

exophthalmie, par les fosses nasales, par l'oreille, en simulant un polype.

La durée de la maladie peut être assez longue. On a dit qu'elle pouvait se prolonger trente et quarante ans. Mais la longueur de cette durée porte principalement sur la première période. Une fois la perforation du crâne accomplie, la mort arrive généralement au bout d'un ou deux ans. Cette terminaison, conséquence habituelle de l'épuisement des malades, est souvent hâtée par des accidents cérébraux ou par des hémorrhagies.

DIAGNOSTIC. — A leur première période, les fungus de la dure-mère peuvent à peine être soupçonnés par les symptômes fonctionnels qu'ils déterminent. Lorsque la tumeur a perforé la boîte osseuse du crâne, on pourrait la confondre avec d'autres productions morbides ayant pris naissance dans les téguments ou dans les os. Cependant, la réductibilité du fungus qui existe généralement dans les premiers temps de son apparition à l'extérieur, permettra de reconnaître son origine intra-crânienne.

Le diagnostic est souvent fort difficile lorsque le fungus vient faire saillie dans l'orbite, les fosses nasales ou l'oreille. Nous aurons le soin d'insister de nouveau sur ce diagnostic à propos des tumeurs de ces diverses régions.

TRAITEMENT. — L'incertitude du diagnostic commande de s'abstenir de toute intervention chirurgicale, tant que la tumeur est encore enfermée dans l'intérieur de la cavité crânienne, et l'on doit se borner à l'emploi de moyens palliatifs propres à diminuer la douleur. C'est là un principe universellement adopté, malgré quelques cas exceptionnels, dans lesquels l'application du trépan, au niveau du point douloureux, a semblé utile aux malades.

Mais, lorsque la perforation du crâne est produite et que la tumeur fait saillie sous les téguments, il est parfaitement indiqué d'en débarrasser le malade par une opération.

La ligature, l'excision, constituent des méthodes purement palliatives, la tumeur se reproduisant rapidement. Les caustiques, dont l'action est difficile à limiter, doivent être proscrits à cause des accidents inflammatoires qu'ils peuvent déterminer du côté des méninges et du cerveau.

La méthode la plus rationnelle consiste à mettre largement à nu le fungus, en le circonscrivant par un nombre suffisant de couronnes de trépan, puis à en pratiquer l'extirpation complète. Malgré l'excessive gravité d'une semblable opération, le chirurgien est autorisé à l'entreprendre, car elle a donné deux beaux succès entre les mains de Grosmann (1) et de Pecchioli (2), et la persistance de la guérison doit faire supposer qu'il s'agissait dans ces cas de sarcomes et non de véritables cancers.

L'opération devra donc être tentée si la tumeur est solitaire, fait de rapides progrès et détermine des accidents graves ou des douleurs intolérables.

(1) Stolz, thèse de Haller, t. I, p. 169.

(2) *Gaz. méd.*, 1838.

b. *Cancer du cerveau.* — Nous avons vu que la plupart des néoplasies qui forment des tumeurs à la voûte du crâne naissent des os ou des méninges. Cependant, un fait cité par Malespine (1) montre que les cancers du cerveau peuvent également proéminer au dehors. C'est pour cette raison que nous mentionnons ici cette affection traitée plus en détail dans les ouvrages de pathologie interne. Le diagnostic, dans le cas de tumeur extérieure, est très-difficile à faire; on a indiqué comme signes distinctifs l'ulcération de la peau et la nécrose de l'os perforé. Ces signes ne sont pas constants, et les fungus de la dure-mère peuvent facilement en imposer pour un cancer du cerveau. Une lésion aussi grave dans un organe d'une telle importance est fatalement mortelle, et il est difficile de croire que des chirurgiens prudents aient proposé l'excision de la tumeur.

ARTICLE III.

DIFFORMITÉS ET VICES DE CONFORMATION DU CRANE.

Le crâne peut présenter, dans sa forme et son volume, des altérations nombreuses dont les unes sont congénitales et les autres acquises.

