

d'inconvénient à en évacuer davantage lorsque le liquide s'écoule facilement, d'autant plus que l'opéré de THOMPSON guérit. Comme il n'est pas douteux que dans bien des cas la mort a été causée par une infection ayant eu pour point de départ la plaie de la ponction, il convient de désinfecter avec soin la peau avant l'opération, et d'appliquer ensuite un pansement antiseptique compressif. Sur l'endroit de la ponction et son voisinage on applique une certaine quantité de gaze chiffonnée de Lister, et l'on recouvre ensuite toute la tête du pansement de Lister typique. Ce dernier est fixé à l'aide de bandes de gaze imbibées d'une solution phéniquée, et disposées de façon à exercer sur le crâne une certaine compression. Une fois la petite plaie complètement cicatrisée, et alors seulement, on pourra laisser de côté le pansement, et continuer la compression soit à l'aide de bandes de gaze humectées, soit au moyen de bandelettes de sparadrap.

Si le liquide se reproduit très rapidement après la ponction, le pronostic est ordinairement très mauvais. Dans les cas où l'accumulation de liquide ne se produit que lentement, on renouvellera la ponction à des intervalles de quelques semaines, sans discontinuer jamais la compression pendant toute la durée du traitement.

La soi-disant hydrocéphalie externe ou méningée, c'est-à-dire l'accumulation de liquide sous la dure-mère, s'observe surtout dans les cas de développement défectueux du cerveau; plus rarement il est acquis, mais, même dans ce dernier cas, il s'accompagne le plus souvent d'une hydropisie ventriculaire, et le crâne a alors la forme caractéristique de l'hydrocéphalie.

§ 95. **Hernie congénitale du cerveau** (encéphalocèle, hydrencéphalocèle). **Hernie des méninges** (méningocèle). — On a quelquefois l'occasion d'observer sur différents points de la voûte crânienne certaines tumeurs congénitales que l'on peut désigner à bon droit sous le nom de hernies, vu qu'elles sont constituées par le contenu encéphalique faisant saillie sous les téguments du crâne par une ouverture de la paroi osseuse. Le sac herniaire est formé par les membranes cérébrales refoulées à l'extérieur du crâne, et contient soit simplement de la sérosité (**méningocèle**), soit en même temps une certaine quantité de substance cérébrale (**encéphalocèle**).

Les parties du crâne qui livrent le plus souvent passage à une hernie, sont l'occiput et la région de la racine du nez; plus rarement elle s'observe au niveau de la suture sagittale ou de la petite fontanelle; plus rarement encore elle se fait jour par une ouverture du frontal ou du pariétal. Enfin les hernies les plus rares sont celles qui se produisent à travers le corps du sphénoïde (canal cranio-pharyngien de RATKE); dans ce dernier cas la tumeur peut apparaître dans le pharynx et arriver jusque dans la cavité buccale.

Les **hernies occipitales** se produisent soit au-dessus, soit au-dessous

de la protubérance occipitale. Dans ce dernier cas l'orifice de la hernie s'étend habituellement jusqu'au trou occipital.

Les hernies que l'on observe à la partie antérieure du crâne, siègent presque toujours dans la région de la racine du nez. Tantôt c'est l'apophyse nasale du frontal avec les portions voisines de cet os qui fait défaut, et la hernie apparaît alors au-dessus des os propres du nez (**hernie naso-frontale**); tantôt la perte de substance osseuse intéresse la région du trou borgne et la portion antérieure de l'ethmoïde, et le sac herniaire fait alors saillie au-dessous des os propres du nez. On peut aussi observer à la fois l'absence de l'apophyse nasale du frontal, des os propres du nez, d'une portion de l'ethmoïde, de l'os unguis, et même des apophyses montantes du maxillaire supérieur; la hernie vient alors faire saillie soit au dehors, soit dans les fosses nasales, soit latéralement dans la cavité orbitaire.

