

JEANNEL, Trépanation pour épilepsie jacksonienne. Congrès franç. de chir. Paris, 1891. — GIRARD, Trépanation dans un cas d'épilepsie traumatique. Guérison. Congrès français de chirurgie, 1892. — GIANNI, Sopra du caso di epilessia Jacks. signita da trapazione del crano. Genova, 1895. — GREENLEES, Trephining for epilepsy; a clin. use. *Journal mens. sc.* Londres, 1894. — ELLINWOOD, A case of trephining in epil. *Pacif. med. Journal.* San-Francisco, 1895. — BUTLIN, Trephining for traumat. epilepsy. *Lancet.* London, 1894. — STEPHENS (L.), Trephining for traumatic epilepsy. Assoc. Charleston, 1894. — LEDENTU, Trépanation pour épilepsie traumatique. *Presse méd.* Paris, 1894. — KUMMEL, Zur operat. Behandlung der Epilepsie. *Deutsche med. Woch.*, 1892. — GERSRER, Trep. for epil. *Internat. klin.* Philadelphie, 1895. — THIRIAR, Épilepsie et trépanation. *Revue générale de clin. et de thérap.* Paris, 1895, t. VII, p. 323. — CHAPMAN, Trephining as a cura for traumat. epil. *Med. new's.* Philadelphie, 1894. — KENNEDY (J. S.), Trephining in epilepsy. *Amer. med. surg. Bull.* New-York, 1894. — KUMAR, Trépanation bei Epilepsie. *Wiener med. Bl.*, 1894. — WALKER, Trephining for epil. *Cincinnati Lancet clin.*, 1894. — ANDERSON, Un cas d'épilepsie jacksonienne avec aphasie : affaiblissement intellectuel et hémiplegie partielle traitée par la trépanation. *Journal de chir. et de thérap. inf.*, 1895. — WILLIS, Trephining for traumat. epil. recovery. *Calif. Pract.*, 1896. — TAUSIUS (J.), Sopra due casi di trapazione del cranio per epilessia; guarigione. *Riforma med.* Napoli, 1891.

Quelles sont maintenant les indications de la trépanation ?

Il faut d'abord rappeler, avec Feré (*loc. cit.*, p. 506), que lorsque l'épilepsie succède à une lésion superficielle du cuir chevelu (épilepsie par irritation réflexe), sans lésion osseuse, il ne faut pas de suite recourir à la trépanation, mais à la révulsion sous toutes ses formes (vésicatoires, pointes de feu répétées), « car il peut se faire, dit Feré, qu'une simple irritation superficielle appliquée sur le cuir chevelu réussisse à calmer les accidents ou même à les faire disparaître ».

L'excision de la cicatrice, point de départ de l'accès, donne aussi des résultats. Koepper a relaté des observations démonstratives à ce sujet : il a même suffi à quelques auteurs, à Wendt, à Schüle, d'insensibiliser d'une façon prolongée la région cicatricielle épileptogène au moyen d'injections morphiniques pour couper court à ces attaques convulsives symptomatiques.

La trépanation est indiquée :

1° Dans le cas où un traumatisme céphalique a déterminé d'emblée, en même temps que des manifestations épileptiques immédiates, des phénomènes de compression. Le trépan primitif, appliqué au point d'application du choc, révèle un enfoncement, une esquille, un épanchement sanguin.

2° Dans le cas d'épilepsie traumatique, précoce ou tardive, survenant après la guérison du traumatisme et caractérisée par une douleur fixe et symptômes en rapport avec la localisation cérébrale du traumatisme. Une dépression du crâne, une exostose, un épanchement sanguin, une production inflammatoire, des adhérences des méninges au crâne, des plaques de méningo-encéphalite, un abcès cérébral, sont la cause des accidents et doivent être recherchés par l'opérateur au niveau des zones psycho-motrices.

Restent les cas douteux, dans lesquels il y a coïncidence de l'épilepsie avec un traumatisme, sans qu'il soit possible de rattacher physiologiquement les troubles vertigineux, les spasmes à la lésion.

