu seul ou en même temps les parties molles subjacentes. Elles ont souvent des bords nettement découpés, ce qui les fait ressembler aux plaies par instruments tranchants. Ces plaies sont souvent accompagnées d'un décollement des tissus dans une plus ou moins grande étendue, d'où la production de *lambeaux* (voy. plus loin). D'autres fois, une portion de la peau est fortement meurtrie et éliminée ultérieurement sous forme d'escarre. Les tentatives de réunion immédiate doivent être faites avec circonspection, et seulement sur les parties des lèvres de la plaie exemptes de forte contusion. Le reste de la solution de continuité sera pansé à plat.

Plaies à lambeaux. La fréquence de ces sortes de blessures au crâne s'explique par la disposition anatomique de la région: lorsqu'un corps contondant frappe un point de la boîte osseuse, il n'épuise pas son action sur les parties divisées; en raison de la convexité de la région atteinte, il tend à glisser sur elle et repousse au-devant de lui les tissus subjacents; et comme ces tissus forment des couches jouissant d'une certaine laxité les unes par rapport aux autres, ils se *décollent* dans une étendue plus ou moins considérable et à une profondeur variable. Il en résulte que le lambeau n'a pas toujours la même épaisseur; quelquefois il ne comprend que le cuir chevelu; d'autres fois le cuir chevelu et la couche fibro-musculaire subjacente; ou bien encore le périoste, auquel cas le crâne est *dénudé*. Le lambeau présente une étendue parfois considérable, un quart, un tiers, la