Après la naissance, les déformations du crâne affectent rarement la totalité de la boîte osseuse. On sait, cependant, que sous l'influence de pressions exercées sur la tête pendant la première enfance, on parvient à modifier la forme normale du crâne. Mais, le plus souvent, les déformations acquises (abstraction faite, bien entendu, des tumeurs) n'occupent qu'une partie limitée de la voûte crânienne. Ce sont ordinairement des dépressions, des enfoncements, suite de fractures, de nécroses, d'atrophie, ou encore des perforations complètes reconnaissant les mêmes causes. Le chirurgien, dans l'examen du crâne, doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'existence antérieure d'une semblable lésion, qui peut aussi avoir une grande importance au point de vue de la médecine légale.

Quant aux difformités congénitales du crâne, elles sont en général complexes, et résultent le plus souvent de vices de conformation des organes encéphaliques. Parmi ces derniers, il en est un grand nombre dont l'histoire ne peut trouver place dans un traité de pathologie externe; telles sont les monstruosité désignées sous les noms d'*anencéphalie*, de *pseudencéphalie* et d'*exencéphalie*. Nous nous bornerons à décrire ici l'*hydrocéphalie* et l'*encéphalocèle*.

1° Hydrocéphalie.

On donne le nom d'hydrocéphalie à l'hydropisie des ventricules cérébraux ou de la cavité arachnoïdienne. Cette affection peut exister à l'état

(1) Thèse de Paris 1846, n° 14.

aigu ou chronique. Nous ne nous occuperons que de cette dernière variété, renvoyant aux traités de pathologie interne pour l'étude de l'hydrocéphalie aiguë.

On pourrait, à la rigueur, décrire l'hydrocéphalie chronique au nombre des lésions vitales et organiques du cerveau. Néanmoins, nous avons préféré suivre l'usage généralement adopté, et placer l'histoire de cette affection parmi les vices de conformation du crâne, parce que le plus souvent elle s'accompagne d'une conformation vicieuse de l'encéphale et se développe durant la vie fœtale.

ÉTIOLOGIE. — Quoique l'hydrocéphalie paraisse souvent due à une simple hypersécrétion séreuse de l'arachnoïde ou de la membrane interne des ventricules, cependant on trouve quelquefois des altérations que l'on a rapportées à l'épendymite ventriculaire et à l'arachnitis chronique, sans qu'on puisse déterminer les causes de ces dernières. On n'a pas manqué de faire intervenir l'étiologie banale que l'on assigne à toutes les maladies congénitales, telle que : les coups sur le ventre de la mère, les abus vénériens pendant la grossesse, les émotions morales vives, l'état scrofuleux ou rachitique des parents, l'entortillement du cordon autour de la tête du fœtus, etc. Mais est-il besoin de dire que l'influence de ces causes reste complètement inconnue?

Un fait rapporté par Franck, et concernant une juive qui eut sept couches et donna le jour à sept enfants hydrocéphales, semblerait indiquer que l'hérédité joue parfois un rôle mystérieux.

Il se peut aussi que, dans quelques cas, l'hydrocéphalie succède à des hémorrhagies méningées, quoique les faits rapportés à l'appui de cette opinion ne soient ni assez nombreux, ni assez probants. Il en est de même de l'opinion de Barrier qui a attribué le développement de l'hydrocéphalie à la compression des sinus par des dépôts tuberculeux.

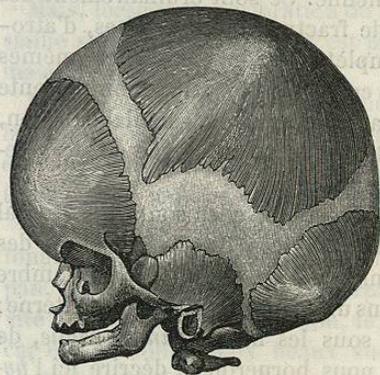


FIG. 130. — Tête d'hydrocéphale.

