

c'est ainsi que, dans la *pneumatocèle mastoïdienne*, le gonflement étant arrêté par la suture sagittale, le cheminement se fait par la partie postérieure, de sorte qu'il existe un sillon *médian*, assez profond, étendu de la protubérance occipitale externe au milieu de la hauteur du front. Développée ainsi, la tumeur semble divisée en deux parties inégales, et, d'après Voisin, elle présente la forme d'un turban incliné sur l'une ou l'autre oreille. Ses limites inférieures sont celles des insertions du péricrâne, c'est-à-dire la ligne courbe supérieure de l'occipital, les apophyses mastoïdes, les arcades zygomatiques et sourcilières.

Dans un fait unique dû à Jarjavay, le périoste de la voûte orbitaire a été décollé et la collection gazeuse, développée en ce point, a repoussé en bas le globe oculaire, en produisant un léger degré d'exophtalmie.

L'état général des sujets atteints de pneumatocèle ne subit aucune atteinte; cependant les malades observés par Voisin et Fleury étaient sujets à de violents maux de tête et à des étourdissements passagers.

Il n'y a pas d'altération de l'ouïe; la surdité, dans le cas de Chevance, était due à une rupture de la membrane du tympan, contemporaine d'une chute faite du haut d'un arbre, six semaines avant l'apparition de la pneumatocèle mastoïdienne.

Le malade de Jarjavay (*pneumatocèle frontale*) avait de l'*anosmie* avec intégrité de la sensibilité tactile de la muqueuse pituitaire: ici encore cette perte de l'odorat remontait à l'époque de la chute, c'est-à-dire à six mois avant l'apparition de la pneumatocèle.

La durée de la pneumatocèle est très longue.

Diagnostic. — Il semble que cette singulière affection a des caractères suffisamment nets pour éviter l'erreur: nous ne connaissons, en effet, aucune autre tumeur du crâne présentant ce triple caractère: *sonorité* tympanique, *réductibilité*, et *réapparition* de la tuméfaction sous l'influence des efforts. Ce siège si particulier, *mastoïdien ou frontal*, a aussi de l'importance.

L'emphysème traumatique du cuir chevelu dont Astruc, Dolbeau, nous ont cité des exemples, se distinguera par sa diffusion, sa crépitation *fine* et à *répétition*.

Certains *angiomes*, réductibles, subissent, eux aussi, l'influence de l'effort, mais leur coloration, les phénomènes vasculaires révélés par la palpation et l'auscultation, l'absence de *sonorité*, la persistance après réduction de l'élément fibro-vasculaire, établissent une ligne de démarcation suffisante, entre eux et la pneumatocèle.

La pneumatocèle est-elle *mastoïdienne ou frontale*? Cette réponse est toujours facile lorsque la tumeur est encore limitée et n'a pas franchi le territoire d'origine; mais plus tard, par suite de son extension, il faut recourir aux commémoratifs, pour savoir par quel point elle a débuté: les sensations perçues par le sujet au moment de la réduction renseigneront mieux encore que l'auscultation (souvent muette), sur les connexions de la collection, avec l'appareil *auriculo-salpingo-pharyngé* ou *naso-orbitaire*.

Pronostic. — Cette affection n'est pas grave, puisque aucun des sujets observés n'est mort de la pneumatocèle, abandonné à lui-même. Mais cependant une affection qui perfore les os du crâne (occipital, cas de Fleury), qui donne lieu à des *éminences saillantes pénétrant dans le crâne* (Lecat), n'est pas sans inspirer des réserves pronostiques; d'ailleurs ces dispositions anatomiques nous

expliquent les accidents encourus par les opérés de la pneumatocèle: sur un relevé de 10 cas, on note 2 morts, et 7 fois des accidents graves (hémorragie ou suppuration).

Traitement. — La tumeur gazeuse est assez gênante pour que tous les malades aient réclamé l'intervention chirurgicale; parmi les moyens de traitement employés, il faut rejeter l'*incision*, le *séton* et la *rugination des os*.