Pour Feré, l'intervention chirurgicale se trouve justifiée par le seul fait de cette coexistence, et il étaye son opinion sur un fait de trépanation, des plus remarquables, pratiqué dans son service par Reclus.

Puisqu'il n'existe plus de localisation apparente, de douleur fixe du côté opposé au traumatisme (signe précieux), il faut se laisser guider ici :

- a. Par les dépressions du crâne ;
- b. Par les cicatrices du cuir chevelu ;
- c. Par les commémoratifs relatifs à la région qui a subi le choc.

Étant donnée l'innocuité absolue de la trépanation antiseptiquement pratiquée (1), nous adhérons à l'opinion de Feré (2) en formulant des réserves sur le résultat thérapeutique.

L'ancienneté des accidents constitue une condition défavorable, mais n'est pas pourtant une contre-indication. Larrey a cité une épilepsie traumatique guérie, au bout de trente-trois ans, par l'extraction d'une esquille.

Reste une dernière question à envisager : la trépanation exécutée dans un des points indiqués, comment le chirurgien doit-il se comporter contre le foyer pathologique qui engendre l'épilepsie traumatique ?

La conduite à tenir dans les fractures esquilleuses du crâne, dans les épanchements sanguins, dans les abcès du cerveau, a déjà été examinée mais nous savons que des enclavements de la dure-mère dans l'os, au niveau de la fracture, des plaques de méningo-encéphalite, constituent souvent la lésion de l'épilepsie symptomatique.

On ne se contentera pas toujours de la simple ablation de la ou des rondelles osseuses épaissies, mais il est indiqué d'inciser la dure-mère pour inspecter les méninges sous-jacentes, et la surface encéphalique (Wiesmann).

Dans deux observations intéressantes d'épilepsie symptomatique que notre collègue Routier a bien voulu nous communiquer, la guérison fut obtenue par la libération de la dure-mère au pourtour du trou de la fracture. Dans l'un de ces faits, une balle de revolver avait pénétré le crâne de part en part, à gauche, du frontal à l'occipital ; il en résulta des troubles de la parole et des accès épileptiformes. Comme les crises étaient précédées par des douleurs qui partaient de la cicatrice postérieure occipitale, à gauche de la protubérance, Routier pensa que la dure-mère adhérait en ce point, et pratiqua la trépanation : il existait une adhérence de la dure-mère au niveau d'une exostose aplatie ; adhérence tellement intime que l'extraction de la rondelle fut suivie de l'ouverture du sinus latéral qui céda à un tamponnement de gaze iodoformée, que Routier laissa en place quarante-huit heures : les deux opérés de Routier sont absolument guéris.

La dilacération cérébrale consécutive au traumatisme aboutit à la production d'un tissu cicatriciel ; ces plaques de méningo-encéphalite donnent naissance elles-mêmes à l'épilepsie symptomatique.

Ces scléroses sont si peu apparentes quelquefois qu'elles échappent à l'œil nu ; cela n'empêcha par Horsley et Lloyd d'intervenir, d'enlever au bistouri un centre moteur incriminé et ils eurent le bonheur de voir guérir leurs opérés (3) :

(1) Echeverria a réuni 145 cas d'épilepsie traumatique ; sur ce nombre il note 95 guérisons et 18 améliorations par la trépanation. Walsham (*On trephining the skull in traumatic epilepsy. Saint-Barth. Report*, t. XIX, p. 127) a fait un relevé analytique de 82 observations de trépanation pour épilepsie traumatique. Sur les 82 trépanés de Walsham, 17 moururent (20,7), 65 guérirent de l'opération. Sur ces 65, 47 n'ont plus eu d'accès, 15 virent leurs attaques s'éloigner, 4 furent manifestement moins bien après l'opération. Les chiffres de Seydel, de Briggs sont plus favorables encore, puisque sur 50 opérations Briggs a obtenu 26 guérisons, 5 améliorations et 1 mort. (BRIGGS, *Trans. of the Amer. surg. Assoc.*, 1885, t. II, p. 101.) Horsley a de son côté trépané, avec succès, un grand nombre de malades, atteints d'épilepsie symptomatique. La statistique de Lucas-Championnière est aussi des plus satisfaisantes.

