

Centres moteurs. — Les centres moteurs sont groupés le long du sillon de Rolando.

Membre inférieur. — Tiers supérieur de la ligne rolandique en ayant soin de trépaner à deux centimètres de la voûte pour éviter le sinus longitudinal.

Membre supérieur. — Tiers moyen de la ligne rolandique en ayant soin de trépaner un peu plus en avant qu'en arrière de la ligne.

Face-Langue. — Troisième circonvolution frontale siège (à gauche) du langage articulé. Tiers inférieur de la ligne rolandique. Exactement à l'extrémité inférieure de cette ligne pour découvrir le centre moteur de la face et de la langue. En avant pour découvrir la troisième circonvolution.

Broca et Lucas-Championnière ont décrit des procédés moins simples que ceux donnés par Poirier.

II. — LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES.

A. — Lésions des parties molles.

Elles comprennent : 1° les inflammations diverses ; 2° les tumeurs vasculaires ; 3° les tumeurs sanguines ; 4° les tumeurs gazeuses ; 5° les kystes.

INFLAMMATIONS.

Le *furoncle* et l'*anthrax* sont souvent observés vers les confins de la région occipitale.

L'*érysipèle*, soit primitif, soit consécutif à celui de la face, est fréquent ; il se fait remarquer par le peu de rougeur du cuir chevelu, un œdème notable, un engorgement des ganglions cervicaux, et surtout par les troubles cérébraux qu'il provoque (délire, agitation, etc.).

Le *phlegmon diffus* siège habituellement au-dessous de l'aponévrose ; ses causes les plus fréquentes sont les traumatismes, l'*érysipèle*, les altérations graves des os du crâne (carie, nécrose, etc.). Les symptômes généraux, semblables à ceux

de tout phlegmon diffus, sont remarquables par leur intensité : quant aux signes locaux, gonflement, œdème, ils atteignent de grandes proportions. Souvent tout le cuir chevelu se trouve séparé du péricrâne par une nappe purulente ; il n'est pas moins fort rare d'en observer la mortification, car on sait la façon superficielle dont se distribuent les artères du cuir chevelu.

Lorsque le péricrâne est détruit, la nécrose est fréquente, mais non fatale, et l'on voit les téguments se recoller dans des cas où tout espoir paraissait perdu ; cependant le phlegmon diffus du crâne est souvent mortel, le malade succombe aux suites de la suppuration, ou, ce qui est plus rare, il est emporté par l'infection purulente ou par une méningo-encéphalite.

Il est souvent fort difficile de distinguer le phlegmon diffus du crâne d'une périostite aiguë ou d'un érysipèle.

Traitement. — On a cherché à arrêter le phlegmon en recouvrant le cuir chevelu d'un large vésicatoire, d'onctions mercurielles, de cataplasmes, etc. Dès que la suppuration est établie, il faut, par de larges incisions faites en lieu convenable, ouvrir une voie au pus ; il faut encore, à l'aide de tubes à drainage et d'injections antiseptiques, prévenir la stagnation du pus et sa décomposition ; plus tard, on aidera, par une compression légère, au recollement des parties.

Les *abcès* peuvent se rencontrer au-dessous de la peau, au-dessous de l'aponévrose, au-dessous du périoste ; ils peuvent succéder à un traumatisme, à une bosse sanguine, à un érysipèle, à un phlegmon. Dans les cas douteux, une ponction pratiquée avec un appareil aspirateur dissipera l'incertitude. Les abcès doivent être ouverts le plus tôt possible.

TUMEURS VASCULAIRES.

Les tumeurs vasculaires sont plus fréquentes sur le crâne qu'en tout autre lieu ; le crâne est en effet le lieu d'élection de la *varice artérielle* ou *anévrisme cirsoïde*, et nous n'avons rien à ajouter à la description que nous en avons déjà donnée ; les *angiomes* ou *tumeurs érectiles* y sont également fréquents (Voy. *Pathologie générale*, art. ANGIOME). Quant aux *anévrismes*

des artères occipitale, temporale, etc., leur étude a été faite dans le chapitre consacré aux anévrysmes en particulier. Il ne nous reste donc à décrire que le céphalématome.