L'hydrencéphalocèle latérale apparaît au niveau des fontanelles de même nom, au-dessus, en avant, ou au-dessous de l'oreille, et il en résulte des pertes de substance de la portion écaillée du temporal et des os voisins.

L'encéphalocèle est une des malformations les plus rares. D'après VINES on l'observe une fois sur 5000 accouchements. Elle occupe le plus souvent la partie antérieure ou postérieure du crâne. Sur 85 cas dont le siège a été bien déterminé, 44 appartiennent à la région occipitale et 41 à la région sincipitale (LARGER cité dans HEINEKE). Dans un petit nombre de cas seulement la hernie occupait d'autres parties de la voûte crânienne.

Le volume de l'encéphalocèle est très variable. La tumeur peut être à peine appréciable ou atteindre les dimensions d'une tête d'adulte. Quant à ce qui concerne la forme extérieure, tantôt la tumeur est pédiculée, tantôt elle repose sur le crâne par une large base. Ces différences tiennent essentiellement à la grandeur variable de l'orifice osseux qui livre passage à la hernie, orifice qui peut ne constituer qu'une communication très étroite, ou égaler en étendue celle même de l'encéphalocèle à sa base. Parfois la tumeur est subdivisée à sa surface en plusieurs parties par des sillons profonds. Le sac herniaire est tendu ou flasque; mais, le plus souvent, le degré de tension varie, et est en rapport avec les oscillations de la pression intra-crânienne. C'est pourquoi la tumeur est le siège de pulsations communiquées, et présente un plus haut degré de réplétion et de tension dans les mouvements expiratoires exagérés. Par une pression continue on réussit, surtout dans les cas de méningocèle, à refouler une partie du liquide dans la cavité crânienne. On remarque alors chez le malade des signes de malaise, puis on peut observer de véritables phénomènes de compression, et même des convulsions. Beaucoup d'encéphalocèles sont complètement réductibles tant qu'elles n'ont pas acquis de grandes dimensions.

Les enveloppes de la hernie se comportent également de diverses manières. Quelquefois la surface a tout à fait l'aspect cicatriciel. Lorsque le sac est très tendu, la peau est amincie et luisante, parcourue par de nombreux vaisseaux superficiels, et il n'est pas rare alors que la tumeur soit transparente comme l'hydrocèle de la cavité vaginale. Les enveloppes amincies peuvent s'excorier et se couvrir de granulations. Cette dernière altération ne survient en général qu'à une période avancée de la maladie, lorsque, à la suite d'irritations répétées venant de l'intérieur ou de l'extérieur du sac, les couches de ce dernier se sont atrophiées et soudées entre elles pendant que la hernie augmentait peu à peu de volume. On ne peut plus alors distinguer les différentes couches du sac telles que nous les décrirons plus loin : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et la dure-mère se sont confondus en une masse fortement vascularisée, présentant une coloration rouge-sang à sa surface. La couche cutanée ressemble alors bien plus à une muqueuse fortement irritée qu'à la peau normale (VIRCHOW).

Ces altérations peuvent ne pas se produire lorsque la hernie est entourée d'une épaisseur plus considérable de parties molles. Dans ces cas les couches profondes du sac ne contractent pas d'adhérences avec les couches superficielles, et la tumeur est recouverte d'une peau normale. C'est ce qu'on observe lorsque la hernie siège à la région temporale, à la racine du nez ou dans la cavité nasale.

