

## C. — ANÉVRYSMES DIVERS INTRA-CRANIENS

La plupart des anévrysmes, assez rares d'ailleurs, qui se développent sur les autres branches artérielles de l'encéphale n'offrent qu'un intérêt théorique car ils sont inaccessibles et souvent fort difficiles à diagnostiquer. En dehors des cas cités dans la thèse de GOUGUENHEIM, nous mentionnerons quelques cas récents. HENSCHEN (*Revue de HAYEM*, t. XV, 1880, p. 48) a publié une observation d'anévrysme de l'artère basilaire qui avait déterminé des attaques épileptiformes et la mort. Dans un cas de RONEBERG un anévrysme de la même artère avait amené une hémorragie méningée (*SCHMIDT's Jahrb.*, Bd. CXCIII, p. 138). La rupture d'un anévrysme de l'artère cérébrale moyenne causa également la mort dans un cas de O. WOOD (*Brit. Med. J.*, 1879), chez un aliéné. la tumeur siégeait sur l'artère sylvienne dans un fait de WESTPHAL (*Arch. gén. de méd.*, t. XXVI, 1875, p. 728). Les premiers symptômes d'un anévrysme de la cérébrale antérieure se manifestèrent en sortant d'un bain froid, chez le malade de LORBER (*Arch. gén. de méd.*, 6<sup>e</sup> S., 1868, t. XI, p. 229). Enfin, RIZZOLI rapporte un bel exemple d'anévrysme artério-veineux qui faisait communiquer l'occipitale avec le sinus transverse.

3<sup>o</sup> AFFECTIONS DES VEINES

## A. — PHLEBECTASIE DU CRANE

Les téguments du crâne sont quelquefois le siège d'un développement veineux anormal; dans ces cas les veines forment par place de véritables paquets, mous, réductibles en partie. Ces tumeurs se gonflent toutes les fois que la circulation de retour est entravée; elles sont remarquables par leur indolence, leur développement insensible. Quant à leurs causes, elles sont mal connues, à moins qu'on n'admette avec HEINEKE, la prédisposition morbide, l'habitude du travail dans une position penchée, la congestion habituelle de la tête. Un jeune soldat que nous avons observé présentait une tumeur de ce genre au niveau de la région temporale gauche. D'autres fois la varice siége au front; BRUNS a publié de beaux exemples de cette maladie, plus spéciale d'ailleurs à l'âge adulte qu'à tout autre.

L'expectation et le traitement palliatif doivent être recommandés; il ne faudrait intervenir qu'autant que la tumeur serait très-génante, menacerait de se rompre et deviendrait l'occasion d'accidents. En pareil cas, c'est à l'extirpation antiseptique que HEINEKE donne la préférence.

## B. — TUMEURS VEINEUSES EN COMMUNICATION AVEC LES SINUS

**Bibliographie.** — PELLETAN, *Clin. chirurg.*, t II, p. 77. — DUFOUR, *Mém. de la Soc. de biologie*, 1851, t. III. — VERNEUIL, *Soc. de chirurgie*, 1853-54. — HEINEKE, in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 31, p. 56, 1882 (Bibl). — GAYRAUD, art. CRÂNE, *Dict. de DECHAMBRE*. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1877. Thèse de Paris. — 1858, DUPONT.

Ces collections connues sous le nom de *tumeurs veineuses* de DUPONT, qui a publié une bonne thèse sur le sujet, sont encore appelées *hernies sanguines réductibles*. HEINEKE les considère comme des varices et en décrit quatre variétés : *varix simplex racemosus, spurius, communicans, varix herniosus sagittalis*. En France nous n'établissons pas ces distinctions.

