

rénale (greffe du méat urétéral avec portion circonvoisine de la paroi vésicale), plusieurs chirurgiens, Reni, Krynski, Maydl, ont pratiqué avec survie de leurs opérés l'urétéro-rectostomie ou l'urétéro-colostomie. Un dernier progrès a été réalisé récemment, qui accroît encore les avantages de cette méthode seule capable d'assurer la rétention volontaire des urines. Ce progrès consiste à créer aux dépens de l'intestin un réservoir distinct pour l'urine. Pour cela Gersuni sectionnant l'S iliaque suture son bout supérieur à la paroi antérieure du rectum fendue près du sphincter et offre ainsi une conduite aux matières fécales; puis il suture le lambeau vésical isolé avec ses deux uretères au bout inférieur et crée un canal exclusivement réservé à l'urine. Soubbotini remplit la même indication en cloisonnant le rectum, de manière à ouvrir deux conduits accolés en canon de fusil. L'urine est dérivée dans l'antérieur par fistulisation vésico-rectale. Ce procédé, plus simple que le précédent, ne peut être appliqué dans le sexe féminin à cause de la présence interposée de l'utérus.

Des deux premiers procédés de la seconde méthode, l'un ne peut convenir qu'à des cas exceptionnels (simple fissure de la vessie); l'autre n'est praticable que chez les jeunes sujets, à moins que l'on ait recours à la disjonction, à ciel ouvert, de la symphyse sacro-iliaque. Quant au troisième, imaginé par Segond, il a certainement agrandi le champ de la méthode, et il a été heureusement modifié par Poncet, qui, au lieu de réduire la largeur du lambeau aux dimensions de la gouttière péniennne, la conserve tout entière de manière à donner plus d'ampleur au canal vésico-pénien et à faciliter jusqu'à un certain point sa fonction de réservoir. On peut reprocher aux procédés de Segond et de Poncet la difficulté de dissection des parois vésicales toujours fort minces, et dans plusieurs cas on a vu se sphacéler le lambeau ainsi formé. Pour éviter cet accident, au lieu de pratiquer la dissection extra-péritonéale de la vessie, j'ai dans deux cas incisé de part en part jusques et y compris le péritoine toujours fortement adhérent de manière à avoir un lambeau épais et bien nourri. Quant à la large brèche ainsi produite à la paroi abdominale, je l'ai comblée par le rapprochement et la suture de ces différents plans fibro-musculaires.

La méthode autoplastique, qui s'applique à la généralité des cas, remplirait au mieux toutes les indications, sauf celle de la rétention des urines, et mériterait par cela même la préférence des opérateurs, si elle n'avait contre elle cet inconvénient grave d'exposer à la formation de concrétions calcaires, par suite du contact de l'urine avec la face épidermique des lambeaux. C'est à elle que jusqu'ici les chirurgiens ont eu le plus souvent recours, mais nous devons reconnaître que le procédé de Segond, d'une part, et la greffe des uretères dans le rectum, d'autre part, lui font perdre chaque jour des partisans. Que si on la choisit, la préférence doit être donnée au procédé à double plan de lambeaux de Wood, perfectionné par Le Fort.

XX

## ABCÈS INTRA-CRANIENS

PAR A. BROCA

Agrégé de la Faculté, Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Les abcès intra-crâniens sont situés les uns entre l'os et la dure-mère, les autres à l'intérieur de la dure-mère; ces derniers sont tantôt superficiels, appartenant à la pie-mère et à l'écorce, tantôt profonds, plus ou moins enfouis dans la substance blanche. Parmi ces abcès ou, d'une manière plus générale, parmi ces suppurations intra-crâniennes, je n'ai à m'occuper ici que des cas chirurgicaux, et même, circonscrivant encore mon sujet, des indications chirurgicales qu'ils nous fournissent. Ces cas chirurgicaux sont ceux où l'intérieur de la boîte crânienne est contaminé par une infection partie de l'extérieur et envahissant de proche en proche, de la surface vers la profondeur: c'est alors que l'on devra presque toujours agir en suivant cette même route et que le chirurgien, parti de l'extérieur, aura des chances d'arriver jusqu'au foyer intra-crânien. Sans doute, ces suppurations de cause pour ainsi dire directe ne sont pas les seules, et certains abcès encéphaliques d'ordre métastatique sont capables d'attirer le chirurgien jusqu'à eux grâce aux symptômes de localisation. Mais ces faits, déjà fort rares chez l'adulte, deviennent tout à fait exceptionnels chez l'enfant, et j'aime mieux, de parti pris, les laisser dans l'ombre. Les autres, en effet, auxquels je viens de faire allusion, sont à bien des égards comparables entre eux. Selon leur variété étiologique spéciale ils ont une fréquence très variable, mais à tous conviennent des principes chirurgicaux comparables, car tous relèvent d'un processus analogue, et dès lors ils constituent un tout.