Enfin, il semble que, dans certains cas, le liquide de l'hydrocéphalie serve à combler le vide produit par l'absence de certaines portions du cerveau.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ce qui frappe surtout chez un hydrocéphale, c'est l'énorme développement du crâne (fig. 130) dont la circonférence peut atteindre des dimensions colossales, 40, 50, 80 centimètres. J. Franck a vu, dans le musée de Cruikshank, le crâne d'un hydrocéphale, mort à seize mois, qui mesurait 1 mètre 40 cent. de tour. Cette augmentation de volume se fait surtout aux dépens des os de la voûte et des

parties latérales qui sont projetés excentriquement sous l'effort de la pression intérieure qu'ils subissent. Ainsi, le frontal fait saillie en avant, les temporaux sont déjetés en dehors et l'occipital en arrière. Le rebord supérieur de l'orbite occupe un plan beaucoup plus antérieur que le bord inférieur, la voûte orbitaire étant déprimée, il en résulte que l'orbite est transformé en une fente transversale étroite, et que l'œil est chassé de sa cavité.

Dans quelques cas, ce sont plus spécialement certaines parties du crâne qui sont déformées; tantôt, c'est une moitié latérale de la tête sur laquelle a porté exclusivement l'augmentation de volume; tantôt, c'est la région du sinciput qui s'allonge et prend une forme conique; ailleurs, la région occipitale paraît tomber sur la nuque à la manière d'une besace.

Les os de la base, comme il paraît résulter des observations de Virchow (1), subissent aussi des mouvements de déplacement, contrairement à ce qu'on croyait autrefois. Ainsi, le sphénoïde peut éprouver un mouvement de bascule, d'où résulte un raccourcissement du diamètre antéro-postérieur de la base du crâne.

Le squelette de la face subit peu de déformation, il conserve ses dimensions normales, et cela fait un contraste frappant avec l'énorme développement du crâne.

Dans quelques cas rares, le volume de la tête n'était pas augmenté; il était même plus petit qu'à l'état normal, mais alors il y avait atrophie les plus ou moins complète du cerveau.

Les os du crâne, envisagés en particulier, sont élargis et amincis par la disparition du diploé et la fusion des deux tables; ils peuvent, en certains de leurs points, n'être pas plus épais qu'une feuille de papier. Les espaces interosseux sont remplis par une membrane fibreuse, les fontanelles sont notablement agrandies.

L'ossification du crâne, très-tardive chez les hydrocéphales, puisqu'il n'est pas rare de voir des sujets de dix, douze ans et plus, dont les fontanelles sont encore membraneuses, se produit par la formation dans les espaces membraneux de noyaux osseux radiés, sortes d'os wormiens à l'aide desquels l'occlusion du crâne se complète; ou bien, l'ossification, partant des bords des os déjà formés, envahit peu à peu les fontanelles et les membranes interosseuses. On a souvent signalé, à la suite de ce travail d'ossification, des épaisissements considérables et plus ou moins réguliers des os.

L'hydropisie céphalique peut occuper divers sièges: parfois, mais rarement, c'est, dans la cavité arachnoïdienne que se réunit le liquide; le plus souvent c'est dans les ventricules.

Ce liquide est clair, limpide, jaunâtre, faiblement albumineux, renfermant 98 à 99 pour 100 d'eau. Le chlorure de sodium est le sel qui y

(1) *Entwicklung des Schädelgrundes*. Berlin, 1867.

prédomine. Quelquefois, mais exceptionnellement, ce liquide est épais, mucilagineux, sanguinolent.

Sa quantité est très-variable, habituellement on en rencontre de 50 à 200 grammes, mais on a pu en recueillir 6, 8, 10 kilogrammes. Dans le cas de J. Franck, déjà cité, il y avait 27 livres de sérosité.

Les ventricules latéraux, siège d'élection de l'hydropsie (fig. 431), sont

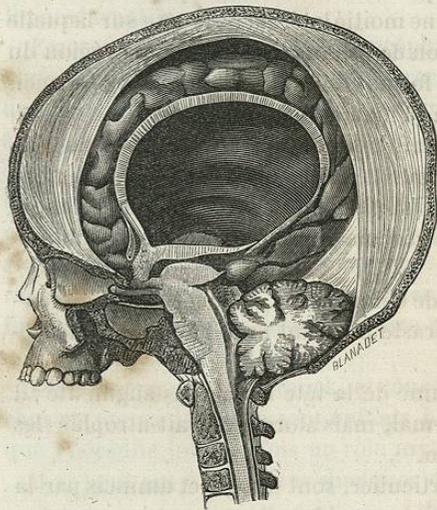


Fig. 431. — Coupe de la tête d'un hydrocéphale, montrant l'énorme dilatation des ventricules du cerveau.