L'incision compte à son actif deux hémorragies graves, dont une mortelle (cas de Fleury), et des accidents suppuratifs, parfois fort alarmants; aujourd'hui, avec l'antisepsie et la forcipressure, de pareils accidents ne sont plus à redouter, et on serait autorisé à y recourir, si le traitement de Denonvilliers (ponction et compression) restait en échec.

Lecat préférait les mèches (auxquelles Gayraud attribue la mort de son malade, cent trente-trois jours après l'opération); Pinet et Chevance firent usage du séton: procédés, à l'heure présente, irrationnels!

Ribeirio Vianna avait surtout en vue les irrégularités des os du crâne, lorsqu'il les *ruginait*; son opéré échappa à un érysipèle, à la gangrène des lambeaux, et à la nécrose superficielle des os du crâne.

Le traitement efficace, en même temps que simple et inoffensif, à diriger contre la pneumatocèle, comprend trois indications:

- 1° Évacuer la collection gazeuse;
- 2° Favoriser le recollement du péricrâne à l'os;
- 3° Rendre cette adhérence persistante, pour s'opposer aux récives.

Pour faire disparaître la collection gazeuse, le refoulement suffit dans les cas de tumeur *limitée* et réductible; chez l'un des malades de Ribeirio Vianna, la compression brusque avec les doigts fit disparaître définitivement une tumeur du volume d'une noix.

Il faut évacuer avec l'*aspirateur* les collections gazeuses plus étendues et moins réductibles. Mais comme l'air se reproduit *in situ*, ou plus loin (cas de Pinet), il est indispensable d'assurer le recollement du péricrâne à l'os, et, à l'exemple de Denonvilliers, qui guérit son malade en trois ou quatre semaines, il faut exercer une *compression énergique et uniforme*, à l'aide d'une bande de *caoutchouc* et d'ouate *destinée à répartir* la pression.

La récive est à craindre tant que la voie de communication entre le sinus et l'espace *sous-péricranien* n'est pas oblitérée, et c'est pour arriver à cette occlusion, que les *injections iodées*, au voisinage de l'origine présumée de la lésion, ont été préconisées à ce *stade* du traitement; lorsque la poche est réduite à de minimes proportions, ce traitement reste inoffensif⁽¹⁾.

Thomas, s'inspirant surtout de la pathogénie de la pneumatocèle, a proposé, après incision des téguments, d'aller droit au but, c'est-à-dire à la *perforation*, et d'obtenir son oblitération par un travail d'*ostéite proliférante* (mèches, cautérisations). Cela serait rationnel, mais c'est s'illusionner que de croire qu'il sera facile, au cours d'une *opération*, de trouver une *perforation* qu'il n'a pas été possible de déceler dans deux autopsies! Et trouvât-on cette communication, comment la combler? Favoriser l'ostéite suppurative, c'est ouvrir la porte à toutes les infections, que le voisinage immédiat des méninges rendrait mortelles!

⁽¹⁾ Costes (de Bordeaux) a préconisé les injections iodées primitives dans la *vaste poche de la pneumatocèle*; c'est là un moyen aveugle et dangereux.

III. — KYSTES DERMOÏDES DU CRANE
(KYSTES FONTANELLAIRES — KYSTES BREGMATIQUES)

Le siège d'élection de ces kystes est la fontanelle antérieure; ils ont été étudiés par Lannelongue, dans son *Traité des kystes congénitaux*, et dans un travail remarquable, communiqué au Congrès français de chirurgie (3^e session, séance du 15 mars 1889). Aux 12 cas réunis par Lannelongue, il faut ajouter les observations de Folet, d'Ollier, de Tillaux et Walther, de Lejars, de Bathurst, de Ruotte.