(2) Il est indispensable d'établir, cliniquement que les phénomènes observés ne sont pas dus à une cause étrangère au traumatisme (syphilis-tuberculose).

(3) L'examen histologique des fragments corticaux fut fait par le docteur Smith ; il existait au niveau des centres corticaux de la face et du bras, une dégénérescence très nette, des grandes cellules pyramidales multipolaires avec des foyers d'hémorragie, etc. (*Internat.*)

ils ont été suivis dans cette voie par Hocheneg (Soc. imp.-roy. de méd. de Vienne, 11 mars, 1892). Après ces excisions de la substance cérébrale, la régénération peut-elle se faire?

Oui, répond Snitzine (5^e Congrès des médecins russes, janvier 1889).

Non, répond Spyarny, en s'appuyant sur l'opinion de Bouthe et de Bergmann (*Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten hirschwald*, Berlin, 1889).

Horsley a constaté que l'excision d'un fragment de matière cérébrale, sur 1 centimètre de profondeur, est immédiatement comblé en vertu de l'élasticité de la substance cérébrale qui remplit le vide.

Cette excision n'entraîne pas non plus la perte du fonctionnement du centre, et la suppléance s'établit rapidement (Horsley).

Cette pratique opératoire n'est cependant pas encore adoptée par la majorité des chirurgiens, et Hendrie-Lloyd se demande si la cicatrice qui succède à ces excisions, ne peut pas reproduire les mêmes symptômes que ceux pour lesquels le chirurgien a déjà pratiqué une première extirpation.

Il faut n'accepter qu'avec réserves les résultats qui ont été fournis par la trépanation dans l'épilepsie traumatique : les statistiques d'Echeverria, d'Hayes Agnew, nous laisseraient croire à des guérisons *absolues*, alors que le plus souvent il n'y a qu'une amélioration à enregistrer.

IV

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET SPÉCIALE

A. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE

Il n'est pas rare d'observer, après les traumatismes de la tête, des *douleurs continues, avec exacerbation, ou intermittentes*; leur siège est *tantôt fixe, tantôt irradié* comme dans les névralgies; elles affectent généralement les branches du trijumeau.

L'acuité de ces douleurs est quelquefois telle que le malade perd l'appétit, le sommeil et réclame une intervention : c'était le cas de cet officier, dont Terrillon a raconté l'histoire à la Société de chirurgie (25 avril 1890), et qu'il a guéri par la trépanation, d'une *céphalalgie persistante*, consécutive à une contusion ancienne du crâne.

Lucas-Championnière (*Bull. de la Société de chirurgie*, 1888, p. 512) est intervenu, lui aussi, chez quatre anciens blessés de tête, pour remédier par le trépan à des *céphalalgies localisées*. Les résultats obtenus sont d'autant plus brillants que les accidents sont moins anciens. « Il est bien remarquable que dans ces cas, même si l'on ne constate aucune lésion, la trépanation peut amener la

journal of the med. science, nov. 1888). Von Bergmann, chez un malade de vingt ans, atteint deux ans après une fracture compliquée du crâne, de crampes épileptiques, commençant par une extension tétanique de la main droite et des doigts, s'étendant au bras, à la jambe, à tout le corps, ne craignit pas d'exciser, au niveau de la cicatrice cérébrale, un morceau de l'écorce d'un centimètre carré de longueur, correspondant au centre extenseur de la main. — La guérison opératoire se fit en trois semaines. Aussi Bergmann recommande-t-il l'ablation de ces champs corticaux moteurs eux-mêmes, enlevant ainsi, dit-il, le siège et la cause du mal.

disparition de tous les accidents. Ces interventions sont encore évidemment très empiriques. Il est difficile de déterminer exactement la cause de leur succès : il est probable qu'elles suppriment une irritation locale méningée ou qu'elles amènent une décompression du cerveau, un *desserrement* de cet organe à l'étroit. » (Championnière.)

