ment faite amène peu à peu, sans violence, la réduction, et pendant qu'elle agit, on a soin d'étayer le membre sur des coussins dont le volume et la forme sont réglés sur le degré et le sens de la déviation.

Il réduit, sans douleurs, la contracture musculaire dans les fractures de cuisse, permet le massage et assure la coaptation des fragments si le périoste a été déchiré.

Les avantages obtenus ainsi, sur la gouttière de Bonnet et sur beaucoup d'autres appareils dont l'énumération est ici bien inutile, ne sont pas discutables. En détachant un des membres et en le relevant pour l'écarter du côté malade, on peut, sans peine, nettoyer les parties contaminées et glisser un bassin plat sous le siège, surtout si, du même côté, on relâche les courroies fixatrices pour pouvoir incliner doucement le corps tout entier. Nous ne pensons pas, en effet que le bienfait de l'immobilisation soit détruit parce que, de temps en temps, on aura imprimé aux malades quelques mouvements nécessités par des soins indispensables pour assurer son bien-être.

Nous ne prêtons pas la moindre attention aux mouvements imprimés au patient pour le changer de lit et le porter sur sa claie quand il devra chercher une position meilleure, prendre un bain, respirer le grand air.

Une longue expérience nous confirme dans cette opinion.

LIVRE II

TÊTE ET COU

Le livre II comprendra deux parties distinctes : les maladies du crâne et celles de la face et du cou. Pour chacune de ces parties nous avons adopté la division simple en deux chapitres avec des subdivisions basées sur l'anatomie pathologique : maladies congénitales et maladies accidentelles.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DU CRANE

Restant fidèle au plan que nous nous sommes tracé de ne parler dans cet ouvrage que des affections spéciales à l'enfance ou de celles qui, à cet âge de la vie, présentent un caractère particulier, nous avons autant que possible réduit le nombre des articles et résumé ceux que nous avons cru devoir écrire.

L'article premier : maladies congénitales, contiendra la description de la méningite, de l'hydrocéphalie, de la microcéphalie et des kystes congénitaux du crâne.

L'article deuxième : maladies accidentelles, s'occupera des tumeurs érectiles, du céphalœmatome et des fractures du crâne.

ARTICLE PREMIER

MALADIES CONGÉNITALES

Les maladies congénitales du crâne sont assez fréquentes. Elles se présentent *tantôt* avec des caractères tout à fait nets

tels l'hydrocéphalie et la microcéphalie dont le diagnostic symptomatique s'impose tandis que leur pathogénie est souvent obscure ; *tantôt* au contraire le diagnostic différentiel est hérissé de difficultés et demande à être précédé d'un examen attentif et méthodique : c'est le cas de certains kystes congénitaux et des encéphalocèles.

§ 1. — Encéphalocèle congénitale
Méningocèle

L'encéphalocèle peut être définie : tumeur embryonnaire en communication directe avec la cavité cranienne et composée à des titres variables par les méninges, du liquide céphalo-rachidien et de la substance nerveuse.

1° Anatomie pathologique. — L'*orifice cranien* est de dimensions très variables (tantôt quelques millimètres, tantôt plusieurs centimètres de diamètre) ; il a une forme arrondie ou ovalaire et des bords toujours lisses. Il siège le plus habituellement soit à la région occipitale (ligne médiane et son voisinage, trou occipital), soit à la région frontale (racine du nez) ; il peut siéger encore à la partie antérieure de la base du crâne (os unguis, fente sphénoïdale, apophyse basilaire et orbite) ; rarement il correspond aux fontanelles.

La *poche* est constituée par les téguments refoulés : la peau est le plus souvent amincie et transparente, sillonnée de veines dilatées et sinueuses ; mal nourrie, distendue par le développement de l'encéphalocèle, elle va devenir le siège d'ulcérations trophiques et pourra se sphacéler. Le tissu cellulaire disparaît en partie ; l'aponévrose épicranienne est dissociée.

Le *contenu* est variable, et, selon les cas, on dit qu'il y a : *méningocèle*, *encéphalocèle proprement dite*, *hydrencéphalocèle*.

Dans la *méningocèle*, les méninges seules tapissent la paroi interne de la poche et sont distendues par du liquide. L'existence de la méningocèle pure est loin d'être admise par tous les auteurs. Dans tous les cas, si elle existe, elle est très rare.

Mais la présence d'une véritable hernie du centre nerveux est aujourd'hui bien souvent mise en doute, comme le témoignent des observations mieux faites qui nous montrent un tissu rappelant vaguement la substance cérébrale et recouvert rarement par la dure-mère, qui manquerait en même temps que la paroi osseuse.

Le plus souvent la tumeur contient du tissu nerveux (*encéphalocèle proprement dite*). C'est, selon le siège, une corne antérieure ou postérieure du cerveau, le cervelet.

Dans l'*hydrencéphalocèle*, du liquide distend excentriquement la portion encéphalique herniée. Dans les cas où la pression de ce liquide ventriculaire est très forte, le tissu nerveux, refoulé à la périphérie, peut être très aminci et passer inaperçu au cours d'une opération, ou bien il peut se rompre et se ratatiner : on comprend dans ces cas la confusion possible avec une méningocèle.

Il existe des monstruosités dans lesquelles le crâne est en grande partie déshabité ; l'encéphale, presque tout entier, est en ectopie, ce sont les *exencéphalies* de Geoffroy Saint-Hilaire, que l'on doit considérer comme les degrés extrêmes de l'encéphalocèle.

Le *liquide* est du liquide céphalo-rachidien.

Différentes altérations concomitantes existent souvent avec l'encéphalocèle. Ce sont des arrêts de développement plus ou moins étendus portant sur telle ou telle portion de l'encéphale ; des déformations du crâne avec asymétrie : microcéphalie, macrocéphalie. Enfin on a noté simultanément le spina-bifida, le bec-de-lièvre, le pied bot, etc.

2° Pathogénie. — Les théories pathogéniques sont divisées en deux groupes par les classiques : *théories fœtales* et *théories embryonnaires*.

Les *théories embryonnaires*, qui semblent seules aujourd'hui rallier tous les auteurs, font remonter les origines de l'encéphalocèle tout à fait au début de la vie embryonnaire. Soit qu'il se produise des adhérences amniotiques au niveau de la vésicule cérébrale primitive (Geoffroy Saint-Hilaire), soit qu'il y ait compression de la vésicule encéphalique (Dareste), il se