PICARD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1840, p. 594. — PRESCOTT HEWET, Sebaceous tumours of the region. *St-George's hospital*, 1869, t. IV, p. 91. Ce travail renferme les observations de Lenoir, de Gérard, de Cæsar Hawkins, de Spring, de Athol Johnson. — GIRALDÈS, Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants, 1869, p. 542. *Bull. de la Soc. anat.*, 12^e année, 1866, 2^e sér., t. XI, p. 297. — WRANG et NEURENTER, *Oester. Jahrb. f. Pædiatrik, M. T. I.*, et *Revue des sc. méd.*, 1875, t. I, p. 228. — H. ARNOTT, Dermoid cyst of the scalp simulating meningocèle. *Trans. of the path. Soc. of London*, t. XXV, 1874, p. 228. — HEURTEAUX, art. KYSTES du *Dict. Jaccoud*, t. XIX, p. 754, et *Gaz. des hôp.*, 1874, n^o 69, p. 547. — R. CONDAMIN, *Lyon médical*, 27 mars 1887, t. LIV, p. 427. — LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, 1886, p. 190. — DU MÊME, Des kystes dermoïdes de la fontanelle antérieure. *Mémoire du Congrès français de chirurgie*, 1888, p. 313, auquel nous empruntons une partie de cette bibliographie. — FOLET (de Lille), Congrès de chirurgie, 3^e session, 1888, p. 532, en relate oralement trois observations. — LANNELONGUE, Sur les kystes dermoïdes intra-craniens, au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique. *Arch. de physiol.*, juillet 1889. — TILLAUX, Kyste dermoïde de l'inion. *Assoc. française de chir.*, 1895, et C. WALTHER, Kyste de l'inion (même observ.). *Presse méd.*, 1895. — LEJARS, Kyste sanguin de la région occipitale chez un enfant de dix mois. *Revue d'orthop.*, 1^{er} sept. 1895. — BATHURST, A case of dermoid cyst of the brain. *Brit. med. Journal*, p. 1205, 1^{er} juin 1895. — RUOTTE, *Arch. prov. de chir.*, mars 1896.

Nous laisserons de côté les caractères communs aux kystes dermoïdes des autres régions, comme structure de la paroi, contenu du kyste (voy. *Kystes dermoïdes*, t. I).

Cependant il est important de noter que trois fois sur seize cas, le kyste, d'une transparence parfaite, contenait un liquide comme de l'eau de roche, dépourvu d'albumine et très riche en chlorure de sodium : cette composition chimique, qui rappelle de tous points celle du liquide céphalo-rachidien, fit croire à Giraldès à une méningocèle, alors qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde.

Ces kystes, indépendants de la peau, sont situés sous l'aponévrose épicro-nienne, c'est-à-dire directement adhérents au périoste cranien.

La paroi osseuse présente une dépression qui a plusieurs millimètres de profondeur, et un orifice mettant le kyste en contact direct avec la dure-mère : cet orifice est signalé dans 9 observations; ses dimensions sont variables; il avait 2 centimètres de diamètre dans le cas de Heurteaux; la largeur d'une pièce de 50 centimes (Picard, Lannelongue), d'un grain de chènevis (Spring); dans le cas de Tillaux et Walther, il se présentait sous la forme d'une fente elliptique, régulière, de 15 millimètres de long sur 4 de large : ses bords étaient minces et lisses.

Comme cette solution de continuité se retrouve dans 9 des observations, quel que soit l'âge des sujets, qu'elle existe au niveau de la fontanelle antérieure, dont elle a même les dimensions, il est logique de l'attribuer à un défaut d'ossification de cette fontanelle, et non à une usure secondaire, produite par une compression de la tumeur, sur un crâne complètement fermé; aussi Lan-

longue désigne-t-il heureusement ces kystes sous le nom de *kystes fontanelaires*, ou *kystes bregmatiques*.

L'adhérence au squelette est un caractère commun à tous les kystes dermoïdes; mais cette adhérence, au lieu de se faire par un pédicule ou un filament fibreux, étroit, a lieu au crâne par une large base d'implantation, au contact de la dure-mère.

