

siégeant à la voûte du crâne et offrant comme caractère particulier d'être sonore à la percussion, lisse, élastique; elle était apparue spontanément, sans coup ni chute. M. Thomas se livra à cette occasion à des recherches qui lui permirent de découvrir quelques autres faits analogues. Il résulte de ces recherches que le contenu de ces tumeurs n'est autre que l'air atmosphérique, et que le point de départ est le sinus frontal ou les cellules mastoïdiennes, cavités renfermant normalement de l'air. Sous une influence morbide, ces cavités s'étendent au delà de leurs limites ordinaires; les espaces aréolaires du diploé s'agrandissent, puis la table externe de l'os se résorbe en un point donné; apparaît alors la tumeur, qui va grossissant à mesure que l'air devient plus abondant, et le décollement du péri-crâne peut s'étendre à une grande distance.

La résorption sénile des os du crâne me paraît fournir l'explication rationnelle du phénomène pathologique. Comme pour les tumeurs sanguines communicantes, le seul traitement doit être une contention méthodique.

Si la richesse vasculaire des téguments du crâne exerce une heureuse influence sur la nutrition des vastes lambeaux pédiculés du cuir chevelu, par contre elle prédispose aux lésions inflammatoires, à l'*érysipèle*, par exemple: cette affection emprunte aux dispositions anatomiques signalées plus haut quelques caractères spéciaux que nous devons indiquer. C'est ainsi que, vu l'épaisseur de la peau, la rougeur est moindre que dans les autres régions; la densité extrême du derme, de la couche sous-dermique, fait que la tuméfaction y est également moins prononcée, ce qui explique pourquoi cette maladie a été souvent méconnue au cuir chevelu, d'autant plus que la présence des cheveux est encore un obstacle à l'exploration.

L'*érysipèle* présente ici une gravité particulière due à la communication des deux circulations veineuses intra et extracrâniennes et à la possibilité de la transmission par les gaines vasculaires de l'inflammation de la peau aux méninges et au cerveau.

Le *phlegmon* du crâne emprunte aussi aux dispositions anatomiques précédentes des caractères qu'il importe de noter. Comme pour les tumeurs sanguines, je divise le phlegmon du cuir chevelu en: *sous-cutané*, *sous-aponévrotique* et *sous-périostique*.

Le phlegmon *sous-aponévrotique*, devenu très rare, grâce au traitement aseptique des plaies contuses, mérite cependant d'attirer l'attention. Signalé spécialement par Pott, J.-L. Petit et Dupuytren, ce phlegmon gagne rapidement toute la surface du crâne, ce qu'explique bien la disposition de la couche lamelleuse sur laquelle j'ai tant de fois insisté. La résistance de l'aponévrose en dehors, des os en dedans, rend compte de la diffusion rapide de ce phlegmon et de l'étranglement qui l'accompagne. Les nerfs de la région se trouvent soumis à une compression intense, d'où les atroces douleurs qu'ont mentionnées les auteurs comme propres à cette affection. On pourrait la désigner sous le nom de phlegmon large du crâne, par analogie avec le phlegmon large du cou. Il présente la gravité du phlegmon diffus en général, sans compter ce qu'ajoute au pronostic ordinaire le voisinage de l'encéphale. On devine aisément que le seul traitement actif convenable consiste dans de grandes et profondes incisions libératrices destinées à arrêter la marche envahissante du phlegmon et à calmer