toutefois, que ces interventions n'aient aucune gravité immédiate? Il n'en est rien, et quand nous nous occuperons des tumeurs, nous verrons que le choc, que l'œdème aigu du cerveau (Bergmann), que des accidents de cause obscure font périr encore trop de nos opérés. Nous sommes devenus à peu près maîtres de l'hémorragie, de la méningo-encéphalite, mais nous devons reconnaître qu'au point de vue de la gravité immédiate, la chirurgie cérébrale n'a pas encore dit son dernier mot.

DEUXIÈME PARTIE

PARTIE SPÉCIALE

INTRODUCTION

LES LÉSIONS INTRA-CRANIENNES CHIRURGICALES

Si l'on étudie attentivement l'évolution clinique des lésions intra-craniennes — en mettant à part, bien entendu, celles où l'on est guidé par un signe physique extérieur, visible, tangible — on arrive vite à se convaincre que le diagnostic de l'existence, de la nature et même du siège de ces lésions, est la plupart du temps commandé par la notion étiologique. Quand un sujet a subi un trauma cranien, ce qui dominera toujours son histoire, c'est la connaissance de ce trauma; pour les accidents immédiats, cela va de soi, mais pour les accidents tardifs, il en est de même, que ces accidents soient moteurs ou psychiques, qu'ils soient dus à une cicatrice, à un kyste, à un hématome ancien, à un

abcès. On peut en dire autant pour les complications intra-craniennes consécutives aux otites moyennes suppurées : abcès, méningite, thrombose veineuse. Souvent nous resterons dans le doute sur le diagnostic exact de la lésion, de son siège, de sa nature : mais si nous n'oublions pas que notre malade suppure de la caisse ou de la mastoïde, nous pourrons instituer avec succès la thérapeutique appropriée. Quant aux tumeurs, c'est précisément lorsque fera défaut toute notion étiologique locale que nous y songerons; et bien souvent, lorsque nous n'aurons pas acquis quelque connaissance particulière par l'étude de l'état général du patient (syphilis, tuberculose), nous serons incapables de déterminer la nature du mal. C'est pourquoi, au point de vue diagnostique, nous devons entendre le mot tumeur au sens clinique et non histologique (néoplasme); et au point de vue thérapeutique, nous serons assez souvent conduits à entreprendre des opérations plutôt exploratrices.

C'est sur ces données générales de diagnostic que l'on doit s'appuyer pour passer en revue les diverses lésions cérébrales que l'on a traitées opératoirement.

J'étudierai donc :

1° *Les lésions traumatiques;*

2° *Les lésions consécutives aux otites moyennes suppurées;*

3° *Les tumeurs;*

4° *Les lésions cérébrales diverses;*

a) *Hémorragies* et *ramollissements;*

b) *Méningites aiguës* et *subaiguës;*

c) *Abcès cérébraux divers;*

d) *Paralysie générale;*

5° *L'hydrocéphalie;*

6° *La microcéphalie* et *l'idiotie*;

7° *Les troubles fonctionnels divers;*

a) *Épilepsie;*

b) *Psychoses;*

c) *Céphalalgie;*

8° *L'encéphalocèle.*

C'est dans chacun de ces chapitres que seront développées les considérations diagnostiques qu'ils comportent, sans craindre certaines répétitions que l'on ne pourrait éviter qu'en écrivant un chapitre de diagnostic général, forcément trop schématique pour n'être pas incomplet.