Ces suppurations sont de deux ordres: traumatiques et non traumatiques; mais entre ces deux variétés il y a un lien incontestable. L'infection traumatique sera parfois immédiate, s'infiltrant le long d'une plaie qui primitivement aura ouvert l'os, les méninges, et aura pénétré jusqu'au cerveau; mais parfois aussi le trauma initial aura respecté la dure-mère et ce sera par l'intermédiaire d'une ostéite crânienne, consécutive à l'infection d'abord purement externe, que les microbes pathogènes atteindront plus tard le contenu du crâne. Or, c'est là le mécanisme banal des suppurations intra-crâniennes non traumatiques: celles-là sont presque toutes consécutives à un foyer d'ostéite, tuberculeuse ou non, frappant le crâne en un point quelconque de la voûte ou de la base ou, plus souvent, au niveau d'une cavité naturelle, des fosses nasales, de l'oreille surtout. Certes, l'importance des diverses ostéites est assez grande: il est bon de savoir qu'une ostéite tuberculeuse, en apparence insignifiante, peut s'accompagner d'un foyer extradural volumineux; d'être averti qu'une ostéomyélite aiguë, révélée seule-

ment à l'extérieur par une douleur localisée à la pression, ne peut être guérie que si, par une trépanation précoce, on ouvre l'abcès intra-crânien emprisonné par l'os malade. Plusieurs fois je me suis trouvé aux prises avec ces cas, quelquefois difficiles : mais on se tire d'affaire si on obéit aux principes généraux établis par l'étude des suppurations traumatiques et auriculaires, c'est-à-dire des deux variétés de beaucoup les plus fréquentes.

Quelle que soit la cause de l'infection, les lésions infectieuses intra-crâniennes d'ordre chirurgical sont de plusieurs espèces, selon les tissus et les organes atteints : abcès entre l'os et la dure-mère, méningite, abcès de l'encéphale, thrombose des sinus s'observent, avec une fréquence variable, il est vrai, s'associent en proportions diverses, se compliquent d'autant plus qu'on abandonne davantage le mal à lui-même. Dans un article forcément court, je n'ai pas la prétention de passer tous ces faits en revue, et je chercherai seulement à établir une sorte de schéma, à l'aide des suppurations traumatiques d'une part, des complications intra-crâniennes des otites d'autre part.

I. — **Suppurations traumatiques.** — C'est à propos des suppurations secondaires que le trépan pour les lésions traumatiques a commencé à se relever du discrédit où l'avait jeté l'abus ancien du trépan primitif.

Que le pus soit entre l'os et la dure-mère, à la surface du cerveau, dans la profondeur de l'encéphale, il est de règle qu'il n'y ait de suppuration intra-crânienne réellement chirurgicale, que s'il y a eu une plaie des parties molles, presque toujours avec fracture compliquée des os du crâne, avec ostéite suppurée. De là des signes extérieurs — plaie, fistule ou cicatrice — de la plus haute importance; mais ils ne sont pas les seuls dont il faille tenir compte, et c'est à ce point de vue que les indications opératoires diffèrent un peu dans les diverses espèces de collections intra-crâniennes.

1° *Les collections purulentes entre la dure-mère et l'os* sont presque toujours traitées selon les règles banales de la chirurgie générale.

Le plus ordinairement, on est appelé à soigner un malade chez lequel, à la suite d'une plaie du cuir chevelu, avec fracture ou avec simple dénudation de l'os, un trajet continue à suppurer, et le stylet va butter contre un point plus ou moins étendu d'ostéite. A cela se joignent, si du pus s'accumule entre l'os et la dure-mère, des accidents fébriles plus ou moins intenses, des troubles cérébraux plus ou moins diffus : mais c'est faire de la chirurgie crânienne et non de la chirurgie cérébrale que de débrider largement la plaie, d'enlever au ciseau les parties osseuses malades, de curetter et de désinfecter les clapiers purulents, et de suturer après drainage.