Il est très intéressant de montrer que les kystes bregmatiques doivent être rapprochés, au point de vue de leur connexion avec la dure-mère, des kystes endo-craniens⁽¹⁾; ces analogies ont été bien établies par M. Lannelongue, pour lequel kystes extra-craniens et intra-craniens, adhérents à la dure-mère, sont le résultat d'un développement anormal de la paroi cranienne.

La pathogénie de ces kystes a fixé aussi l'attention de M. Lannelongue, et il leur applique la théorie de l'enclavement d'un îlot ectodermique, oublié dans le tissu vasculaire. « Dans le travail d'évolution, qui réunit les deux lèvres de la gouttière dorsale de l'embryon pour enfermer le cordon ectomique, rudiment des centres nerveux, un groupe de cellules appartenant au revêtement épithélial de la gouttière, c'est-à-dire l'ectoderme, reste enclavé au milieu du feuillet moyen, dans le plan de suture. C'est lui qui, en se développant, forme la tumeur dermoïde, de la même manière que l'îlot, resté anormalement dans le trajet d'une fissure embryonnaire de la face, produit le kyste branchial. A cette origine appartiennent non seulement les kystes bregma qui nous occupent, mais ceux

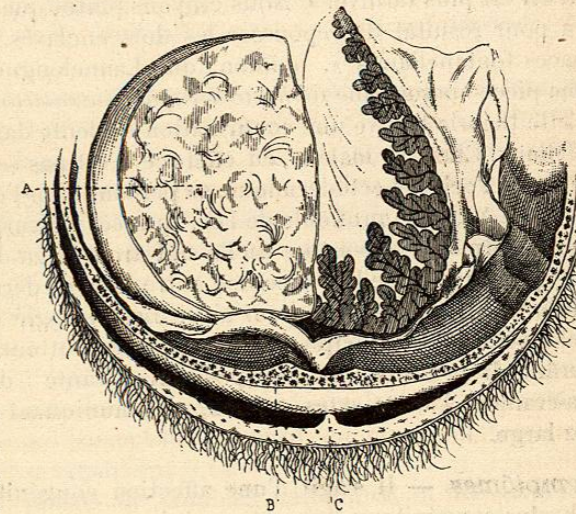


FIG. 212. — Kyste dermoïde endo-cranien. (Lannelongue.)

A, kyste dermoïde. — B, occipital, — C, pédicule médian qui relie le kyste endo-cranien aux os, et l'occipital au cuir chevelu.

⁽¹⁾ LANNELONGUE, *Sur les kystes dermoïdes intra-craniens au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique*. *Arch. de physiol.*, juillet 1889, n^o 5. — Dans ce mémoire des plus intéressants, Lannelongue a réuni toutes les observations de kystes dermoïdes intra-craniens publiées à cette époque.

Ces kystes sont toujours en continuité de tissu avec la dure-mère, tantôt extra-dure-mériens, tantôt intra-dure-mériens, mais séparés des parties molles par la paroi osseuse. Ils sont d'abord extra-craniens, mais, par suite du développement du crâne osseux, le kyste est isolé de ses attaches au tégument, et enfermé dans le crâne. Cette théorie s'appuie sur l'existence d'adhérences, reliant d'une part la paroi du kyste aux os (occipital), et d'autre part l'occipital au cuir chevelu. Lorsque le travail d'ossification, qui sépare le kyste extra-cranien de ses attaches au tégument, est incomplet, on se trouve en présence de deux tumeurs, l'une extra, l'autre intra-cranienne, reliées entre elles par un canal perméable, ou par un cordon fibreux intermédiaire.

Sur la pièce ci-jointe (fig. 212), empruntée au mémoire de Lannelongue, ces détails de développement apparaissent avec netteté. Nous regrettons de ne pouvoir suivre Lannelongue dans les détails intéressants qu'il consacre à la symptomatologie, au diagnostic et au traitement de ces kystes.

de la glabelle et de l'inion, et même ceux qui sont situés à la face interne de la dure-mère. Tous ces kystes sont situés sur la ligne médiane, particularité qui est en rapport avec leur pathogénie. » (Lannelongue, *loc. cit.*, p. 329.)