L'origine de ces céphalées est le plus souvent une contusion, avec ou sans plaie du cuir chevelu, mais leur pathogénie n'est pas encore établie et reste incertaine dans bien des cas. Des *névromes du cuir chevelu, des névrites du tronc nerveux*, ont été invoqués sans preuves; l'*ostéite condensante* est plus probable, lorsque surtout on trouve au cours de l'intervention un *épaississement de l'os* (1) : les *nerfs de la dure-mère, sous-jacente à l'ostéite*, joueraient un *certain rôle* dans la production de ces crises douloureuses. Dans certains cas, une *lésion méningée ou encéphalique* cause les accidents.

Duplay signale aussi des fourmillements, des engourdissements dans un ou plusieurs membres, une analgésie plus ou moins étendue, à la suite des plaies de la tête.

Avant d'entreprendre une opération, il faudra épuiser toutes les ressources médicales dirigées contre les névralgies rebelles; s'assurer que le sujet en observation n'est pas un hystérique, dont la céphalée s'est développée à l'occasion d'un traumatisme (cas d'hystéro-traumatisme) (2). L'examen des fosses nasales, de l'œil, de l'oreille, de la bouche ne sera jamais négligé.

Si la pathogénie reste obscure, si l'affection résiste à tous les moyens médicaux employés avec persévérance et discernement, on est autorisé à recourir à une intervention.

Elle peut se borner tout d'abord à l'incision des téguments jusqu'à l'os, opération autant curative qu'exploratrice. L'incision simple ou combinée avec l'excision de la cicatrice du cuir chevelu a quelquefois fait cesser les crises.

La trépanation sera la dernière ressource à tenter et on n'hésitera pas à y recourir, car cette opération a amené des guérisons inespérées. Le siège de la douleur guidera l'opérateur.

Jaboulay, Matton (thèse de Lyon, 1895), ont proposé aussi d'intervenir par la trépanation dans l'hystéro-traumatisme et la neurasthénie traumatique, mais cette thérapeutique est basée sur des faits trop insuffisants, trop discutables, pour pouvoir être conseillée.

(1) V. Horsley a insisté, au Congrès de Berlin (1890), sur ces cas, ou après un trauma sur le crâne, sans qu'une lésion organique soit constatée, il persiste une céphalalgie, intolérable, empêchant tout travail, rebelle à tous les médicaments. « Je crois, dit-il, que la cause anatomique en est dans une altération de l'os. J'y insiste, parce que malgré d'assez nombreux faits publiés depuis une quinzaine d'années, je ne pense pas qu'on prête une attention suffisante aux cas de ce genre. Je ferai remarquer qu'ici, il n'y a souvent aucun des troubles sensitifs ou moteurs comme on en observe dans la neurasthénie traumatique ou l'hystéro-traumatisme; que d'autre part l'opération ne modifie pas seulement la douleur, mais aussi l'état mental du patient.

Horsley cite à l'appui de sa thèse, quatre observations des plus probantes que nous ne pouvons que signaler : dans le premier fait, il trouva comme lésion, le crâne érodé par un corpuscule de Pacchioni.

Nous pourrions citer aussi des observations de Gussenbauer (Soc. des méd. allem. de Prague, 1895), d'Hammond (*Med. News*, Philadelphie), de Routier, etc., de céphalalgie traumatique traitée avec succès par la trépanation.

(2) P. BERBEZ, *De l'hystéro-traumatisme*. Revue générale in *Gaz. des hôp.*, 6 avril 1887, et Thèse de Paris.

B. — TROUBLES DES ORGANES DES SENS

A. TROUBLES DE LA VISION DANS LES PLAIES DE LA TÊTE. — « Ils résultent de lésions soit du cerveau, soit de la portion intra-crânienne des nerfs optiques. Dans la pratique même, ces lésions, en l'absence de désordres cérébraux immédiatement mortels, surviennent par suite de l'action directe d'un projectile sur l'écorce des lobes occipitaux, exceptionnellement sur le chiasma et les parties voisines des bandelettes ou des nerfs optiques. Ces derniers organes seront plus souvent comprimés par un épanchement de sang à leur base, ou intéressés par une méningite basilaire, et c'est là le mécanisme habituel de production des troubles visuels qui nous occupent. Quant aux autres parties des voies optiques (racine des bandelettes optiques, corps genouillés externe, pulvinar, tubercules quadrijumeaux antérieurs, expansions cérébrales optiques), elles participent à des lésions cérébrales, dont les manifestations symptomatiques masquent souvent leur existence.