Ce qu'il faut retenir, c'est le danger qui menace les méninges ou le cerveau, si on néglige une ostéite suppurée des os du crâne, que cette ostéite soit d'ailleurs traumatique ou spontanée. Il y a là un danger réel des fractures du crâne avec plaie, et c'est pour cela que, dans certains cas, le trépan immédiat est utile, en dehors de toute indication cérébrale actuelle, pour aseptiser le foyer traumatique, en obtenir la réunion immédiate et éviter des accidents ultérieurs graves, mortels même : et dans ce sens bien précis nous revenons, jusqu'à un certain point, à la doctrine hippocratique du *trépan préventif*. Les règles thérapeutiques sont donc tout à fait comparables à

celles qui permettent de prévenir les complications intra-crâniennes des ostéites du *temporal* consécutives aux suppurations de l'oreille moyenne. Je mentionnerai encore à titre de rareté les abcès dus à la suppuration, quelquefois fort lente, de certains épanchements sanguins situés entre l'os et la dure-mère. Dans un cas de L. Holden, chez un adulte, la collection extradurale causait des accidents de compression cérébrale. Il en était de même dans un cas de P. Broca, dans l'observation *princeps* de la chirurgie guidée par les localisations cérébrales et par la topographie crânio-cérébrale : un abcès situé entre l'os et la dure-mère causait de l'aphasie en comprimant le pied de la 5<sup>e</sup> circonvolution frontale gauche.

2° *Méningite et abcès de l'écorce cérébrale.* — Soit d'abord le cas le plus simple, celui d'un blessé qui présente des accidents de méningite consécutifs à une *fracture suppurée de la voûte*, ancienne ou récente. Aucun doute alors n'est permis : l'intervention s'impose, exactement comme dans le cas précédent. Le premier motif pour trépaner sans retard — malgré l'opinion naguère encore classique que la fièvre, le délire et les convulsions sont des contre-indications au trépan — est qu'en réalité il est souvent impossible de déterminer avec précision s'il y a bien véritablement une méningo-encéphalite ou seulement un abcès à la face externe de la dure-mère. Plusieurs opérateurs ont ainsi gagné la partie dans des cas que l'on aurait volontiers cru désespérés.

Mais à supposer même que le diagnostic fût certain, que l'on pût affirmer l'existence d'une méningo-encéphalite suppurée, faudrait-il s'abstenir? Je ne le pense pas. Depuis longtemps déjà on a observé des malades guéris après incision de la dure-mère et évacuation d'une collection purulente occupant la pie-mère et l'écorce cérébrale, probablement au niveau d'un foyer de contusion. On arrête ainsi la diffusion de la méningite. De nos jours, et grâce à l'antisepsie, les faits de ce genre, sans devenir bien fréquents, se sont multipliés, et parmi eux une observation de Horsley concerne un garçon de 12 ans pris de céphalée trois semaines après une plaie de tête, puis d'hémianopsie, de cécité verbale, de vomissements, de névrite optique. On trouva un abcès superficiel du pli courbe gauche. Le malade alla d'abord bien; puis il eut une hernie cérébrale, et finalement il succomba. Devons-nous toujours agir en nous laissant guider à peu près exclusivement par l'état de la plaie et de la fracture? Certes, il en sera ainsi dans la majorité des cas, mais non dans tous et, comme pour les abcès extra-duréliens, l'étude des symptômes de localisation nous donnera parfois des renseignements fort précieux, soit pour déterminer le lieu où il conviendra de trépaner, soit, plus souvent, pour nous permettre d'intervenir de bonne heure, alors qu'il existe une suppuration encore limitée au foyer de contusion cérébrale.

Lorsqu'il existe une fracture compliquée de la voûte, la question est donc assez claire. La réponse est loin d'être aussi nette en ce qui concerne les méningites consécutives aux *fractures irradiées à la base*. Par les fissures des cavités de l'oreille, des fosses nasales, ces fractures sont compliquées et l'infection des méninges est leur danger principal. Mais notre pouvoir est ici bien faible pour réaliser l'asepsie préventive de ces cavités, et,