Lannelongue a cherché aussi à expliquer pourquoi les kystes dermoïdes médians de la voûte du crâne se montrent de préférence en certains points sur le bregma, l'inion et la glabelle, et pourquoi les kystes extra-craniens siègent le plus souvent au voisinage du pressoir d'Hérophile, c'est-à-dire en face de l'inion.

Les trois régions indiquées correspondent aux points de rencontre des pièces osseuses du crâne, aux points de la ligne médiane, dont l'ossification se fait plus tardivement; il repousse l'hypothèse d'après laquelle on suppose que ces ilots ectodermiques, enclavés sur la ligne médiane, sont étouffés, pour ainsi dire, là où l'ossification est précoce, et qu'ils rencontrent, au contraire, des conditions plus favorables à leur développement dans les régions fontanelles dont l'ossification est plus tardive. « Nous croyons plutôt que le travail de formation des os a pour résultat de repousser les ilots enclavés, et de les reporter vers les espaces fontanelles », opinion, que Lannelongue appuie sur la disposition d'une pièce anatomique de *kyste dermoïde intra-cranien*.

Cette théorie trouve une confirmation évidente dans l'observation de Walther et Tillaux. Chez ce malade, en effet, ce n'est pas seulement un cordon fibreux, vestige de l'origine ectodermique, se perdant dans l'épaisseur de l'occipital pour reparaitre à la face profonde de l'os, que ces chirurgiens ont constaté : c'est la tumeur dermoïde elle-même qu'ils ont trouvée en dehors du crâne, communiquant par un trou de l'os avec une autre tumeur dermoïde intra-cranienne : « Le kyste primitif unique a été pour ainsi dire étranglé en forme de gourde, par le développement de l'occipital au lieu d'être tout entier enclavé dans l'intérieur du crâne. Il en est résulté la disposition suivante : deux kystes dermoïdes, l'un intra-cranien, l'autre extra-cranien, communiquant entre eux par un conduit assez large. »

Symptômes. — Il s'agit d'une affection congénitale, mais qui, à l'exemple des kystes congénitaux des autres régions, peut ne se révéler et ne s'accroître qu'à un âge très avancé, puisque la malade observée par Picard avait soixante et onze ans! Mais c'est là une exception; dans ce tableau est relevé l'âge des malades, d'après :

| | |
|-------------------------------------|---------|
| Giraldès | 5 mois. |
| Arnolt | 8 — |
| Lannelongue | 10 — |
| Ollier | 4 ans. |
| Lannelongue | 5 — |
| Wrang et Neurenter, Folet | 6 — |
| Lenoir | 17 — |
| Condamin | 26 — |
| Heurtaux | 36 — |
| Ollier | adulte. |
| Tillaux et Walther | 54 ans. |

Au point de vue du sexe, ces observations se balancent, puisque nous trouvons 8 garçons et 7 filles; le sexe du troisième malade d'Ollier n'est pas indiqué.

Le caractère le plus important de ces kystes est leur siège constant, sur la fontanelle antérieure, à la partie supérieure et médiane du front, près de la suture sagittale.

Nous n'insisterons pas sur les particularités d'évolution de ces kystes, qu'ils

partagent avec toutes les tumeurs congénitales; petit volume à la naissance, ne se révélant souvent que plus tard à l'occasion d'un traumatisme, auquel les parents attribuent le méfait, accroissement lent, graduel, ou par poussées actives (influence quelquefois réelle de la première enfance ou de la puberté, Heurtaux). Mais il y a cependant un rapport à établir entre l'âge du sujet et le volume de la tumeur; si, chez les enfants, la tumeur a la dimension d'une amande, d'une noix, d'un œuf de pigeon, les comparaisons ne sont plus les mêmes chez l'adulte, où le kyste est comparé à une grenade (Spring), au poing (Picard), à un œuf d'oie.