énormément distendus, formant parfois de vastes sacs accolés aux parois amincies fluctuantes et transparentes. La périphérie du cerveau, dans les points correspondant aux ventricules, est dépliée; les circonvolutions sont effacées et leurs anfractuosités n'existent plus; les substances blanche et grise sont confondues. Blache, qui a étudié avec soin ce point d'anatomie pathologique, dans un mémoire lu en 1855 à l'Académie de médecine, a reconnu, au degré le plus élevé d'amincissement des parois, les circonvolutions représentées par les points plus épais de la lame nerveuse. L'épendyme est épaissi, granuleux, et très-vascularisé.

De la dilatation exagérée des ventricules résultent souvent : la perforation du *septum lucidum*, d'où large communication entre les ventricules; la déchirure du corps calleux, des commissures, des plexus choroïdes, la semi-disjonction de la couche optique d'avec le corps strié.

Le cervelet, la protubérance annulaire et les racines nerveuses qui avoisinent ces parties ne subissent, en général, aucun changement; les nerfs optiques et les nerfs olfactifs sont, suivant Blache, les seuls altérés.

Dans quelques cas, on a vu le liquide siéger dans un kyste formé aux dépens de l'arachnoïde et qui avait fini par refouler le cerveau sur la base du crâne.

J. Franck et plusieurs autres auteurs ont signalé la coexistence fréquente avec l'hydrocéphalie de divers vices de conformation, tels que : bec de lièvre, spina bifida, pied bot, imperforation de l'anus, etc.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'exubérance considérable du crâne comparée à la petitesse relative de la face est un des traits les plus saillants chez les hydrocéphales. Ce qui frappe le plus chez eux, c'est l'aspect particulier

de la physionomie. La face, hébétée, sans expression ou grimaçante, semblable à celle d'un vieillard, dominée par un front gigantesque et proéminent, paraît rapetissée et projetée en arrière; elle représente un triangle dont le front constitue la base et le menton le sommet. Les yeux atones, strabiques ou agités de mouvements convulsifs, plus ou moins chassés de l'orbite, sont à moitié recouverts par la paupière inférieure dont le bord supérieur atteint souvent le centre de la pupille dilatée. A ce seul signe, Camper prétendait reconnaître un hydrocéphale dont le reste de la tête eût été couvert.

Si l'on palpe le crâne, on trouve les fontanelles et les membranes interosseuses formant des saillies fluctuantes dont la compression détermine souvent divers accidents cérébraux : somnolence, coma, paralysie, convulsions. L'auscultation des fontanelles, contrairement à ce qu'on a dit, ne donne lieu à aucun bruit de souffle.

La tête, examinée à la lumière artificielle, a pu paraître transparente. Vidal (1) a prétendu à l'aide de ce moyen distinguer les plans osseux des plans membraneux, les ramifications vasculaires et surtout le sinus longitudinal supérieur.

Les enfants supportent leur tête avec peine, ils la laissent tomber en arrière, ou en avant ou sur l'une ou l'autre épaule. Habituellement grognons, maussades, ils sont rarement turbulents. L'intelligence ne se développe guère plus que la parole; la mémoire est des plus faibles; enfin, chez la plupart des hydrocéphales, l'idiotisme est à peu près complet.

Les troubles fonctionnels de l'hydrocéphalie ne se remarquent qu'à l'époque où d'ordinaire on voit se développer chez l'enfant l'intelligence et le mouvement. La motilité est également très-faible chez les hydrocéphales. Leurs jambes grêles, contournées, rachitiques, les supportent mal; le poids de leur tête, qu'ils ne peuvent parvenir à maintenir en équilibre, entraîne leur corps et les fait tomber; aussi beaucoup ne peuvent marcher, et ceux qui apprennent à le faire ont une démarche chancelante, embarrassée, le moindre obstacle les arrête et détermine leur chute. Il en résulte que beaucoup d'hydrocéphales sont condamnés à garder le lit, où leur tête se déforme encore en s'aplatissant sur l'oreiller.