Ces désordres de l'appareil optique, dans sa portion intra-crânienne, retiennent sur l'œil, et s'y traduisent à la longue, d'ordinaire par la venue d'une atrophie papillaire, indice de la dégénération centrifuge du nerf, atteint dans son centre d'origine ou dans ses racines. Mais d'emblée, dès que les symptômes cérébraux provoqués par le traumatisme permettent l'examen subjectif de l'acuité visuelle du blessé, on constate soit une hémianopie, soit une amblyopie, parfois même une amaurose.

L'hémianopie homonyme résulte d'une lésion du lobe occipital ou de la bandelette optique du côté opposé à la lacune du champ visuel. Pratiquement il est possible, dans certains cas au moins, de préciser la partie atteinte, abstraction faite des données fournies par le siège même de la blessure. L'hémianopie due à la lésion de l'hémisphère n'est pas absolument typique; elle consiste plutôt en des scotomes symétriques où existe encore un certain degré de vision; de plus la pupille a conservé ses réactions. Dans l'hémianopie liée à l'altération d'une bandelette optique, le trouble visuel est typique et complet; de plus la lésion a coupé la voie du réflexe pupillaire, en supprimant la communication de l'œil avec le tubercule quadrijumeau antérieur; la mydriase persiste complète. En outre, l'atrophie de la pupille est alors plus rapide.

En raison aussi de la participation possible des nerfs basilaires à la lésion de la bandelette optique, on constate parfois des paralysies de ces nerfs du côté opposé à l'hémianopie, tandis que si le lobe occipital est atteint, il est possible d'observer de l'hémianesthésie, ou de l'hémiplégie du côté correspondant à la lacune du champ visuel. Comme exemple d'hémianopie homonyme typique d'origine cérébrale, nous connaissons un cas de Keen et Thompson, et le rapport allemand donne deux observations (Cohn-Berthold), où le désordre visuel fut attribué à une lésion du chiasma. Dans ces cas, il ne s'agissait pas d'hémianopie homonyme typique, et l'on comprend qu'alors il soit difficile de préciser le siège de la lésion intra-crânienne, qui chez l'un des blessés aurait été une fracture de la base, et chez l'autre un épanchement de sang.

En l'absence d'observations cliniques, nous nous bornerons à rappeler qu'en présence d'une hémianopie homonyme on devra admettre que le chiasma est altéré ou encore les nerfs optiques, et, dans ces cas, la suppression du champ visuel ne saurait même être typique.

Il est bien avéré aujourd'hui qu'une amaurose complète peut être la conséquence directe d'une lésion du cerveau lui-même, des bandelettes optiques ou du chiasma, sans que l'examen ophtalmoscopique fournisse aucune indication du désordre anatomique; les amauroses par lésion cérébrale ne sauraient jamais être bornées à un seul œil, c'est-à-dire que la vision du second œil n'est, dans ces cas, jamais tout à fait intacte. Une amaurose typique d'un seul œil est toujours le signe d'une lésion d'un nerf optique (Nuel).

Une lésion des deux lobes occipitaux par un coup de feu (Pflüger) provoquera une cécité subite avec pupilles assez larges, et réagissant lentement sous l'influence de la lumière, et ultérieurement sera suivie de névrite optique double.

Une lésion du chiasma d'emblée peut produire une cécité double avec pupilles larges, ne réagissant plus à la lumière, ou plus souvent encore, elle se traduit d'abord par une hémianopie qui, la lésion progressant, aboutit à la cécité complète d'un ou des deux yeux.