Les recherches les plus récentes démontrent que les poches veineuses, sortes de bissacs, se font à travers une perforation des os du crâne traumatique (POTT, HUTIN), le plus ordinairement spontanée. On comprend aisément qu'un traumatisme, une esquille puissent blesser le sinus longitudinal supérieur et le faire communiquer avec une poche superficielle. De même, l'atrophie partielle de la paroi (S. DUPLAY), l'ulcération des os (DUPONT), permettent d'expliquer la production de ces sortes de tumeurs. Quant à la dilatation ou varice d'une veine émissaire, elle ne saurait être admise faute d'autopsies. DUPLAY accepte l'interprétation suivante : les lacs veineux décrits par TROLLARD entre les glandes de Pacchioni et le crâne serviraient d'intermédiaire entre les sinus et la perforation; le sang de ces lacs formerait la tumeur extérieure; il n'y aurait donc pas de phlébectasie simple comme quelques-uns l'ont cru.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur le siège réel de la tumeur externe; tandis que les uns pensent qu'elle est, au moins au début, sous-périostique, d'autres la placent entre le péri-crâne et la couche fibro-musculaire qui la recouvre. La vérité est qu'au bout d'un certain temps les parties molles altérées sont méconnaissables, si bien que la tumeur n'est plus recouverte que par la peau. Du côté de l'os, on observe des perforations tantôt uniques, en fente, circulaires ou étoilées, tantôt multiples et très fines. Au pourtour de la perforation on a maintes fois noté l'existence d'un bourrelet osseux comme dans le céphalématome. Le sang qui est renfermé dans la tumeur est toujours veineux, coagulé en partie et contenu dans un sac unique ou aréolaire avec des cloisons et des brides. Ces tumeurs veineuses siègent de préférence au front et le long de la suture sagittale sur le trajet du sinus longitudinal supérieur. MIDDELDORFF en a observé un cas à l'occiput.

Ces collections du volume d'une noix, arrondies, violacées lorsque la peau est très amincie, sont molles, dépressibles, fluctuantes, réductibles, indolentes. La poche diminue dans certaines positions de la tête, tandis qu'elle devient turgescente dans la déclivité. L'expiration forcée, les efforts déterminent également sa tension. Après la réduction avec le doigt, on perçoit la perforation du crâne, et il suffit ordinairement de maintenir la pression en ce point pour empêcher la reproduction de la tumeur. La réduction complète après l'application d'un anneau de plomb ou d'ivoire, donne la certitude qu'il s'agit bien là d'une tumeur en communication avec la circulation intra-cranienne. Dans quelques cas cette réduction produirait des malaises, des vertiges, des éblouissements (DUPLAY, AZAM).

Le siège de la tumeur, son gonflement dans la position déclive, l'indolence, l'absence de pulsations, la réductibilité après compression circulaire, l'impossibilité de la reproduire quand on comprime la perforation, sont des caractères si particuliers qu'il sera difficile de confondre ces collections avec un ané-

vrisme, une varice superficielle, un encéphalocèle, un céphalématome spécial au nouveau-né. Néanmoins on a plusieurs fois commis des erreurs de diagnostic.

Le pronostic de cette affection est généralement bénin; un blessé de HUTIN vécut jusqu'à l'âge de quatre-vingt-un ans. Le développement de ces tumeurs est extrêmement lent. Un malade de FLINT mourut d'hémorragie après l'ouverture de la collection; une erreur semblable exposerait encore à l'entrée de l'air dans les veines, à la phlébite, etc.

L'abstention doit être la règle et le chirurgien se bornera à conseiller une compression uniforme, avec une calotte qui préserve en même temps la poche contre les chocs extérieurs. Enfin il faut proscrire les positions qui amènent la turgescence de la tumeur.

#### C. — PHLÉBITE DES SINUS

L'inflammation des sinus succède assez fréquemment aux blessures, aux altérations du crâne; elle peut encore résulter de la propagation aux sinus de la phlébite des veines superficielles, faciales ou craniennes (furuncles). GÉLY, BLACHEZ ont publié des cas de phlébites superficielles qui s'étaient terminées par la mort. Enfin la thrombose des sinus amène assez souvent l'inflammation de leurs parois.

Tantôt les principes septiques, après avoir occasionné l'inflammation d'un organe périphérique, ont été entraînés dans le sinus, ce qui arrive d'ordinaire dans le cas d'inflammation des veines du diploé; tantôt le sinus, au contact d'une portion du crâne malade, le rocher par exemple, s'enflamme à son tour. L'érysipèle de la face et du cuir chevelu, les phlegmons septiques de l'orbite et de la parotide, les furuncles et la pustule maligne de la tête se compliquent quelquefois d'inflammation et de suppuration des sinus.

La phlébite des sinus intéresse ordinairement les sinus transverses, caverneux et plus rarement le sinus latéral; la paroi est ordinairement épaissie, infiltrée, ramollie et comme gangrenée par places. On trouve à l'intérieur un caillot qui obture le vaisseau et suppure dans quelques points. L'inflammation des sinus retentit toujours sur les organes voisins, les méninges et le cerveau qui présentent une injection marquée; on a même trouvé des abcès au niveau de la veine et à une certaine distance dans l'épaisseur du cerveau. Enfin la pyohémie et la septicémie terminant souvent cette phébite, on retrouve dans les poumons, le foie, etc., les lésions ordinaires de ces maladies.