Mais, tandis que l'intelligence et la motilité sont ainsi arrêtées dans leur développement, on remarque que les fonctions de nutrition s'accomplissent assez régulièrement. La plupart sont d'une voracité remarquable; ils laissent aller sous eux leurs urines et leurs matières fécales ou bien ils ont une constipation que rien ne peut vaincre. Les sens, surtout l'ouïe, habituellement affaiblis, peuvent même être abolis. La circulation et la respiration s'exécutent assez normalement.

MARCHE. — TERMINAISON. — PRONOSTIC. — L'hydrocéphalie est le plus souvent congénitale et évidente au moment de la naissance. Elle peut ne se traduire pendant la première année que par la difficulté qu'éprouve

(1) Vidal de Cassis, t. II, p. 637, 5^e édition.

l'enfant à tenir sa tête droite, car il est bien difficile d'apprécier dans un âge aussi tendre l'état des fonctions intellectuelles.

D'autres fois, l'agrandissement du crâne faisant défaut ou étant peu marqué, l'affection peut passer inaperçue pendant les premiers mois de la vie, mais les signes physiques et fonctionnels que nous avons énumérés plus haut ne tardent pas à se manifester.

L'hydrocéphalie a une marche lente, mais fatalement et uniformément progressive, interrompue seulement de temps à autre par des accès convulsifs. Dans ce cas, les symptômes de l'affection s'accroissent graduellement et la mort survient dans le coma ou au milieu d'une paralysie générale.

Dans d'autres cas, la marche est plus irrégulière, moins égale; il y a des temps d'arrêt, des améliorations transitoires, auxquels succèdent des exacerbations.

Parfois la maladie reste stationnaire, et cela pendant un temps fort long, des mois, des années. On a prétendu qu'elle pouvait rétrocéder; cela en tout cas est exceptionnel.

La rapidité de la marche est généralement influencée par le volume plus ou moins considérable de la tête. Bon nombre d'hydrocéphales meurent pendant l'accouchement ou dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance. Ceux qui survivent succombent le plus habituellement dans le premier mois ou dans les premières années de la vie; rarement ils atteignent l'âge pubère, exceptionnellement l'âge mûr.

On peut donc dire que la mort est la terminaison la plus habituelle de l'hydrocéphalie; elle est généralement la conséquence de la marche croissante de l'affection, ou bien de complications. Quelquefois, mais cela est rare, elle survient par la déchirure des ventricules dilatés et de leurs enveloppes, à la suite d'un traumatisme quelconque. Hofling (1), cependant, prétend avoir observé des guérisons durables à la suite de la rupture de la poche hydropique et de l'évacuation du liquide, qui tantôt s'est écoulé par le nez ou s'est infiltré sous les téguments.

Dans les cas où l'affection est restée stationnaire, on a pu voir des demi-guérisons, en ce sens que l'ossification du crâne s'est achevée, et que, l'individu a pu vivre un certain nombre d'années. Nous ajouterons que, chez ces sujets, l'intelligence reste toujours faible et bornée, qu'en un mot ce sont des êtres moralement et intellectuellement déshérités.

DIAGNOSTIC. — De l'avis de la plupart des accoucheurs, l'hydrocéphalie ne peut qu'être soupçonnée pendant la vie intra-utérine. Durant le travail, il est quelquefois possible de la reconnaître à la forme, au volume du crâne, à la largeur des fontanelles et à la fluctuation que le doigt peut y percevoir.

Après la naissance, les caractères si nets de cette affection la font aisément reconnaître; toutefois il serait possible qu'on la confondit avec le

(1) *Casper's Wochenschrift*, 1837.

rachitisme du crâne et l'hypertrophie du cerveau. Mais dans le rachitisme, le développement de la tête est irrégulier; on sent des nodosités, des épaisissements, des saillies sur le crâne en promenant le doigt à sa surface; en outre, le squelette présente sur certains de ses points des déformations caractéristiques. Bouchut (1) a prétendu que, dans les cas douteux, l'ophtalmoscopie pourrait lever toute incertitude en faisant constater sur la rétine, dans le cas d'hydrocéphalie, une quantité considérable de veines dilatées, ce qui n'a pas lieu dans le rachitisme.

