

la nature des organes nerveux contenus dans la tumeur, on pourrait, à l'exemple d'Horsley, avoir recours à l'action des courants induits. Lorsque le courant était dirigé horizontalement à travers la masse, dit ce chirurgien, on ne constatait aucun résultat; quand il la traversait verticalement, il déterminait de la déviation compliquée des yeux du côté de l'excitation électrique; on en conclut que la partie procidente comprenait les tubercules quadrijumeaux. » (Berger.)

Telles sont les considérations, d'une application fort délicate en pratique, on le voit, à l'aide desquelles on pourra parfois se rendre compte des connexions qui unissent la tumeur à l'encéphale et de la participation de ce dernier à sa constitution: connexions d'une importance capitale, non seulement au point de vue clinique, mais encore, nous le verrons tout à l'heure, au point de vue thérapeutique.

**Diagnostic.** — Le diagnostic différentiel de l'encéphalocèle est d'ordinaire facile, car il ne peut être hésitant qu'avec des tumeurs congénitales, siégeant dans les mêmes régions.

a. Le *céphalœmatome* apparaît très rapidement, le deuxième ou le troisième jour après la naissance, offre un lieu d'élection latéral et toujours le même, n'est pas pédiculé, n'est presque jamais réductible, ne s'accompagne point d'autre malformation, diminue rapidement et spontanément de volume.

b. Le *céphalhydrocèle* survient à la suite d'un traumatisme avéré, est étalé et peu tendu.

c. L'*angiome*, occupant rarement la ligne médiane, est mal circonscrit, non pédiculé, souvent sans adhérences aux parties profondes.

d. Le *kyste congénital, dermoïde ou séreux*, peut se montrer dans toutes les régions où l'on observe des encéphalocèles. « En pareille circonstance, dit M. Berger, l'indépendance de la tumeur des téguments et son adhérence certaine aux parties profondes, la possibilité de sentir, au niveau de son implantation sur le crâne, un rebord osseux simulant une perforation du squelette, quelquefois même une lacune osseuse complète, tous ces caractères peuvent bien rendre le diagnostic hésitant; à plus forte raison l'est-il lorsque la tumeur, transparente, est animée des battements que lui communique la fontanelle; qu'elle se tend dans les efforts et les cris, ainsi qu'Arnott et Lannelongue en ont observé des exemples. On se rappellera que le kyste s'est toujours montré sessile, tandis que les méningocèles ou les encéphalocèles affectent plutôt la forme pédiculée; que la peau qui recouvre les kystes ne présente pas les épaisissements, l'état éléphantiasique, les traces de cicatrices ou au contraire la minceur extrême qui s'observent dans les enveloppes des encéphalocèles; que la réductibilité, le développement de phénomènes de compression cérébrale manquent lorsque l'on comprime le kyste; enfin que les kystes congénitaux sont fréquents, surtout à la grande fontanelle, au niveau de laquelle les encéphalocèles sont assez peu communes. » Ajoutons

que le kyste dermoïde, dans la grande majorité des cas, ne se développe que quelques années après la naissance, tandis que l'encéphalocèle existe d'ordinaire d'emblée.

*Des encéphalocèles de siège spécial peuvent offrir des difficultés toutes particulières de diagnostic.* « Lorsque la tumeur descend dans une fosse nasale, en particulier, il semble impossible, dit Fenger, de pouvoir dire dès l'abord s'il ne s'agit pas d'un polype vulgaire. Cela est surtout vrai si l'encéphalocèle n'est pas réductible; si elle l'est, et après réduction revient à son volume primitif, comme cela avait lieu chez mon malade, on peut suspecter une communication intracrânienne. Une ponction peut, d'autre part, donner issue à du liquide céphalo-rachidien et permettre un diagnostic positif. Le siège du pédicule doit être aussi pris en considération; pour qu'on puisse discuter le diagnostic d'encéphalocèle, il faut qu'il remonte jusqu'à la lame criblée. Enfin, dans mon observation, il y avait écartement considérable des deux parois internes de l'orbite, écartement qui n'est peut-être pas sans valeur pour le diagnostic. » (Fenger.)

**Pronostic.** — Le pronostic spontané de l'encéphalocèle est des plus graves. En effet, dans la grande majorité des cas, après une période de tolérance qui ne dépasse pas quelques jours, quelques semaines ou quelques mois, la tumeur s'ulcère, s'enflamme, et une méningo-encéphalite se déclare qui emporte le sujet. Il est très exceptionnel qu'il y ait survie de dix, quinze, vingt ans; Larger en cite quinze cas, dans la plupart desquels, sans doute, il s'agissait non d'une encéphalocèle, mais d'un kyste dermoïde.

**Traitement.** — L'intervention est donc, sauf dans les cas où la tumeur est énorme et dans ceux où il existe des malformations concomitantes graves, catégoriquement indiquée.

On laissera, bien entendu, de côté, les ponctions, l'injection de teinture d'iode ou de glycérine iodoformée, l'incision simple, pour s'en tenir à l'excision.

Cette méthode, employée pour la première fois par Thiébault en 1792, est entrée dans la pratique chirurgicale courante depuis le travail de Larger et surtout depuis les faits de MM. Périer et Berger, présentés, en 1890, à l'Académie de médecine. Larger pratiquait l'excision au bistouri, combinée avec la ligature élastique. MM. Périer et Berger ont décrit une technique plus simple, donnant plus de garanties contre l'infection septique et satisfaisant pleinement à la condition essentielle de toute opération de cure radicale: c'est-à-dire l'extirpation complète du sac, poussée jusqu'au delà de l'orifice qui donne passage à la hernie. « L'enfant, dit le professeur Berger étant maintenu dans l'anesthésie chloroformique, la région ayant été rasée et lavée avec soin, on trace de part et d'autre du pédicule de la tumeur, deux lambeaux latéraux que l'on dissèque rapidement jusque vers sa base en pratiquant une hémostase aussi