La phlébite des sinus n'a pas de symptômes propres, caractéristiques. Au début les malades accusent une violente douleur, localisée; il y a de la fièvre, de l'inappétence, de l'anxiété, des vomissements; il n'est pas rare d'observer des paralysies partielles des muscles de la face. Bientôt tous ces symptômes sont confondus avec ceux de la méningite, de l'encéphalite; ou bien il y a des frissons irréguliers, une pleurésie et une pneumonie comme dans la septicémie. Les symptômes de méningo-encéphalite dominant généralement la scène, et tantôt ils sont d'ordre irritatif, tantôt dépressif. La mort, qui est la

terminaison fréquente de cette redoutable complication, survient habituellement vers la fin du premier septénaire.

Les symptômes plus particulièrement propres à la phlébite du sinus caverneux sont les suivants. L'œil du côté correspondant présente toute une série d'altérations faciles à comprendre d'après la disposition des nerfs qui traversent le sinus; il est douloureux, on constate l'existence de photophobie, de contracture de la pupille; la conjonctive et les paupières sont œdématisées, le globe projeté en avant. Les douleurs péri-orbitaires sont intenses.

La phlébite du sinus transverse exerce plus spécialement son action sur le pneumogastrique, l'hypoglosse, etc., et produit le ralentissement ou l'accélération du pouls. Il y a presque toujours un gonflement marqué au niveau et au-dessous de l'apophyse mastoïde du côté correspondant.

Les cas de guérison de phlébite des sinus sont extrêmement rares, en admettant que ceux qui ont été signalés soient réels. Cela tient à la gravité des complications et aussi à l'inefficacité de la thérapeutique, qui ne saurait être que prophylactique: (ouverture et cautérisation des furuncles, des pustules malignes; ouverture des foyers suppurés, antiseptie primitive, etc.). L'action chirurgicale, quand les symptômes de phlébite se déclarent, consiste à administrer des purgatifs et à faire placer des sangsues à proximité du siège de la phlébite.

#### § 3. — Tumeurs du crâne et de la dure-mère.

Le crâne et la dure-mère peuvent être le siège de néoplasmes assez nombreux; tels sont les *fibromes*, les *kystes hydatiques*, l'*épithélioma* par propagation et envahissement; de tous, les plus importants sont assurément les *sarcomes*, autrefois étudiés sous le nom de *fungus de la dure-mère*.

#### SARCOMES DU CRÂNE ET DE LA DURE-MÈRE. — FONGUS DE LA DURE-MÈRE

**Bibliographie.** — KAUFMANN, *De tumore capitis fungoso*, 1743. — LOUIS, *Mém. de l'Acad. r. de chir.*, 1774, t. V, p. 2; — *Arch. gén. de médecine*, t. XXVIII, p. 422. — BÉRARD, in *Gaz. méd.*, 1833, p. 735. — ARAN, *Arch. gén. de médecine*, 5<sup>e</sup> Série, t. IV, 1854, p. 385. — DAUVERGNE, *Bull. gén. de thérapeutique*, 1872. — ARNOLD, in *Arch. de Virchow*, t. LVII, p. 297, 1873. — BIZZOZERO et BOZZOLO, in *Wien. Med. Jahrb.*, 1874, p. 284, 293. — KOLACZEK, in *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, Bd. IX, 1878. — KÜSTER, *Berlin Klinik. Wochens.*, 1881, n<sup>os</sup> 45 et 46. — HEINEKE, in *Deutsch. Chirurgie*, Lief. 31, 1882 (Bibliographie).  
Thèses de Paris. — 1816, THIBAUT. — 1825, ESPINOSA. — 1846, MALESPINE. — 1848, CHASSAIGNAC (Agr.). — 1873, SABATIÉ.

Le sarcome n'est pas très fréquent au cuir chevelu et aux os du crâne: sur cent-trente-quatre cas de tumeurs de la tête, GURLT a trouvé onze sarcomes.

Le *sarcome des parties molles* peut acquérir des dimensions insolites; DUMREICHER, sur une femme de trente-neuf ans, en a observé un, qui tombait jusque sur l'épaule. La plupart sont des sarcomes à cellules fusiformes, bien qu'on

ait rencontré les autres variétés et même le myxo-sarcome. La tumeur présente parfois des kystes comme dans un cas de STUDSGAARD ; le sarcome mélanique est le plus grave de tous. Ces tumeurs sont susceptibles de s'ulcérer, de perforer les os du crâne par le fait de la pression qu'elles déterminent.