L'hypertrophie du cerveau est une maladie extraordinairement rare, qui pendant longtemps ne se révèle par aucun trouble fonctionnel jusqu'à ce qu'une méningite ou des accidents aigus, convulsifs ou autres, emportent le malade.

Dans quelques cas rares où l'hydrocéphalie déforme spécialement une région du crâne et la rend proéminente, on pourrait peut-être la confondre avec une méningocèle ou une hydrencéphalocèle. Mais on se souviendra que la méningocèle est réductible, et qu'elle est souvent pédiculée comme l'hydrencéphalocèle, et qu'à la base du pédicule on peut sentir les bords de la perforation du crâne. Enfin, les phénomènes cérébraux déterminés par la compression sont la règle dans l'encéphalocèle et l'exception dans l'hydrocéphalie.

TRAITEMENT. — L'hydrocéphalie, étant le plus souvent congénitale, met quelquefois obstacle au travail de l'accouchement, en raison du volume considérable de la tête. On trouvera dans les traités spéciaux toutes les indications relatives à la conduite que doit tenir l'accoucheur dans ces circonstances. Nous rappellerons seulement que l'hydrocéphalie peut alors nécessiter l'application du forceps, la ponction du crâne ou la céphalotripsie.

Le traitement de l'hydrocéphalie après la naissance devra seul nous occuper. On a proposé contre cette affection des moyens médicaux et chirurgicaux.

Parmi les premiers, les révulsifs ont été surtout préconisés. Ils tiennent une grande place dans ce que l'on nomme le traitement des Gælis, traitement qui consiste à employer successivement des vésicatoires et des cautères sur la tête et autour du cou, des onctions mercurielles sur le crâne rasé, des bains de vapeur tous les trois ou quatre jours, du calomel à l'intérieur une ou deux fois par semaine. L'iodure de potassium a été aussi conseillé à la dose de plusieurs grammes. Mais on ne compte guère par ces moyens de succès positifs.

Le traitement chirurgical comprend deux méthodes principales: la *compression* et la *ponction*. La compression, faite suivant les indications de Engelmann (2), ne nous paraît pas avoir une influence plus grande que le traitement médical. Elle se pratique à l'aide de bandelettes agglutinatives,

(1) *Dictionnaire de thérapeutique*, art. HYDROCÉPHALIE.

(2) *Gaz. méd.*, 1838 et 1843.

recouvrant exactement le cuir chevelu, de manière à exercer sur le crâne une action constrictive. Mais les observations publiées sur ce mode de traitement se bornent à mentionner une diminution de 1 à 3 centimètres dans la circonférence du crâne, sans indiquer si les choses sont revenues à l'état normal.

La ponction, rejetée par beaucoup de chirurgiens, et en particulier par Boyer, a semblé prendre rang dans la pratique, depuis le jour où Conquest (1) annonça avoir obtenu 10 succès sur 19 opérations. Quoiqu'une semblable proportion de succès ne puisse plus être maintenue aujourd'hui, nous allons faire connaître le manuel opératoire de la ponction et rechercher ce qu'il faut encore en espérer.

On fait la ponction avec un trocart fin sur l'un des points du crâne le plus accessible au liquide. Conquest conseille de la pratiquer sur le trajet de la suture frontale, au milieu de l'espace compris entre l'apophyse cristagalli et les fontanelles antérieures; d'autres veulent qu'on la fasse sur un des côtés de la fontanelle antérieure, ou sur le trajet de la suture frontopariétale, dans l'espoir qu'on se rapprocherait davantage des ventricules. Il ne faut point enfoncer trop profondément le trocart, dans la crainte de blesser une partie importante de la base du cerveau. Cependant Conquest recommande d'enfoncer l'instrument jusqu'à 5 centimètres. Nous croyons qu'il est au moins inutile d'aller aussi loin, car on ne craint pas ici le retrait des enveloppes.

La quantité de liquide à évacuer a beaucoup varié; les uns ont craint d'en tirer de suite une trop grande quantité et ont préféré répéter les ponctions; d'autres ont évacué d'une seule fois 375 et même 700 grammes. Il paraît rationnel de se guider pour cela sur les symptômes que présente l'enfant pendant la ponction. Si, en effet, aucun accident ne se montre pendant l'opération, il n'y a pas de motifs sérieux pour ne pas donner issue en une seule fois à la sérosité. Mais on devrait suspendre cette évacuation si des convulsions ou du coma se montraient pendant que le liquide s'écoule.