Lorsqu'on pratique une incision à travers les parois de la tumeur, on rencontre d'abord, avec les réserves faites plus haut, la peau, puis le tissu cellulaire sous-cutané, et parfois une couche musculaire ou aponévrotique; on arrive alors sur le sac herniaire proprement dit, constitué par la dure-mère crânienne. Dans un certain nombre de cas le sac ne renferme que du liquide; d'autres fois, outre ce dernier, il contient, adhérents à la dure-mère, des résidus ou fragments de la pie-mère en partie œdématisés (méningocèle, hydroméningocèle). Le plus souvent cependant on y trouve aussi une certaine quantité de substance cérébrale (encéphalocèle, hydrencéphalocèle); la masse cérébrale contenue dans la hernie présente un volume très variable et une forme correspondant à celle du sac; elle est reliée au cerveau par un pédicule plus ou moins développé; dans la plupart des cas elle est creusée au centre d'une cavité remplie de liquide, et en communication par un canal avec la portion correspondante du ventricule, qui est lui-même en général dilaté (hydrencéphalocèle). Rarement l'on constate l'absence de cette cavité, et le contenu cérébral de la hernie est alors constitué par une masse solide (encéphalocèle simple). Il est clair que dans ces cas le cerveau lui-même ne peut être normal, et qu'il est déformé et atrophié à un degré variable suivant l'importance de la partie herniée.

§ 96. — Par cette esquisse anatomo-pathologique on comprendra facilement que, dans certains cas, la hernie cérébrale ne tarde pas

à devenir incompatible avec l'existence, que dans d'autres cas elle détermine des symptômes plus ou moins graves, et que dans d'autres encore elle ne constitue, pour ainsi dire, qu'une affection locale qui peut fort bien ne pas empêcher le malade de fournir une longue carrière, à moins que la rupture de la tumeur n'entraîne des altérations inflammatoires dans le cerveau.

Au point de vue clinique, il existe naturellement de grandes différences entre l'hydroméningocèle et l'encéphalocèle. La première se présente sous la forme d'une tumeur ordinairement pédiculée, à surface régulière, parfois assez fortement tendue, et alors non fluctuante; elle augmente de volume dans les mouvements d'expiration, mais ne présente que rarement des pulsations; quelquefois elle est réductible par la pression, et la réduction s'accompagne alors des symptômes décrits plus haut. Lorsque l'orifice crânien est étroit, ce qui est assez souvent le cas, le phénomène de la réductibilité peut être incomplet ou faire absolument défaut. Les hernies qui se trouvent dans ces conditions, forment transition aux méningocèles qui se sont complètement isolées de l'intérieur du crâne, et que l'on retrouve sous la forme de kystes dans la région occipitale. Il semble, en effet, que l'on soit en droit d'attribuer une pareille origine à une partie des kystes congénitaux que l'on rencontre dans cette région, et qui sont situés de préférence entre la paroi osseuse et les téguments. Parfois ce sont des kystes simples, tandis que dans d'autres cas la poche kystique est remplie d'un tissu conjonctif œdématisé provenant peut-être d'un œdème hypertrophique de la pie-mère (ROSER, SPRING) (voir aussi § 78).

L'hydrencéphalocèle a beaucoup plus de tendance à l'accroissement que la hernie cérébrale sans liquide ou encéphalocèle. Aussi les hydrencéphalocèles constituent-elles d'ordinaire des tumeurs volumineuses, molles, souvent lobulées, parfois très fluctuantes et même translucides. La présence du liquide dans le sac herniaire empêche le développement de la substance cérébrale comprise dans la tumeur: en outre le cerveau lui-même à l'intérieur du crâne est, en général, arrêté dans son développement, et les ventricules sont dilatés. Un grand nombre d'enfants atteints de cette affection succombent déjà avant la naissance, tandis que les autres meurent peu après l'accouchement, ou du moins avant la fin de la première année. Par contre, les enfants affectés de hernie cérébrale simple peuvent continuer à vivre. Ces hernies sont le plus souvent d'un faible volume et n'ont pas de tendance à s'agrandir comme les hydrencéphalocèles. Elles sont rarement pédiculées; elles ont ordinairement une large base, sont molles, pulsatiles, parfois entièrement réductibles. Elles ne présentent pas un haut degré de tension; aussi leurs enveloppes ont-elles moins de tendance à s'amincir et à s'excorier que dans l'autre forme de hernie cérébrale. Les enfants atteints d'encéphalocèle simple meurent parfois, il est vrai, avant ou peu de temps après la naissance.