CÉPHALÉMATOMES OU TUMEURS SANGUINES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

On donne ce nom à des tumeurs sanguines se formant chez quelques enfants nouveau-nés entre le péricrâne et les os.

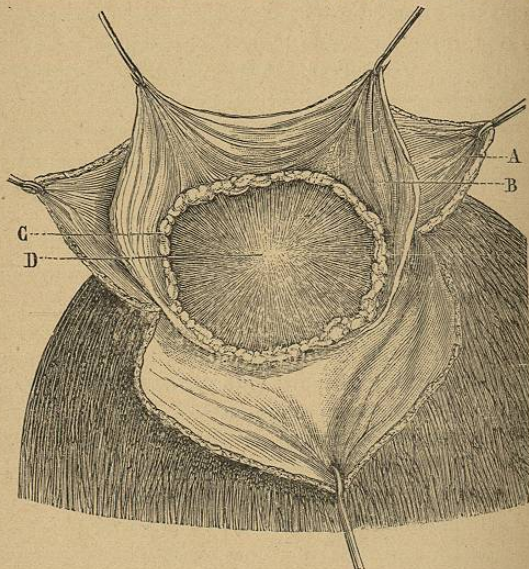


Fig. 110. — Cavité d'un céphalématome dont on a retiré le sang. — A, B. Dissection du cuir chevelu et du périoste qui recouvraient la tumeur et en fermaient la partie supérieure. — C. Bourrelet osseux circonscrivant le céphalématome. — D. Surface de l'os en contact avec le sang.

Étiologie. — Le céphalématome est une lésion assez rare ; on ne l'observe guère qu'une fois sur 300 nouveau-nés (Depaul). Son siège habituel est l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit ; il s'observe encore sur le pariétal gauche, bien rarement sur l'occipital : il est presque sans exemple sur les autres os.

Le céphalématome se montre surtout dans les premiers jours qui suivent la naissance. On a expliqué sa production par la fragilité de la table externe qui ne protège pas les vaisseaux du diploé, et par une rupture de ces derniers sous une influence quelconque, compression de la tête du fœtus par le col utérin, par le bassin, choc ¹.

Anatomie pathologique. — 1^o La peau et les couches sous-cutanées ont conservé leur aspect naturel. L'épanchement sanguin est nettement circonscrit entre le péricrâne et l'os.

2^o Le péricrâne est souvent intact, peut-être un peu épaissi, souvent séparé du sang par une fausse membrane.

3^o Le sang épanché est très variable dans sa quantité ; il reste longtemps fluide, mais finit toutefois par se coaguler, du moins en partie.

4^o L'os en contact avec la tumeur sanguine présente d'importantes altérations. Sur tout le pourtour de la tumeur, il forme un bourrelet irrégulier ; cette crête osseuse, qui entoure la tumeur à la façon d'une couronne, se développe graduellement ; sa structure est celle du tissu osseux de nouvelle formation ; il est produit par l'irritation chronique du péricrâne : on l'a encore attribué à la destruction de la table externe ou à la dépression de l'os par la tumeur ; quant à l'os directement en contact avec le sang, il est lisse, poli, ou, au contraire, rugueux et irrégulier.

Symptômes. — Dans les régions indiquées, c'est-à-dire surtout au niveau du pariétal droit, on constate, peu de jours après la naissance, une tumeur tantôt à peine appréciable, tantôt grosse comme un œuf. Elle est molle, dépressible, sans battements.