Les statistiques de cette opération ne font pas défaut, mais toutes laissent beaucoup à désirer. Ainsi, tandis que Conquest, sur 19 ponctions, rapporte 10 succès et 9 morts, West (2) qui a réuni 56 observations dans lesquelles le liquide a été évacué par le chirurgien, a compté 40 morts et 16 guérisons.

Il semble donc que l'opération de la ponction offre encore quelques chances de succès et mérite d'être pratiquée dans certaines circonstances. Malgaigne (3) cependant a peut-être été un peu loin en enseignant que l'opération est praticable : 1° si l'enfant a moins de trois ou quatre mois, alors même que l'hydrocéphalie paraîtrait stationnaire; 2° si l'hydro-

(1) *Gaz. méd.*, 1838, p. 251.

(2) *London Med. Gaz.* April 1842.

(3) *Bullet. de thérap.*, 1840.

céphalie s'accroît dans de telles proportions qu'elle menace la vie, alors même que le sujet a plus de quatre mois. Je serais beaucoup plus tenté de me rapprocher de l'opinion de Bruns, qui n'admet la ponction que dans les hydrocéphalies considérables, alors que les fontanelles et les sutures sont largement ouvertes et que les os du crâne sont mobiles et libres, ou bien encore lorsque l'hydrocéphalie s'accroît continuellement chez un enfant sain, bien nourri, non paralysé et dont le développement physique et intellectuel est à peu près en rapport avec son âge.

Je mentionnerai, en terminant, l'injection iodée, qui a été, dit-on, pratiquée, mais que je n'oserais conseiller.

2° Encéphalocèle et Méningocèle.

L'encéphalocèle est la hernie d'une portion plus ou moins considérable du cerveau ou du cervelet à travers une ouverture naturelle ou accidentelle du crâne. Nous n'entendons parler ici que de l'encéphalocèle congénitale; les hernies accidentelles du cerveau à la suite de pertes de substance des os du crâne, soit traumatiques, soit spontanées, ont été déjà mentionnées.

HISTORIQUE. — Ledran introduisit dans la science le nom de hernie du cerveau. Malheureusement, ce qu'il avait pris pour une encéphalocèle n'était qu'un céphalématome. Le premier travail sur ce sujet fut publié par Corvinus en 1749, mais il confondit des affections très-différentes telles que : le fongus, l'hydrocéphalie, la méningocèle. Il émit cependant cette idée, reproduite quelques années plus tard par Salleneuve, que l'encéphalocèle devait être produite par une hydropisie arachnoïdienne ou ventriculaire, mais il pensait que la hernie du cerveau avait toujours lieu à travers les sutures ou les fontanelles non ossifiées.

Les savantes recherches de Meckel et de Geoffroy Saint-Hilaire apportèrent une précision beaucoup plus grande dans l'anatomie pathologique de cette affection. Enfin, R. Adams, puis Spring, jetèrent un jour tout nouveau sur l'étiologie et le mécanisme des différentes variétés de hernie du cerveau et des méninges. Spring, en particulier, sépara très-nettement la hernie du cerveau de la simple sortie des méninges hors du crâne.

CORVINUS, *Dissert. de hernia cerebri*. Argent., 1749. — SALLENEUVE, *De hernia cerebri*. Strasb., 1781. — ROBERTS ADAMS, *Dublin Journ. of med. science*. Janv. 1833. — NIEMEYER, *De hernia cerebri congenita*. Halæ, 1833. — SPRING, *Mono-graphie de la hernie du cerveau (Mém. de l'Acad. de Belgique, t. III)*. — HOUEL, *Mémoire sur l'encéphalocèle (Arch. gén. de méd., octobre et novembre 1850)*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La région occipitale est le siège de prédilection de l'encéphalocèle. D'après John Laurence (1), sur 75 hernies de l'encéphale, 53 occupaient cette région. Après viendraient par ordre de

(1) *Med. Chir. Transact.*, vol. XXIX, 1856.