Les sarcomes des os siègent à la voûte et à la base, prennent naissance dans le périoste, dans le diploé ou la dure-mère. Généralement les sarcomes périostiques font saillie au dehors, ce n'est que dans les périodes ultimes de leur développement qu'ils ulcèrent l'os et pénètrent dans le crâne.

Ces tumeurs présentent une particularité intéressante : leur ossification. Il se forme alors des travées rayonnantes séparées par un tissu morbide.

Les sarcomes myélogènes ne peuvent se développer qu'en refoulant l'une

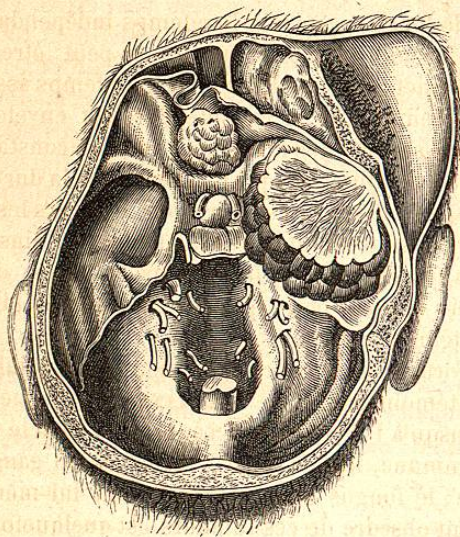


Fig. 19. — Sarcome du crâne qui a perforé la dure-mère, d'après Arnold.

ou l'autre des tables de l'os, parfois les deux en même temps ; ce travail est toujours assez lent. L'os se gonfle, la tumeur est recouverte par une coque osseuse qui proémine aussi bien en dedans qu'en dehors. Parfois la coque amincie, parcheminée, se brise et le produit morbide fait hernie au dehors. On a vu (PAGET, ARNOLD (fig. 19) un sarcome perforer la dure-mère, puis s'enfoncer du côté du cerveau. Le développement de ces néoplasmes se fait souvent avec rapidité, il n'est même pas rare d'observer, un petit nombre de mois après leur apparition, des tumeurs secondaires dans le crâne ou d'autres os. Quant à leur structure, ces sarcomes osseux offrent toutes les variétés connues, y compris le myxo-sarcome et le cylindrome (KOCHER). Les pariétaux sont le siège fréquent de ces sarcomes ; les uns sont durs, les autres mous ; ces derniers sont ordinairement très vasculaires et simulent un angiome à s'y méprendre.

Les sarcomes de la dure-mère comprennent une bonne partie de ces tu-

meurs mal définies que les anciens désignaient sous le nom de *fungus de la dure-mère* ; ils se développent de deux façons différentes ; tantôt ils tendent à se porter en dehors en perforant le crâne, tantôt en dedans vers le cerveau. HEINEKE explique cette différence en admettant que dans le premier cas la tumeur prend naissance dans les couches les plus externes de la dure-mère, qui resteraient intactes dans les sarcomes internes. Quoi qu'il en soit, le fungus qui resteraient intactes dans les sarcomes internes. Quoi qu'il en soit, le fungus se porte parfois des deux côtés de la membrane. La perforation du crâne se fait toujours lentement et les dégâts sont d'ordinaire plus accusés du côté de la table interne que sur l'externe. Dès que le trou est établi, le tissu sarcomateux fait hernie en dehors formant une tumeur de plus en plus volumineuse ; à mesure qu'elle s'accroît, la perforation du crâne s'agrandit également, parfois une partie périphérique de la tumeur se trouve recouverte par la table externe soulevée. D'ailleurs le fungus reste très longtemps indépendant du trou qui lui livre passage ; il est entouré d'une capsule et peut être réductible, tant que son volume le permet ; plus tard, au bout d'un temps assez long, le collet s'agrandit en même temps que la capsule fibreuse enveloppante s'éraïlle, s'amincit et donne naissance à des mamelons que l'on constate à la surface.

Les sarcomes de la base du crâne qui naissent dans la dure-mère, perforent également les os ; ils peuvent encore se faire jour à travers les orifices naturels, la fente sphénoïdale ou les trous du rocher, et viennent ainsi proéminer dans l'orbite ou dans les fosses nasales, le pharynx et même dans l'oreille. Ces tumeurs ainsi herniées altèrent les os qu'elles compriment latéralement ; elles sont réductibles au début et pulsatiles.