Cette tumeur augmente de volume, elle devient tendue, résistante ; cependant, lorsqu'on la déprime, on parvient à

1. Il semble démontré qu'une veine émissaire est déchirée par une véritable fracture du pariétal, prédisposé par une structure spéciale de la région mentionnée, qui présente des fissures au niveau desquelles les déchirures vasculaires sont très faciles (P. Broca et Ch. Féré).

reconnaitre le plan osseux sous-jacent et le *bourrelet osseux* dont nous avons parlé. A mesure que la tumeur vieillit, les changements qui se produisent dans le sang épanché modifient sa consistance ; elle devient plus dure.

Après un temps variable, la tumeur s'affaisse et se résorbe graduellement tout en laissant quelques rugosités ou aspérités osseuses, dernière trace de son passage ; on a vu, mais bien rarement, le céphalématome s'enflammer et suppurer.

Traitement. — L'expectation, aidée de quelques résolutifs et peut-être d'une compression légère, suffit. Cependant on a proposé la ponction capillaire suivie de compression.

PNEUMATOCÈLE OU TUMEUR GAZEUSE DU CRANE.

La pneumatocèle est une tumeur gazeuse située entre le péricrâne et les os, limitée à la région crânienne et liée à une perforation des cellules mastoïdiennes ou des sinus frontaux¹.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Sous une influence encore inconnue, la paroi externe des sinus frontaux et des cellules mastoïdiennes s'atrophie, se rompt, et l'air que renferment ces sinus ou cellules soulève le péricrâne².

Le péricrâne est intact ; le gaz qui le soulève renferme plus d'oxygène et moins d'azote que l'air atmosphérique (Fordos) ; mais on sait que ce sont précisément là les caractères de l'air qui a séjourné quelques heures dans les mailles des tissus vivants.

L'os est très altéré ; à la vérité, on n'a pu constater la perforation des cellules ou des sinus et leur communication avec

1. C'est à Costes (de Bordeaux) et à Thomas (de Tours) que l'on doit les premières descriptions de la pneumatocèle. Pour Costes, le gaz s'infiltrerait non seulement entre l'os et le péricrâne, mais aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané du cuir chevelu, opinion peu acceptable, car s'il en était ainsi, on ne voit point ce qui empêcherait sa généralisation à toute la surface du crâne, vu la laxité de ce tissu cellulaire.

2. Cette perforation peut s'effectuer à la suite de fractures, d'inflammations, mais dans la pneumatocèle proprement dite, la rupture est spontanée ; on l'a attribuée à une résorption graduelle du tissu osseux : Hyrtl a signalé les dimensions énormes que prennent parfois les cellules aériennes du crâne, par le fait de la résorption du tissu osseux. On a encore admis que la rupture s'effectuait sous l'influence de la force expansive des gaz, pendant les efforts et les cris.

la pneumatocèle, mais, à ce niveau, on constate des saillies et des dépressions très notables attribuées à une irritation chronique.

Symptômes. — Dans quelques cas rares, l'apparition de la pneumatocèle a été précédée de douleurs fixes, de sifflements dans les oreilles, etc., on l'a vu survenir brusquement après un éternument, mais d'ordinaire son évolution est silencieuse.

La pneumatocèle se présente sous l'aspect d'une *tumeur siégeant dans la région mastoïdienne*, au-dessus du conduit auditif, ou bien *dans la région frontale*, au niveau des apophyses orbitaires externes.

Cette tumeur est d'abord peu développée, puis elle progresse, devient grosse comme un œuf, et on l'a vu acquérir de telles proportions, qu'elle formait autour de la tête un véritable cercle comparable aux cercles élastiques avec lesquels on protège la tête des enfants.

Quel que soit son volume, cette tumeur est lisse, élastique, non fluctuante, *sonore à la percussion*, signe pathognomonique, souvent réductible par la pression et augmentant sous l'influence de la toux et des cris¹.

La santé générale, et même l'ouïe et la sensibilité de la muqueuse pituitaire sont parfaitement conservées.

Diagnostic. — La sonorité de la tumeur, son élasticité, sa dépressibilité, enfin son siège au niveau des régions mastoïdienne et frontale indiquent suffisamment sa nature.