Le kyste forme une tumeur arrondie, sphérique ou ovoïde, à surface uniforme, caractère commun à toutes les productions de ce genre. Ce kyste, libre dans ses deux tiers, s'applique par son troisième tiers sur la calotte crânienne à laquelle il adhère sans mobilité latérale, et dans laquelle il semble s'enfoncer, sans avoir aucune tendance à se pédiculiser (Lannelongue).

En explorant avec le doigt cette base adhérente, on sent au pourtour un bourrelet osseux.

Cette tumeur, sur laquelle la peau normale glisse facilement, est de consistance molle, tantôt fluctuante, tantôt rénitente, suivant la distension plus ou moins grande de la poche; *transparente* lorsque son contenu est liquide, *plus souvent opaque* (7 fois sur 12), — elle est *constamment et complètement irréductible*, et il faudra rechercher ce caractère avec d'autant plus de soin, qu'il servira à séparer les *kystes dermoïdes*, tumeurs indépendantes des méninges, des *méningocèles*.

Les kystes dermoïdes ne présentent pas de *pulsations* APRÈS DIX MOIS, c'est-à-dire après le *rétrécissement* ou la *fermeture de la fontanelle antérieure*, qui les isole de la dure-mère. Avant cette période, ils peuvent être soulevés par les pulsations de la fontanelle antérieure (cas d'Arnolt, de Lannelongue), qui sont la règle dans les premiers temps qui suivent la naissance.

Cette interprétation judicieuse appartient à Lannelongue.

Ces kystes n'occasionnent jamais de troubles cérébraux, et les douleurs locales ne se montrent qu'au moment des poussées d'accroissement, ou à l'occasion de complications inflammatoires.

Au contraire, les kystes endo-craniens peuvent se présenter avec les caractères de tumeur cérébrale, de méningite, ou même de démence (cas de Bathurst, *loc. cit.*). Le malade observé par Tillaux et Walther accusait des vertiges, des troubles passagers de la vue, des bourdonnements d'oreille, une diminution de la mémoire, une certaine difficulté à parler.

Diagnostic. — Il faut éviter de confondre un kyste dermoïde avec une méningocèle; les principaux éléments du diagnostic se tirent :

a. *Du siège de la tumeur* : les encéphalocèles et les méningocèles s'observent sur la ligne médiane, en arrière depuis l'inion, jusqu'au trou occipital, et assez souvent en avant, au niveau de la racine du nez : mais ils sont *exceptionnels au vertex*, soit sur la *suture sagittale*, soit au niveau du *bregma* et à la partie *supérieure du frontal*, *siège d'élection* des kystes dermoïdes ;

b. *De l'irréductibilité absolue de la tumeur et de l'absence complète de phénomènes cérébraux, sous l'influence de la compression*, caractères propres, au contraire, aux tumeurs en communication avec la cavité crânienne ;

c. *Du volume de la tumeur au moment de la naissance* : les kystes der-

moïdes peuvent passer inaperçus pendant longtemps, tandis que la méningo-encéphalocèle est *presque toujours évidente chez le nouveau-né*, et s'accompagne d'adhérences et d'amincissement cutané;

d. *De la ponction exploratrice* : Heurteaux put reconnaître, par ce moyen, le contenu sébacé du kyste; mais Giraldès, retirant d'une tumeur cranienne un liquide contenant une quantité notable de chlorure de sodium, conclut à l'existence d'une méningocèle, alors qu'il se trouvait en *présence d'un kyste*.

La ponction exploratrice est donc ici un moyen infidèle et qui, en cas de *méningocèle*, n'est pas inoffensive.

Le malade de Tillaux et Walther présentait un trajet fistuleux au niveau de la poche extra-cranienne, qui avait été vidée; par ce trajet fistuleux occupant la région de l'inion, on pénétrait à travers un orifice osseux dans la poche intra-cranienne. Ce qui permit de faire le diagnostic de ce kyste de l'inion.

Traitement. — Le seul traitement à appliquer à ces kystes est leur ablation totale.

A quel moment faut-il intervenir?