Les sarcomes perforants de la dure-mère sont susceptibles d'acquérir un très grand volume ; témoin le fait de VOLKMANN, dans lequel une semblable tumeur descendait jusqu'à l'avant-bras. Ici encore, la variété du sarcome fusiforme est la plus commune, il n'y a pas de propagation ganglionnaire, la généralisation est rare ; le fungus serait plus souvent lui-même métastatique. L'étiologie absolument obscure de ces tumeurs est quelquefois liée à un traumatisme antérieur.

**Symptômes.** — Le principal symptôme de ces tumeurs, au moins dans les premières périodes, est la douleur qui ne fait jamais défaut ; elle est persistante, parfois diffuse, souvent localisée et peut être assez intense pour amener l'hébétude. A cette période où il n'y a pas de tumeur extérieure, les paralysies, les vertiges, les vomissements sont rares.

Dès que la tumeur a usé les os du crâne, on constate à la vue une saillie crépitante ; cette crépitation existerait déjà avant la saillie, ainsi qu'il résulte de l'observation classique de LOUIS. « Un barbier, en rasant la tête d'un homme de trente-cinq ans, sentit sous le rasoir, au côté droit, vers le sommet, un bruit sourd qui lui parut fort singulier ; c'était une sorte de crépitation, semblable au froissement d'un parchemin sec qui aurait été tendu sous les téguments. » Cette tumeur avait un mouvement pulsatif ; en effet le développement veineux est souvent assez marqué. Peu à peu le néoplasme s'accroît et on peut sentir les bords de l'orifice qui circonscrit son collet. Les pulsations synchrones au pouls font rarement défaut, et s'accompagnent d'un développement veineux superficiel ; on peut également percevoir les battements du cerveau au niveau

des points les plus mous et demi-fluctuants. Nous avons déjà dit que les fongus étaient réductibles, mais cette réduction n'est pas indifférente, puisqu'on a vu des malades tomber dans le coma par le seul fait de semblable manœuvre (PFEUFER, BRYK).

Généralement ces sarcomes ne tardent pas à produire des troubles généraux graves, variables d'ailleurs suivant la région intéressée. Les plus fréquents sont des paralysies des nerfs craniens, des névralgies paroxystiques, des convulsions, l'aphasie, etc. La mort en est la conséquence presque fatale; elle succède à l'épuisement, à l'hecticité, lorsque la tumeur s'est ulcérée, ou bien encore à l'hémorragie, la méningite, l'encéphalite, l'envahissement de parties importantes du cerveau par le produit morbide. Les malades succombent la plupart en moins d'un an; quelques-uns survivent plusieurs années, quinze ans (BILLROTH) et même vingt ans (DUMAS).

**Diagnostic.** — Dans la première période de son développement, le diagnostic du fongus dure-mérien est impossible; tout au plus peut-on soupçonner sa présence. Dès qu'il y a une tumeur il est nécessaire de préciser le siège du néoplasme qui peut provenir des os ou de la dure-mère. Ce diagnostic est difficile dans quelques cas, à la région temporale par exemple, parce que les symptômes sont assez obscurs. Cependant le sarcome perforant, le seul que l'on puisse confondre avec ceux de l'os est réductible, tandis que le sarcome du crâne ne l'est pas.

Il existe un certain nombre d'affections qui pourraient être confondues avec le fongus de la dure-mère. Sans parler des loupes, irréductibles, non pulsatiles, mobiles avec les téguments, du céphalématome et de l'encéphalocèle, tumeurs d'un autre âge ou congénitales, c'est avec les autres tumeurs pulsatiles du crâne que la distinction doit être établie. Or le nombre des erreurs commises est assez élevé, et des chirurgiens de grande valeur ont pris des sarcomes pour des anévrysmes et inversement. BARDELEBEN, entre autres, a lié la carotide dans un cas de sarcome de ce genre qu'il avait pris pour un anévrysme de l'artère méningée moyenne. D'ailleurs il résulte des recherches de DE SANTI que la plupart des anévrysmes de cette artère sont en réalité des tumeurs pulsatiles perforantes.

Le sarcome de la dure-mère n'apparaît à l'extérieur qu'un certain temps après le début des accidents; il est tout d'abord complètement réductible; les pulsations qu'on y perçoit sont nettement localisées, et on ne trouve pas les vaisseaux cirsoïdes comme dans plusieurs sortes d'angiomes ou de tumeurs cirsoïdes; la compression de la masse détermine ordinairement de l'assoupissement, des vertiges. Ces caractères ainsi que les renseignements fournis par le malade sur l'évolution du mal pourront, dans quelques cas, faciliter le diagnostic. Néanmoins il faut se rappeler qu'il s'agit là d'un des points les plus difficiles du diagnostic chirurgical.