une fois l'infection déclarée, il nous est à peu près impossible de désinfecter, à la base du crâne, son foyer initial. Évidemment, les tentatives les plus hasardeuses sont autorisées sur des blessés que l'on sait presque irrémédiablement perdus, et je ne suis pas de ceux qui se refusent à une intervention pour ne pas la discréditer par un échec prévu. Mais les essais tentés dans ce sens sont jusqu'à présent demeurés vains. Entre les deux catégories précédentes doit trouver place une observation de Péan, où il y avait une plaie de tête, puisque le sujet, une fille de 4 ans et demi, avait reçu deux mois auparavant une balle dans l'orbite du côté droit, mais où les symptômes fonctionnels — une monoplégie flasque — indiquèrent de trépaner sur le centre du membre supérieur. En ce point, on trouva la pie-mère rouge lie de vin, couverte d'arborisations blanchâtres; il s'écoula environ 200 grammes de liquide céphalo-rachidien laiteux, purulent, et cela fait, on constata que l'écorce cérébrale était déprimée. L'enfant était guérie au bout de 15 jours.

5° *Abcès profonds du cerveau.* — Les abcès profonds ne sont connus avec quelque précision que depuis peu d'années; jusqu'à la période moderne de la chirurgie, leur symptomatologie et leur diagnostic étaient restés dans l'ombre, sans doute parce qu'on les considérait comme au-dessus des ressources de l'art. Aussi ne cherchait-on point à les différencier des abcès corticaux, devant lesquels on désarmait volontiers, et sur le tout on bâtissait la description de la méningo-encéphalite traumatique, avec son pronostic désespérant. Déjà, dans ce tout, nous venons de voir que les abcès corticaux méritent au moins une mention spéciale. Quant aux abcès profonds, il est utile de les décrire séparément. On aurait tort toutefois de trop les individualiser, car si, en règle générale, ils sont tardifs et relativement indépendants du foyer extérieur, il ne faudrait pas accorder une valeur absolue à ces différences avec les abcès corticaux : la chronologie n'a qu'une importance relative, et d'autre part, il n'est point rare que ces abcès communiquent directement, par un pertuis ouvert dans l'écorce, avec une déchirure de la dure-mère et une fracture esquilleuse. Il en était ainsi en particulier dans les deux cas que j'ai observés chez l'enfant. De là des conclusions opératoires sur lesquelles nous aurons à insister.

La lenteur de formation est quelquefois très remarquable, et se compte non point par jours ni par mois, mais par années; ainsi la fracture datait de 3 ans chez un malade de Venturi, de 10 et de 11 ans dans une observation de Damer Harisson, de 15 ans même dans un cas de Shapleigh. Plusieurs de ces malades étaient des adultes dont le trauma initial remontait à l'enfance.

Pendant cette période, quelquefois la santé paraît parfaite, l'abcès est complètement latent : W. Stokes insiste sur la fréquence avec laquelle on note, pendant un temps variable, l'absence de toute symptomatologie. Mais souvent il n'en est pas ainsi, et l'étude attentive de la courbe de température, des troubles cérébraux, est presque toujours capable de mettre le clinicien en éveil.

La condition essentielle de la genèse des abcès traumatiques de l'encéphale est l'existence d'une plaie infectée du crâne, presque toujours avec fracture;

mais Bergmann admet que la solution de continuité osseuse n'est pas indispensable. Peu nous importent la pathogénie exacte de cette infection, la voie suivie par les agents pyogènes; mais ce que nous devons connaître, c'est le siège de la collection purulente par rapport au foyer traumatique initial. Or si, dans la plupart des cas, l'abcès se forme en regard de ce foyer, cette règle n'est pas sans exception, et, de temps à autre, on le voit en être fort éloigné, occuper même le lobe opposé du cerveau, peut-être au niveau d'un foyer de contusion centrale par contre-coup, secondairement envahi par la suppuration. Nous devons retenir, en pratique, cette sorte d'indépendance entre certains abcès cérébraux et la blessure dont ils dérivent, pour être dûment avertis que nous n'aurons pas toujours la chance d'être conduits, de proche en proche, depuis des lésions du cuir chevelu jusqu'à l'abcès profond : et souvent, en dehors des cas où un symptôme spécial nous permettra de diagnostiquer le siège de l'abcès en un point déterminé de l'écorce, nous ne pourrons pas nous diriger à coup sûr, mais nous en serons réduits à trépaner au niveau de la plaie, de la cicatrice cutanée, de l'enfoncement osseux, pour explorer ensuite, un peu au hasard, les profondeurs de l'hémisphère. Mais, avant d'indiquer les règles de cette exploration, je dois résumer les symptômes qui la justifient. Avec Bergmann, il faut diviser en 3 catégories les symptômes des abcès du cerveau : 1° ceux de la suppuration; 2° ceux de l'excès de pression intra-crânienne; 3° ceux qui résultent de localisations spéciales.