Enfin, on pourra constater la cécité complète d'un œil après la section du nerf optique par une balle, avant son entrée dans le canal optique. Tel était le cas chez le blessé de Smith, qui, moins d'un an après l'accident, succomba à une méningite de la base après avoir présenté une atrophie de la papille du côté blessé, et plus tard une névrite optique de l'autre œil » (Chauvel et Nimier, *loc. cit.*, p. 545).

B. TROUBLES DE L'OUÏE. — Les troubles de l'ouïe consécutifs aux lésions traumatiques du crâne consistent quelquefois seulement en phénomènes subjectifs, tels que bourdonnements, sifflements, etc. Ils offrent souvent une remarquable intensité et persistent fort longtemps. Dans quelques cas Duplay a constaté l'existence d'une congestion intense du côté de la muqueuse de la caisse, se traduisant par l'injection des vaisseaux de la membrane du tympan. Dans d'autres cas, l'oreille moyenne paraît absolument saine, et l'on doit rapporter les troubles subjectifs de l'ouïe à des lésions du labyrinthe ou du cerveau. Ces troubles s'accompagnent généralement de vertiges, d'étourdissements, de céphalalgie, qui peuvent, il est vrai, reconnaître pour unique cause une lésion labyrinthique, mais qui tient, plus probablement, à une congestion cérébrale concomitante.

Le plus ordinairement les troubles subjectifs de l'ouïe s'accompagnent d'une surdité plus ou moins complète. Celle-ci reconnaît des causes diverses. Elle peut tenir à une lésion de la caisse, dont le processus a été, jusqu'à présent, mal déterminé.

À la suite d'une rupture de la membrane du tympan, avec ou sans fracture de la base du crâne, il n'est pas rare de voir survenir une otite moyenne qui se termine par suppuration, et amène à sa suite la destruction totale de la membrane et l'élimination des osselets (voy. *Paralysie faciale tardive dans les fractures du crâne*).

Dans d'autres cas de surdité plus ou moins prononcée, et s'accompagnant de bourdonnements, l'oreille moyenne présente seulement de la congestion, et la cause des troubles fonctionnels doit être recherchée, dans une lésion du labyrinthe, et probablement dans des épanchements sanguins plus ou moins étendus, dans des déchirures des parties membraneuses résultant d'un violent ébranlement. Ce qui prouve que le siège de la lésion est bien dans le labyrinthe, c'est que, dans certains cas, la surdité n'est que partielle, c'est-à-dire n'existe que pour certains sons, tandis que la perception d'autres sons est conservée.

Duplay a eu l'occasion d'observer ce curieux phénomène. Enfin, quelquefois, la surdité est absolue, et dépend d'une lésion matérielle du nerf acoustique, à la suite d'une fracture du rocher (Duplay).

C. ODORAT. — Une chute violente sur la tête a pu déterminer la perte de l'odorat, surtout lorsqu'il en est résulté une fracture de l'ethmoïde, et une déchirure des filets du nerf olfactif.

V

TROUBLES DE CERTAINS APPAREILS — APPAREIL URINAIRE

La *polyurie*, la *polydipsie* et la *glycosurie* ont été signalées comme conséquences d'un traumatisme de la tête. Ces accidents, passés sous silence par les anciens auteurs, ne sont bien connus que depuis les expériences de Claude Bernard sur le centre nerveux glycogénique. Depuis cette époque, le diabète traumatique a été signalé par divers auteurs, et étudié d'une manière spéciale par P. Fischer, qui en a rassemblé une vingtaine d'observations. On en compterait aujourd'hui un bien plus grand nombre (1) :

Le principal caractère du diabète traumatique est de se montrer généralement peu de temps après l'accident, et de disparaître également assez vite, après une durée qui varie entre huit ou dix jours et deux ou trois mois. Ce n'est qu'exceptionnellement que la maladie persiste.

La glycosurie est plus fréquente que la polyurie simple, à laquelle elle peut succéder. La quantité de sucre est généralement peu considérable.