Le pronostic de tous ces sarcomes est grave, en raison de la nature de la tumeur, de son siège au voisinage du cerveau, et par suite des difficultés du traitement et de son inefficacité dans les cas assez rares où l'intervention est possible.

**Traitement.** — Au début, il convient d'employer le traitement interne et en

particulier les traitements mercuriel et ioduré, parce que la tumeur pourrait être de nature spécifique. Plus tard, lorsque le néoplasme est saillant au dehors, qu'il s'agisse d'un sarcome osseux ou dure-mérien, c'est à l'extirpation qu'il faut recourir, car les opérations palliatives, en raison de leurs dangers et de la certitude de la récurrence, ne sont rationnelles que pour les tumeurs de la base qui menacent d'asphyxier le malade.

Malheureusement l'extirpation n'est pas inoffensive. En dehors des chances de méningite, le chirurgien se trouve aux prises avec de redoutables hémorragies. Pour être complète, l'extirpation doit nécessairement comprendre une portion de la dure-mère, ce qui expose à ouvrir les sinus; VOLKMANN a perdu un malade par suite de l'entrée de l'air dans les veines. Malgré cela il existe dans la science quelques succès à la suite de ces tentatives; on peut espérer que l'emploi de la méthode antiseptique les rendra plus nombreux. PECCHIOLI enleva un fongus de la dure-mère après trépanation; bien qu'il eût excisé un fragment de dure-mère, son malade guérit. HAUSER, BILLROTH, NOVARO, LANGENBECK, KÜSTER ont également obtenu des succès après l'ablation de sarcomes osseux perforants.

## CHAPITRE V

### DIFFORMITÉS ET VICES DE CONFORMATION DU CRÂNE ET DE L'ENCÉPHALE

#### § 1<sup>er</sup>. — Hydrocéphalie

**Bibliographie.** — Pour la bibliographie complète, voir HEINEKE, in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 31. — GÖLIS, *Pract. Abhandl. über die Krankheiten des kindl. Alters*, Wien, 1824, t. II, p. 81. — SYNNE, *Edinburgh Med. J.*, 1825, *London Med. Rep.*, 1826, e, *Arch. gén. de méd.*, t. X, 1820, p. 456. — ANDRAL, in *J. hebdom.*, t. IV, p. 669, 1836. — BÉRARD, in *Gaz. méd. de Paris*, 1834, p. 526. — GRIFFITH, *A Treatise of Hydrocephaly*, London, 1833. — VROLIK, *Traité sur l'hydrocéphalie interne*, Amsterdam, 1839. — CONQUEST, *Lancet*, 1838, V. I, n° 25. — PLAISANT, *Gaz. méd. de Paris*, 1840. — MALGAIGNE, in *Bull. de thérap.*, t. XIX, 1840. — BARTHEZ et RILLET, *Arch. gén. de méd.*, 1842. — BEHREND, *J. für Kinderkrankheiten*, 1849. — ROUX, *Moniteur des sc. méd.*, t. I<sup>er</sup>, n° 23, 1859. — BOUCHUT, in *Gaz. des Hôp.*, 1865, n° 54. — MURRAY, *The Lancet*, 1868, t. I<sup>er</sup>. — SCHMIDT'S, *Jahrbucher*, t. CLII, p. 175. — BLACHE, *Gaz. hebdom.*, 1870. — BUDIN, *Progrès médical*, 1875, n° 34. — RIEZ, *Presse méd. belge*, 1876. — SCHWARZ, *Progrès méd.*, 1879, n° 24. — BALL, *Progrès méd.*, 1881, n° 9. — WALTON, *Gaz. méd. de Paris*, 1881, p. 239. — HUGH DUNN, in *The Lancet*, 1882, t. I<sup>er</sup>. Thèses de Paris. — 1806, ESPIAUD, n° 49. — 1810, JADIoux. — 1814, BRICHETEAU. — 1873, VINSONNEAU.

**Définition.** — L'hydrocéphalie consiste dans l'accumulation de sérosité à l'intérieur du crâne, soit dans les méninges (hydrocéphalie méningée ou externe), soit dans les ventricules (hydrocéphalie interne).