Traitement. — Il faut s'abstenir des injections, incisions ou sétons : le mieux est de comprimer exactement la tumeur si elle est réductible, de la ponctionner avec un trocart fin si elle est irréductible. Du reste la guérison spontanée est la règle.

1. Au moment où l'air est chassé de la tumeur dans les cellules ou les sinus, on a constaté parfois certains phénomènes curieux, tels que bruits de sifflement, vertiges, éblouissements, etc.

TUMEURS DIVERSES.

Certaines tumeurs, dont nous avons déjà donné la description, et qui sont étudiées dans notre *Pathologie générale*, s'observent assez fréquemment sur le cuir chevelu, ou du moins dans les parties molles extérieures au crâne. Les plus fréquentes sont les *kystes glandulaires ou loupes*, les *kystes dermoïdes*, puis viennent les *productions cornées*, les *lipomes*, les *anévrismes cirsoïdes*; le *cancer primitif du cuir chevelu* est fort rare, il en est de même des *fibromes*. Enfin on a cité quelques cas d'*hypertrophie partielle du cuir chevelu* et du tissu cellulaire sous-cutané, sorte d'*éléphantiasis* qui a été observé à la région occipitale, plutôt chez des femmes que chez des hommes. Cet éléphantiasis forme une tumeur molle, pâteuse, indolente, elle se continue avec le cuir chevelu, mais retombe en arrière sous forme de besace. Dans quelques cas, et alors qu'elle était peu développée, on a pu la guérir par la compression et des applications iodées : mais dans les cas de Bøhm et de Robert, il a fallu exciser transversalement un large lambeau de la tumeur et en réunir les bords, ce qui a été suivi de guérison.

B. — Lésions vitales et organiques des os du crâne.

OSTÉO-PÉRIOSTITE. — L'ostéo-périostite ne présente au crâne que peu de caractères spéciaux. Est-elle aiguë, on la distinguera difficilement du phlegmon du tissu cellulaire ; est-elle chronique, ce qui s'observe souvent à la suite de contusions ou chez les syphilitiques (dans ce dernier cas, elle produit souvent des gommés), elle se traduit par une tuméfaction douloureuse qui, d'abord dure et résistante, finit par se ramollir.

CARIE. — Fréquente chez les sujets syphilitiques ou scrofuleux, elle s'annonce par une douleur fixe dans un point du crâne, puis survient une tumeur molle, fluctuante, qui, dans certains cas, communique avec la cavité crânienne, ainsi qu'on peut s'en assurer par sa réductibilité et par les phénomènes de compression cérébrale (sommolence, coma), qui surviennent au fur et à mesure de son refoulement dans la cavité crânienne. De plus, cette tumeur augmente dans l'expiration,

les efforts, etc. L'abcès ouvert laisse écouler un pus grisâtre, sanieux, et il s'établit une ou plusieurs fistules.

Le **traitement** se borne souvent à l'usage d'une médication interne dirigée contre la syphilis ou la scrofule, et à des injections purement détersives, car ici on ne saurait songer aux caustiques.

Dans le cas où la carie aurait perforé les os du crâne et où la stagnation du pus engendrerait des phénomènes d'infection, il faudrait enlever les parties malades par l'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan.

NÉCROSE. — La nécrose, comme l'ostéite et la carie, est d'origine syphilitique ou scrofuleuse, ou bien elle succède à un traumatisme : le séquestre peut comprendre toute l'épaisseur de l'os ou seulement une partie ; son expulsion est fort lente, bien qu'il ne soit pas invaginé.

Si elle n'entraîne pas d'accidents, il faut rester dans l'expectation en se bornant à faciliter l'écoulement du pus par des incisions convenables ; mais si des phénomènes de compression cérébrale venaient révéler l'accumulation du pus dans la cavité crânienne ou sa décomposition, il faudrait chercher à extraire le séquestre, soit à l'aide de pinces, d'élévatoires, soit par une couronne de trépan : la perte de substance ne se répare d'ordinaire que par une cicatrice fibreuse ; aussi est-il prudent de protéger les organes encéphaliques par une calotte résistante.