Il y a tout avantage à attendre la diminution de l'espace fontanelle, et que l'enfant se soit développé; Giraldès a opéré à dix mois, sans aucun inconvénient; nous dirons donc que le kyste peut être enlevé de très bonne heure, mais qu'il vaut mieux attendre, pour intervenir, que l'enfant ait un an environ.

Lorsque le kyste est extra et intra-cranien l'ablation totale n'est pas toujours possible, sans danger; c'est ainsi qu'Atkol Johnson, craignant de blesser la dure-mère, qui était à nu et adhérente au kyste, laissa une petite partie de la paroi, au centre de la dépression cranienne. Tillaux et Walther, après une large brèche osseuse faite à l'occipital, renoncèrent à l'extirpation complète du fond de la poche, parce que la paroi dermoïde et la dure-mère étaient si intimement unies, qu'il était impossible de les séparer, parce qu'il aurait fallu réséquer une portion étendue du sinus latéral adhérent à cette même poche; ils craignirent, en effet, que le cervelet, déprimé dans son lobe droit, arrêté dans son développement, ne reprit aucune expansion. La poche intra-cranienne était infectée et aurait pu causer une infection méningée.

Certainement la cicatrisation est, dans ces conditions, sinon impossible, du moins difficile à obtenir. L'opéré de Tillaux et Walther a conservé une cavité dermoïde intra-cranienne, mais facilement nettoyable.

IV. — CÉPHALÉMATOME

Définition. — Le *céphalématome* est une tumeur constituée par un épanchement de sang, entre les os du crâne et leur périoste (Féré). Nous n'ajoutons pas, dans cette définition, que c'est une maladie du nouveau-né, car on a étudié un *céphalématome tardif*, dont le siège et la nature sont exactement les mêmes, que pour celui qu'on remarque dans les premiers jours de la vie.

Historique. — Au commencement du siècle, la plupart des auteurs ne distinguaient pas le *céphalématome* des autres épanchements sanguins dont la tête du nouveau-né peut être le siège; Baudeloque les appelait du nom générique de tumeurs sanguines; Dugès et Célis les nommaient trombus néo-

natorum. Zeller, le premier, se servit du mot « *céphalématome* », dans un sens limité. Depuis cette époque, les auteurs français, Pigné, P. Dubois, Valleix, Barrier, Bouchut, et surtout V. Seux (de Marseille), s'occupent de la question. Valleix en fait trois variétés : le *céphalématome sous-aponévrotique*, *sous-péricranien*, et *sus-méningitique* ou *interne*. Seux, dans son mémoire, admet cette division, mais, pour être plus précis, donne au *céphalématome sous-péricranien* le nom de *péricranéotome*.

Nous pensons, avec le professeur Tarnier, que cette division fut admise à tort; et que désigner les divers épanchements sanguins de la tête par le même nom, c'est confondre plusieurs affections différentes en tous points par le siège, par les signes, et par la cause.

Nous laisserons donc absolument de côté l'étude des épanchements sanguins, superficiels et sous-aponévrotiques, ainsi que l'hématome sous-méningitique, qu'on a encore appelé *céphalématome interne*. Cependant nous devons dire que l'épanchement sous-péricranien communique quelquefois avec l'intérieur du crâne, dans certains cas de fractures considérables.

Si la nature et le siège du *céphalématome* sont connus depuis longtemps, il n'en est pas de même de sa pathogénie. En effet, c'est depuis quelques années seulement, c'est-à-dire depuis les travaux de Broca et le mémoire de Féré, que les auteurs sont d'accord sur sa formation et son mode de guérison.