Les *phénomènes généraux de la suppuration* ont ici une valeur réelle. Quelques semaines après une fracture du crâne, — en général compliquée d'une plaie du cuir chevelu, actuellement cicatrisée ou encore suppurante, — un sujet souffre de malaise, de frissonnements vespéraux, d'une légère hyperthermie. Cela dure pendant quelques jours, puis cesse pour reparaitre au bout d'un temps variable, et il peut y avoir ainsi des intervalles de plusieurs mois même : c'est déjà une présomption pour l'existence d'un abcès cérébral. Ces symptômes seront surtout pris en sérieuse considération lorsqu'ils s'associeront à ceux qui résultent de l'*augmentation de pression intra-crânienne*. Ici, nous enregistrons en première ligne la céphalalgie fixe, prolongée, mais rémittente, parfois exagérée par la pression sur le crâne au niveau de l'abcès. Plus rarement que dans les tumeurs surviennent, abstraction faite du stade terminal, le ralentissement du pouls, la somnolence, le coma, la stase papillaire surtout. Le fait principal est que ces accidents ne sont pas seulement aggravés par tout ce qui congestionne le cerveau (alcool, décubitus tête basse), mais encore subissent des variations corrélatives à celles de la fièvre, du malaise, et, en particulier, sont souvent plus nets le soir que le matin. En dehors des renseignements étiologiques montrant, dans les lésions anciennes ou actuelles, une cause possible d'abcès, ces variations, parallèles à celles de l'état général, sont une différence des plus importantes entre les abcès et les tumeurs de l'encéphale.

A l'aide des symptômes de ces deux catégories, et grâce à la notion étiologique, on peut diagnostiquer assez aisément l'existence d'un abcès cérébral. Mais où siège cet abcès? C'est seulement par les signes du troisième

ordre, par les *signes de localisation*, qu'on pourra le déterminer. Ces signes sont l'aphasie dans ses divers modes, les paralysies localisées, motrices ou sensorielles, les accès convulsifs revêtant le type de l'épilepsie jacksonienne. La paralysie s'observe surtout lorsque le foyer purulent a détruit un centre cortical ou ses voies de transmission. Elle est moins changeante que les convulsions, qui se manifestent par crises et sont surtout liées à l'irritation inflammatoire des parties voisines de l'abcès. Or, cette irritation est variable suivant les moments. Elle survient, à vrai dire, par sortes de crises, tout comme nous venons de le voir pour les accidents fébriles, pour les troubles dus à l'excès de pression intra-crânienne.

Ces symptômes de localisation sont loin d'être la règle, et lorsqu'ils existent il ne faut pas s'y fier d'une façon absolue, car l'irritation inflammatoire peut fort bien agir à distance. Sans doute, lorsqu'ils seront nets et lorsque la plaie extérieure sera cicatrisée, on pourra être conduit à trépaner, sans tenir compte de cette cicatrice, sur la circonvolution qu'on soupçonne lésée, ou bien, la plaie étant plus ou moins étendue, on trépanera sur celle de ses extrémités qui répond à cette circonvolution.

Mais dans la pratique les faits ne se présentent en général pas de la sorte, et la plupart du temps on ouvrira le crâne au siège de la fracture. C'est la seule conduite possible lorsque font défaut les signes de localisation; c'est d'ordinaire la meilleure lorsqu'ils existent et lorsque la plaie est cicatrisée, s'il n'y a pas un écart trop grand entre le siège de cette cicatrice et celui de la circonvolution présumée malade; c'est toujours la meilleure, qu'ils existent ou non, lorsque la plaie suppure, recouvrant un foyer d'ostéite ou donnant issue à une hernie cérébrale. On n'oubliera pas, en particulier, que la hernie cérébrale ou encéphalocèle traumatique est très souvent symptomatique d'un abcès sous-jacent.

*Manuel opératoire.* — En étudiant le diagnostic du siège de l'abcès, nous avons fait voir où il convenait de trépaner. Après avoir ouvert le crâne, le chirurgien n'aura quelquefois aucune peine à trouver l'abcès, s'il y a une *perforation de la dure-mère*, sous laquelle une fistulette de l'écorce conduit rapidement dans la cavité purulente de l'encéphale. Cette disposition, qui facilite tant la besogne, n'est pas l'apanage des pénétrations par coups de feu ou par instrument piquant. On peut la rencontrer après des fractures ordinaires, avec plaie.