ATROPHIE DES OS DU CRANE. — Sauvage a dernièrement appelé l'attention sur l'atrophie spontanée et progressive des os du crâne, qui porte plus spécialement sur la table externe et sur le diploé. Impossible à reconnaître pendant la vie, survenant sans causes appréciables, cette atrophie est probablement le point de départ de la perforation des sinus frontaux (pneumatocèle, etc.).

CRANIOMALACIE. — Elsässer a appelé l'attention sur un ramollissement des os du crâne qui s'observe parfois chez les enfants mal nourris et que l'on a attribué à la diminution du phosphate de chaux dans le lait des nourrices.

La maladie débute dans les premiers mois de la vie par de l'inquiétude, des convulsions, une sensibilité exagérée qui porte le petit malade à éviter tout contact sur la tête, aussi se couche-t-il habituellement sur le ventre.

Le crâniotabes n'est pas une maladie fort grave ; quelques-uns des enfants qui en sont atteints sont cependant emportés par des convulsions, mais en général ils guérissent, grâce à une ossification plus ou moins parfaite de leur crâne.

Le **traitement** sera celui du rachitisme ; on prescrira donc un régime fortifiant, tonique, l'usage du phosphate de chaux, des ferrugineux, etc. En même temps, on protégera la tête par l'emploi d'une coiffure résistante.

Exostoses. — En clinique, on désigne sous le nom d'exostose du crâne toute tumeur osseuse développée sur cette boîte osseuse, et l'on donne le nom d'hyperostose à son hypertrophie générale ¹.

Les causes des exostoses sont les *contusions*, les *fractures* du crâne, les *exanthèmes prolongés* du cuir chevelu, qui déterminent une irritation chronique du péricrâne, et surtout la *syphtilis*.

Variétés. — Les exostoses peuvent se présenter sous des aspects différents, dont on peut, si l'on veut, faire autant de variétés ; les unes proéminent à l'extérieur, les autres font saillie dans la cavité crânienne, d'autres encore paraissent être une hypertrophie du diploé, et forment une sorte de renflement se continuant insensiblement sur son pourtour avec les deux tables de l'os.

Le volume des exostoses peut varier de celui d'un pois à celui d'une orange : elles sont souvent dures et compactes comme de l'ivoire. Dans certains cas, les os du crâne présentent une hypertrophie assez régulière ; elle peut être portée

¹ Certains auteurs ne désignent, sous le nom d'exostoses, que les tumeurs faisant saillie à l'extérieur, et ils donnent le nom d'*énostoses* à celles qui proéminent dans la cavité crânienne, ou qui sont formées aux dépens du diploé ; ces dernières sont également dites *exostoses parenchymateuses*.

au point de donner à leurs parois jusqu'à 4 centimètres d'épaisseur ¹.

Symptômes. — Quel que soit son siège, l'exostose peut être complètement indolente, et souvent alors, surtout lorsqu'elle est peu développée, elle peut passer inaperçue ; dans d'autres cas, elle s'accompagne de douleurs plus ou moins vives avec redoublements nocturnes (*douleurs ostéocopes*). De plus, deux cas peuvent se présenter : l'exostose s'est développée à l'extérieur du crâne ou dans sa cavité ; dans le premier cas, la tumeur est appréciable au toucher et se trouve directement reconnue ; dans le deuxième, elle peut déterminer des désordres cérébraux mortels ou, au contraire (chose étrange que la physiologie n'a pas encore expliquée), passer complètement inaperçue et n'être reconnue qu'à l'autopsie. Cependant, en général, les exostoses intra-crâniennes déterminent des *accès épileptiformes*, des *paralysies partielles*, en un mot cet ensemble de symptômes que nous avons déjà étudiés (Voy. *Pathologie interne*, TUMEURS INTRA-CRANIENNES).