BERTHELOT, *Gaz. des hôpit.*, 1864, p. 454. — BETSCHLER, *Klin. Beiträge zur Gynäkol.*, Bd. 1, S. 210. Breslau, 1862. — BOUCHACOURT, art. CÉPHALÉMATOME du *Dict. des sciences méd.* — BROCA, Sur les trous pariétaux, et la perforation congénitale double et symétrique des pariétaux. *Bull. de la Soc. anthrop.*, 1875, p. 526. — BUDIN, Extensibilité des membranes de l'œuf; formation de la bosse séro-sanguine avant la rupture de la poche des eaux. *Progress médical*, 1878, p. 58. — BURCKHARDT, De tumore cranii recens natorum sanguinis symbolæ. Vratislaviae, in-4°. Traduit dans *l'Expérience*, 1858, t. II, p. 224, 251, 289, 528. — CHABOUX, Enfoncement du crâne pendant l'accouchement. Épanchement sanguin. *Lyon médical*, 1875, p. 448. — CHADYNSKI, Du *céphalématome*. Thèse de Paris, 1865, n° 74. — CHARNAY, Du *céphalématome*. Thèse de Paris, 1864. — DOEPP, Sur le *céphalématome*. *Ann. de la chir.*, 1844, t. X, p. 176. — DU MÊME, *British and foreign med. review*, t. XVII, p. 549, 1844. — DUBOIS (P.), art. CÉPHALÉMATOME du *Dict. de méd. en 50 volumes*, t. VII, p. 88. Paris, 1854. — DUBOIS, Du *céphalématome*. Thèse de Paris, 1866, n° 244. — DUPLAY, *Traité de pathologie externe*. — FEHLING, De la compression du crâne pendant l'accouchement. *Arch. f. Gynäkol.*, VII, fasc. 1, 1875. — FÉRÉ (Ch.), *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, p. 545. — DU MÊME, *Ibidem*, 1876, p. 485. — DU MÊME, Note sur la pathogénie du *céphalématome*. *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, p. 161. — DU MÊME, Anomalie du développement d'un pariétal; déformation oblique et ovulaire et déformation latérale particulière du crâne. *Bull. de la Soc. anat.*, 1877, p. 605. — DU MÊME, Note sur le développement du cerveau dans ses rapports avec le crâne. *Revue d'anthropologie*, oct. 1879. — DU MÊME, *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 488. — DU MÊME, *Ibidem*, 1878, p. 450. — DU MÊME, *Revue mens. de méd. et de chir.*, février 1880. — GASSNER, *Traitément du céphalématome des nouveau-nés*. *Bayer. Erste Intell.-Blatt*, XXII, 52, 1875. — DU MÊME, *Centralblatt für Chir.*, 1886, p. 461. — GAUSSAIL, Note sur un *céphalématome sous-péricranien*, qui a disparu après une hémorragie nasale. *Presse médicale*, 1877, p. 429. — GOSSELIN, *Céphalématome tardif* expliqué par une ostéite raréfiante du pariétal. *Arch. de méd.*, nov. 1882. — HAMON, Contribution à l'étude du *céphalématome*. Thèse de Paris, 1887. — HERSENT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1845, p. 70. — HOERE, De tumore cranii recens natorum sanguinis et externo et interno. Berolini, 1824. — HOFFMANN, *British and foreign med. review*, 1845, t. XX, p. 552. — DU MÊME, *Revue des sciences méd.*, t. IV, p. 602. — HOLMES, *Thérapie des maladies chirurgicales des enfants nouveau-nés* (trad. franç. Paris, 1870, p. 92). — HÜTER, *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, 1845, VI. — JAMAIN et NERRIER, *Pathologie chirurg.*, t. II, p. 209. — JOUSLAIN, Des enfoncements et fractures du crâne, produits chez les nouveau-nés pendant l'accouchement. Thèse de Paris, 1865. — KIRMISSON, *Éléments de pathologie externe*. — KLEIN, Bemerkungen über die bisher agenom., etc. Stuttgart, 1817, S. 21. — KOMBLUM, Étiologie et traitement du *céphalématome*. *Revue de Hayem*, t. XII, p. 747. — KURZ et WEBER, *Traitément du céphalématome*. *Revue des sciences méd.*, t. IX, p. 789, et t. XI, p. 704. — *The Lancet*, *Céphalématome double* disparu spontanément. *Union méd.*, avril 1858; *Bull. gén. de thérapeutique*, 20 mai 1858, t. LIV, p. 465. — LANNELONGUE, Note sur les tumeurs