

une tumeur aplatie, fluctuante, animée de pulsations, et augmentant de volume dans les efforts d'expiration. Cette tumeur est de volume variable et le plus souvent réductible: la réduction n'entraîne pas de symptômes cérébraux, mais bien, comme dans mon observation, des signes évidents de malaise. Dans les cas où le contenu de la tumeur a été évacué par la ponction, on a pu constater par l'analyse chimique que l'on avait affaire à du liquide céphalo-rachidien. Dans les cas de KAPPELER qui ont pu être examinés à l'autopsie, il s'agissait constamment d'une lacune plus ou moins étendue de la voûte cranienne, lacune au bord de laquelle adhéraient la dure-mère et l'arachnoïde. La perte de substance de la dure-mère est attribuée, [avec raison sans doute, à l'union intime de cette membrane avec la surface interne du crâne chez l'enfant. KAPPELER, se basant sur les résultats d'autopsies, admet en outre l'existence d'une lésion du cerveau; d'après lui la perte de substance s'étend à travers le cerveau jusque dans le ventricule latéral. Cette communication de la tumeur avec le ventricule serait caractéristique, et rendrait bien compte de l'ensemble des symptômes observés. VIVIEN (céphalhydrocèle traumatique) cite encore trois autres cas vérifiés à l'autopsie, de tumeurs survenues à la suite de fissures traumatiques du crâne chez les enfants; toutes ces tumeurs communiquaient avec le cerveau; dans un cas il y avait communication avec le ventricule correspondant, et, dans un autre, avec des espaces vides pathologiques de la masse cérébrale.

Nos connaissances sur la marche de ces tumeurs sont encore trop restreintes pour qu'il soit possible de donner des conseils tout à fait sûrs relativement au traitement. Dans un certain nombre de cas on n'observe aucun symptôme inquiétant, et la tumeur peut être maintenue en grande partie réduite au moyen d'une plaque. Il en est ainsi également chez l'enfant que j'ai actuellement en observation; c'est pourquoi je me suis abstenu jusqu'ici de toute intervention opératoire. Dans d'autres cas la tumeur distendue menace de se rompre. On pratique alors la ponction suivie de la compression, procédé qui n'offre pas de danger sérieux. On ne peut en dire autant de la ponction suivie d'injection iodée, qui a déjà à son actif un cas de mort par méningite. On a vu également des enfants succomber à la suite de l'incision et du passage de fils à travers la tumeur. L'incision et le drainage pratiqués avec les précautions antiseptiques n'entraîneraient certainement pas la mort; mais à mon avis, du moment que l'on veut intervenir par une opération, celle-ci devrait avoir pour but de fermer la solution de continuité du crâne, soit en relevant l'os déprimé, soit en décollant le périoste et en l'attirant au-dessus de l'orifice pour le réunir par des fils de catgut. VIVIEN rapporte plusieurs exemples de tumeurs de ce genre observées chez l'adulte à la suite d'une fracture ouverte du crâne.

Il se peut que dans la pathogénie de l'affection que nous venons de

décrire, il faille attribuer quelque importance à certaines conditions que présente le crâne de l'enfant, et sur lesquelles BERGMANN a attiré l'attention des chirurgiens. Il arrive, en effet, que la guérison d'une fracture du crâne chez l'enfant ne s'opère pas régulièrement, que la solution de continuité, au lieu de se fermer, tend au contraire à s'agrandir. Pour BERGMANN la cause de cette anomalie doit être cherchée dans l'accroissement du cerveau, et peut-être en même temps dans le ramollissement rachitique du crâne. A mon avis, dans les cas de BERGMANN, c'est le rachitisme qui est essentiellement et peut-être même seul en cause.

Résections de la voûte cranienne (trépanation, opération avec la gouge)

§ 68. — Dans les fractures compliquées du crâne, comme dans les lésions semblables des autres régions du squelette, le chirurgien est souvent obligé d'extraire certaines parties des os fracturés, et, au besoin, de les rendre préalablement accessibles par l'ablation de parties osseuses saines, non fracturées, qui recouvrent les fragments. Les opérations de ce genre sont entièrement distinctes de la trépanation proprement dite, et elles ont la même signification que les extractions d'esquilles ou de séquestres dans les autres régions du corps. On peut n'être point partisan de la trépanation, mais on ne saurait condamner en même temps les opérations dont il est ici question, car il serait absurde d'affirmer que, dans les fractures compliquées avec leurs diverses conséquences, le crâne et le cerveau dussent être traités autrement que le tibia ou le fémur. Quel est le chirurgien qui, en présence de fractures de l'espèce, hésiterait à extraire d'une plaie largement béante un fragment osseux détaché, alors même qu'il serait obligé de pratiquer la résection d'une petite portion de l'extrémité de l'os qui recouvre le fragment mobile, à condition toutefois que ce dernier ne pût être enlevé d'une autre manière? Quel est le chirurgien qui, pour arriver sur un foyer de nécrose, cause de suppuration, ne procéderait pas d'après les mêmes principes que ceux qui le guident lorsqu'il se trouve en présence d'un foyer semblable dans une autre partie du squelette. Autrefois, lorsqu'on était obligé d'enlever des portions d'os sain dans le but d'extraire des esquilles ou des séquestres, on avait ordinairement recours au trépan. De nos jours, on emploie le plus souvent dans ce but la gouge ou le ciseau, et nombre de chirurgiens se servent exclusivement de cet instrument dans toutes les opérations intéressant les os du crâne, même lorsqu'il s'agit d'établir une ouverture conduisant dans l'intérieur de la boîte cranienne, soit que, dans un cas de fissure, il s'agisse d'aller à la recherche d'une esquille de la table interne, soit que l'on veuille évacuer un abcès du cerveau ou faire disparaître la cause de convulsions épileptiformes. Il y a quelques dizaines d'années, la trépanation proprement dite était encore très souvent pratiquée; on trépanait presque toutes les fractures du crâne, sans