CANCER ET SARCOME DES OS DU CRANE. — Le cancer et le sarcome des os du crâne sont rares ; ils peuvent être primitifs ou secondaires.

Lorsque la tumeur proémine à l'extérieur, elle se présente avec tous les caractères de mollesse, de demi-fluctuation ou de crépitation parcheminée que nous avons signalés dans notre étude sur les tumeurs malignes des os. Si elles compriment le cerveau, elles agissent comme toute autre tumeur intra-crânienne.

A ces symptômes de voisinage viennent se joindre ceux qui ap-



Fig. 144. — Sarcome du crâne.

¹ Cette hyperostose générale, bien qu'ayant été plus spécialement observée chez les vieillards, a été vue chez quelques enfants, et dans ce dernier cas elle paraît s'être développée sous l'influence de l'hydrocéphalie.

partiennent à la tumeur elle-même, tels que douleur, etc. Le traitement ne saurait être que palliatif.

C. — Lésions vitales et organiques des méninges et du cerveau.

Nous avons déjà étudié les méningo-encéphalites traumatiques ; nous avons d'autre part exposé, dans notre *Pathologie interne*, les caractères des tumeurs intra-crâniennes ; aussi allons-nous borner notre description à quelques brèves indications.

Les méninges sont parfois le siège : 1° de *fibromes* qui consistent dans une production exagérée de granulations de Pachioni ; ces fibromes s'incrument souvent de sels calcaires.

2° Les *sarcomes* sont fréquents dans la dure-mère, comme dans le cerveau ; ils peuvent se présenter sous deux formes différentes : les *sarcomes névrogliales* (gliomes de Virchow), formés par la genèse d'un tissu semblable à celui qui constitue le tissu conjonctif ou névroglie du cerveau, et se développant fréquemment sur le trajet des nerfs encéphaliques ; et les *sarcomes angiolithiques* (psammomes), qui renferment du sable cérébral, c'est-à-dire des concrétions calcaires semblables à celles que l'on observe dans ces dilatations ampullaires qui bourgeonnent sur les parois des vaisseaux des plexus choroïdes¹.

3° Les *gommés* ont été fréquemment observées ; il en est de même :

4° des *tubercules*, qui se rencontrent plus particulièrement dans la pie-mère, et des *kystes* séreux.

Le *cerveau* peut être primitivement ou secondairement le siège de toutes les espèces de tumeurs que nous venons de signaler dans la dure-mère.

Quelle que soit leur nature, les tumeurs du cerveau ou des méninges peuvent, par suite des progrès de leur développe-

1. Ces tumeurs étaient autrefois englobées sous le nom de *foncus de la dure-mère*, nom qu'on leur donnait surtout lorsqu'elles avaient perforé les parois du crâne.

ment, déterminer la résorption des os du crâne et les perforer pour s'étaler à l'extérieur.

Les symptômes des tumeurs intra-crâniennes ont déjà été exposés.

ABCÈS DU CERVEAU.

Les abcès du cerveau, lorsqu'ils sont chroniques, rentrent aujourd'hui dans le domaine de la chirurgie. La connaissance des localisations centrales permet d'en établir le siège, l'antiseptisme autorise à aller les ouvrir par la trépanation.

Ces abcès succèdent presque toujours à des lésions des parois crâniennes (fracture, ostéomyélite, carie du rocher). Les abcès traumatiques précoces, développés au-dessous d'un fragment osseux enfoncé, apparaissent vers le 15^e jour ; ils sont corticaux ; les tardifs peuvent survenir à une époque quelconque après le traumatisme et sont généralement profonds. Lorsqu'ils sont causés par une suppuration de l'oreille, ils siègent généralement dans le cervelet chez l'adulte, dans le lobe temporal chez l'enfant, ce qui s'explique par ce fait que les cellules mastoïdiennes n'étant pas encore développées pendant le jeune âge, l'inflammation ne peut se propager en arrière.