Pour s'assurer de cette pénétration, quelques auteurs ont eu recours à l'exploration avec un stylet, qu'ils ont enfoncé à 6, 8 centimètres. Je ne crois pas que cette conduite soit à recommander: s'il existe des accidents encéphaliques et une fistule extérieure, il faut trépaner en prenant pour centre la fistule, et il est absolument inutile de savoir à l'avance si la dure-mère est ou non perforée. On verra le trou dès qu'on aura enlevé la rondelle osseuse, et on débridera alors en connaissance de cause, de façon à examiner l'écorce sous-jacente sans avoir à craindre d'y créer une fausse route.

Si l'on ne trouve *pas de perforation de la dure-mère*, on peut hésiter à fendre cette membrane pour aborder directement le cerveau, à moins qu'on ne la voie bomber, dans la brèche osseuse, et qu'on ne sente sous elle le

cerveau rénitent, privé de pulsations. Ou bien, on peut songer à ponctionner le cerveau à travers elle. Il vaut beaucoup mieux inciser franchement et de parti pris la dure-mère, si l'on opère un sujet atteint de troubles cérébraux caractérisés. C'est directement, par la vue et le toucher, qu'il convient d'examiner le cerveau mis à nu, puis de le soumettre à la ponction exploratrice.

Il est assez souvent arrivé que la ponction soit restée blanche, quoiqu'il existât un abcès. Cela tient d'ordinaire à ce que l'abcès est plus ou moins éloigné du foyer de fracture où l'on a trépané. Mais ce n'est pas la seule explication de l'échec, et, par exemple, dans des plaies par armes à feu, où, par conséquent, il y avait continuité entre la plaie des parties molles et l'abcès de l'hémisphère, la ponction est restée blanche entre les mains de Köhler, de Bergmann. L'emploi d'une aiguille est peut-être une cause d'insuccès, la lumière se bouchant par un cylindre de substance cérébrale enlevé comme à l'emporte-pièce, et, à ce point de vue, le trocart a une supériorité réelle. On pensera, peut-être, que l'aspiration portera remède à cet inconvénient, mais dans un cas personnel je n'ai vu le pus couler par le trocart qu'après avoir cessé de faire agir le vide, la ponction étant restée blanche jusque-là. Bergmann, Navratil déclarent même que l'exploration au bistouri est la plus probante, et, par exemple, Obalinski a vu du pus sortir de la sorte après que la ponction avait été infructueuse.

Lorsqu'on est arrivé dans le foyer, on débride le long du trocart laissé comme conducteur; si on a ponctionné au bistouri, on agrandit simplement la plaie. Puis, avec la pince de Lister, on introduit un drain de gros calibre.

Les suites immédiates de cette intervention sont le plus souvent favorables: les accidents cérébraux cessent avec une rapidité variable, les symptômes paralytiques et convulsifs s'amendent. Quant à la suppuration, elle diminue vite, et bientôt elle est réduite à quelques gouttes insignifiantes. Trop volontiers, on croit alors qu'on peut mettre un drain de plus en plus court et de plus en plus étroit, et, en effet, il n'en résulte d'ordinaire aucun inconvénient immédiat. Mais trop souvent, après la suppression de ce drain, la plaie extérieure ne se ferme pas complètement, il reste une fistulette qui laisse sourdre un peu de pus, en quantité minime; puis, au bout de quelques semaines, on voit les accidents cérébraux éclater de nouveau, d'abord légers et intermittents, puis graves, et l'on est contraint à une deuxième intervention pour remettre en place ce drain trop tôt supprimé. Il peut en être absolument de même, la plaie extérieure étant bien cicatrisée, et certains sujets présentés comme guéris à diverses sociétés savantes n'ont pas tardé à mourir de leur abcès récidivé.

Le drainage doit donc être très prolongé, d'autant plus qu'on ne peut souvent pas l'établir au point décline de la poche. C'est pour cela que Horsley a conseillé le drainage prolongé avec un tube d'argent. Même de la sorte, il ne faudrait pas trop compter sur la guérison, et les observations publiées peu après que le malade a quitté l'hôpital ont une médiocre valeur.

Rose a même soutenu que presque jamais les abcès cérébraux ne sont curables, car jamais ils ne sont limités par une membrane enkystante, mais toujours ils sont entourés de substance cérébrale ramollie dans laquelle le