

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 crânienne, 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 crânienne (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 crânienne, 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

que l'on fût en état, par le traitement consécutif, d'épargner au blessé les accidents graves qui étaient la règle à la suite de cette opération.

Les idées qui régnaient dans la science dans le premier quart de ce siècle sur l'importance de la trépanation, devaient nécessairement entraîner une réaction tendant à faire rejeter toute opération dans les cas de lésions traumatiques du crâne. A cette époque, en effet, la nécessité de la trépanation dans les lésions de ce genre avait passé à l'état de dogme, et l'on rendait le chirurgien responsable des suites funestes que pouvait avoir le traumatisme lorsqu'il avait négligé de pratiquer la trépanation préventive. On avait ainsi abandonné complètement le terrain scientifique en considérant en quelque sorte cette opération comme un moyen spécifique de traitement. POTT, il est vrai, dans ses travaux sur la contusion du crâne et de la dure-mère et leurs conséquences, avait déjà insisté sur la nécessité de la trépanation comme moyen prophylactique; mais si les maîtres de la science prenaient en considération la doctrine de POTT, depuis longtemps déjà la grande masse des chirurgiens ne voyaient plus nettement la relation existant entre l'indication spéciale à chaque cas et l'opération elle-même. On appliquait le trépan simplement dans l'idée que tout individu atteint d'une lésion du crâne devait subir cette opération, et sans doute aussi parce que l'état pouvait rendre responsable des suites de la blessure le médecin qui négligeait de remplir ce qui était considéré alors comme un devoir.

De pareilles aberrations demandaient un remède radical; A. COOPER, TEXTOR et DIEFENBACH émirent d'abord la thèse que la trépanation devait être complètement abandonnée, et STROMEYER fut le premier chirurgien qui mit en pratique le conseil donné par ces auteurs<sup>1</sup>. C'était une réaction nécessaire contre l'abus de cette opération, réaction qui, sans aucun doute, a sauvé la vie à plus d'un malade. Comme toujours, cependant, les excès dans lesquels on était tombé devaient recéler un petit germe de vérité, et c'est ce germe que les chirurgiens modernes se sont efforcés de découvrir depuis que la méthode antiseptique leur a donné les moyens d'éloigner de cette opération, comme de toutes les autres, le danger des maladies accidentelles des plaies. Grâce à une connaissance plus précise de ces maladies et des dangers qui menacent les individus atteints d'une lésion traumatique du crâne, on est arrivé à pra-

1. En France, dès la fin du siècle dernier, DESAULT et BICHAT, et dans ce siècle, GAMA et MALGAIGNE, se sont élevés contre la pratique de la trépanation qui fut dès lors complètement délaissée. Plus tard, dans une séance de la Société de chirurgie (1867), les indications de l'opération furent de nouveau discutées; LEGOUEST, TRÉLAT, LE FORT se déclarèrent partisans de l'intervention. Plus récemment SÉDILLOT et BECKEL, parmi les chirurgiens français, s'engagèrent encore plus avant dans cette voie à la suite des résultats obtenus par la méthode antiseptique. Enfin l'étude des localisations cérébrales, les faits de TERRILLON, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, MARVAUD vinrent encore apporter de nouveaux arguments en faveur de la trépanation (POULET et BOUSQUET).

(Note du traducteur).

tiquer des résections de ce dernier dans le but de mettre fin aux processus infectieux qui auraient déjà envahi la cavité crânienne. Du moment que l'on n'avait plus de danger à redouter de ces opérations, on dut naturellement soumettre à une nouvelle critique les anciennes indications. En effet dans certains cas la trépanation, dans l'ancienne acception de ce mot, se trouve encore indiquée de nos jours, par exemple lorsqu'il s'agit, non pas d'enlever simplement une petite portion de la paroi osseuse fracturée dans le but de retirer quelque fragment sous-jacent, mais bien de résequer une étendue plus ou moins grande de la voûte crânienne pour faire disparaître certains états morbides de l'intérieur du crâne. C'est ainsi qu'on pratique la trépanation pour délivrer le cerveau de la pression exercée sur lui par un fragment osseux enfoncé, pour évacuer un épanchement sanguin des méninges ayant les mêmes conséquences, pour se frayer un chemin vers un corps étranger à extraire du cerveau, ou vers un abcès qu'il s'agit d'inciser, enfin pour tenter la guérison d'une épilepsie en en supprimant la cause pathologique que l'on suppose exister sous une cicatrice de la paroi crânienne.

Nous avons essayé, dans les pages précédentes, de poser partout les indications de l'ouverture du crâne, soit par la résection à l'aide du ciseau, soit par la trépanation; si nous n'avons pas toujours complètement réussi à tracer les limites de cette opération, c'est que nous ne possédons pas encore des matériaux suffisants pour leur détermination exacte.

On comprend que l'on ne puisse pas encore baser les indications de ces opérations sur une statistique générale à cause de la trop grande diversité des éléments de cette dernière. Il est évident qu'une statistique destinée à fournir le chiffre de mortalité de la trépanation proprement dite, ne doit renfermer que les cas où cette opération a été pratiquée sur des crânes sains, et avant tout sur des crânes dont la lésion est restée à l'abri de l'infection. C'est pourquoi on a cherché dans ces derniers temps à rassembler un grand nombre d'observations de trépanations faites chez des épileptiques, et à trancher par de gros chiffres la question du danger absolu de cette opération; malheureusement une statistique basée sur des recherches bibliographiques est forcément entachée d'une cause d'erreur, car elle renfermera surtout les cas de guérison, les insuccès n'étant pas volontiers publiés; néanmoins c'est encore elle qui peut nous fournir le plus exactement le chiffre de la mortalité à la suite de la trépanation.

Une comparaison de deux grandes statistiques, celle de BLUHM (voir plus bas) et celle de WALSHAM (*St. Barthol. Hosp. Reports*, XVIII et VIRCHOW-HIRSCH, *Jahresbericht*, 1883, p. 386), nous montre déjà des différences très grandes dans les résultats de la trépanation. Tandis que BLUHM a trouvé pour la trépanation tardive une mortalité de 33,9 0/0, la statistique de WALSHAM nous montre que sur 109 opérations il y a