Comment expliquer le développement de ce diabète traumatique? Szokalski attribue cet accident à la commotion par contrecoup du plancher du 4^e ventricule; centre glycogénique, suivant les expériences de Cl. Bernard. Reynoso pense que le sucre se produit par le défaut d'oxygénation de sang et la destruction insuffisante de la matière sucrée, sous l'influence de la commotion cérébrale et du ralentissement de la respiration et de la circulation. Enfin, d'après Claude Bernard, la circulation abdominale serait augmentée par la lésion du bulbe près de l'origine du pneumogastrique, et l'excès du sucre versé dans le sang par le foie surexcité passerait dans l'urine.

Mais il faut bien avouer qu'aucune de ces théories n'est à l'abri de la critique. La coexistence du diabète simple ou sucré avec les lésions cérébrales ne permet d'adopter aucune des explications précédentes.

D'ailleurs, on ignore si l'existence de cet accident présente quelque valeur au point de vue du pronostic de la lésion cérébrale. Disparaissant généralement en même temps que cette dernière, il n'y a lieu de lui appliquer aucun traitement spécial.

(1) L'examen des urines ne doit jamais être négligé dans les traumatismes du crâne : la glycosurie se constate une fois chez trois blessés, et constitue un véritable symptôme d'une lésion du 4^e ventricule. C'est surtout dans les cas peu graves, dans la commotion cérébrale que nous avons relevé cette glycosurie.

CHAPITRE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES TÉGUMENTS
ET DES OS DU CRANE

§ I. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES

1^o LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES TÉGUMENTS DU CRANE

Les nombreuses lésions vitales dont les téguments du crâne peuvent être le siège, sont suffisamment connues par les descriptions antérieures, pour qu'il soit utile d'y revenir.

Le *FURONCLE*, l'*ANTHRAX*, ne présentent rien de spécial, en dehors de la gravité que leur imprime le voisinage de la zone *cervico-faciale*.

L'*ÉRYSIPELE DU CUIR CHEVELU* était autrefois un des accidents les plus fréquents des plaies du crâne; avec les habitudes chirurgicales nouvelles (toilette des plaies, méthodes de pansement), cette complication est exceptionnelle; elle n'offre d'ailleurs aucun intérêt particulier (1).

À l'époque, encore récente, où le *PHLEGMON DIFFUS* régnait en maître redouté, le *phlegmon diffus* du cuir chevelu méritait une étude à part : aussi Dupuytren, dans ses *Leçons orales*, Chassaignac dans son *Traité de la suppuration*, lui consacrent-ils une description complète. Plus près de nous, en 1869, Guibal écrivait sa thèse sur ce sujet.

Le *phlegmon diffus* du cuir chevelu a aujourd'hui disparu des salles de chirurgie, et s'il se montre encore dans des conditions bien rares, il est vite enrayé, grâce à nos puissants moyens de désinfection. Cette affection ne comportant plus ni la même allure clinique, ni la même gravité qu'autrefois, nous renvoyons à l'étude générale du *phlegmon diffus* (t. I de cet ouvrage).

Les *ABCÈS DU CUIR CHEVELU* ont été classés d'après leur siège en *abcès sous-cutanés*, *sous-aponévrotiques* et *sous-périostiques*.

Il nous semble préférable de considérer leur étiologie et de distinguer :

- 1^o Des *abcès lymphangitiques*;
- 2^o Des *abcès tuberculeux*;
- 3^o Des *abcès hématisés*;
- 4^o Des *abcès périostiques* (*ostéite simple, ostéomyélite*).

Les *abcès hématisés* se rattachent à l'histoire des hématomes du cuir chevelu (voy. *Contusion du cuir chevelu*).

Les *abcès périostiques* peuvent être la conséquence d'une ostéite du crâne, ou succéder à une ostéomyélite; ils sont liés à l'histoire de ces affections (voy. *Contusion du cuir chevelu avec lésion du squelette*, et *Ostéomyélite des os du crâne*).

Les *abcès tuberculeux* se présentent assez fréquemment, au cuir chevelu, chez

(1) VERNEUIL, *Microbisme latent*. Soc. de chir., 14 oct. 1885, et Thèse de Joubert, 1886.