Les *symptômes* des abcès du cerveau sont de deux ordres : les uns sont les symptômes habituels des suppurations (malaises, frissonnement vespéral, hyperthermie), les autres rappellent ceux des tumeurs cérébrales et traduisent l'excès de la pression intra-crânienne (céphalalgies, somnolence, pouls ralenti, stase pupillaire). Il est intéressant de noter que ces deux ordres de symptômes présentent des variations corrélatives. Enfin, dans certains cas où l'abcès siège au niveau de la zone motrice, il pourra se traduire par des symptômes localisés (paralysie ou contracture).

Le *traitement* consiste dans la trépanation suivie de l'ouverture et du drainage de l'abcès.

TUMEURS VEINEUSES EN COMMUNICATION AVEC LA CIRCULATION INTRA-CRÂNIENNE.

En 1858, E. Dupont a appelé l'attention sur certaines tumeurs

de la voûte du crâne, tumeurs renfermant du sang veineux et communiquant avec la circulation veineuse intra-crânienne et surtout avec le sinus longitudinal supérieur. En voici les principaux caractères : c'est une *tumeur molle, fluctuante, indolente, en général située sur le trajet du sinus longitudinal supérieur* ; cette tumeur n'offre ni battements, ni bruits d'aucune sorte ; elle est réductible et augmente dans toutes les circonstances qui gênent la circulation

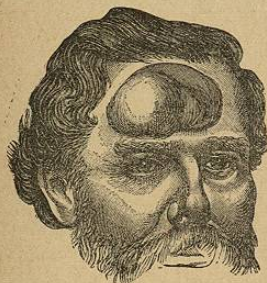


Fig. 112. — Tumeur veineuse de la voûte du crâne (HECKER).

veineuse encéphalique, telles que l'expiration forcée, les cris, les efforts, la compression des veines jugulaires, la position inclinée de la tête. La paroi de la tumeur est parfois épaisse et formée par toutes les parties molles du crâne, parfois mince et transparente, elle communique avec le sinus veineux par une perforation osseuse dont les dimensions sont très variables. La *pathogénie* de ces tumeurs est encore assez obscure ; certaines sont nettement d'origine traumatique et consécutives à l'ouverture du sinus ou tout au moins des veines émissaires à proximité du sinus ; il y a là de véritables *anévrismes veineux traumatiques* (Lannelongue) ; d'autres plus nombreuses ont une origine congénitale ; ce seraient pour Lannelongue des *angiomes* développés sur le territoire des veines émissaires et communiquant avec le sinus. Quant à l'*atrophie osseuse primitive*, aboutissant à la perforation du crâne, à la hernie du sinus, à sa rupture ou à celle des lacs sanguins de Trolard, admise sans conteste autrefois, elle ne semble nullement démontrée.

Traitement. — On doit en général s'abstenir de toute opération, car elle exposerait à des hémorragies ou à la phlébite ; on se bornera à comprimer la tumeur ; cependant pour les angiomes s'accroissant rapidement on procédera à l'extirpation avec toutes les précautions antiseptiques.

III. — DIFFORMITÉS ET VICÉS DE CONFORMATION DU CRANE.

Parmi les vices de conformation du crâne, il n'en est que deux, l'*hydrocéphalie* et l'*encéphalocèle*, qui intéressent le chirurgien ; les autres, tels que l'anencéphalie, la pseudencéphalie, l'exencéphalie, appartiennent à la tératologie.

HYDROCEPHALIE CONGÉNITALE (ἵδωρ, eau ; κεφαλή, tête).

On donne le nom d'hydrocéphalie à l'accumulation d'une quantité anormale de liquide séreux dans la cavité crânienne (ventricules et cavité arachnoïdienne) ¹.

Pathogénie. — Elle est à peu près inconnue, et nous nous bornerons à énumérer rapidement les principales opinions émises à ce sujet.

On l'a attribuée aux coups portés sur le ventre de la mère, aux émotions, aux abus vénériens, à une influence inconnue mais héréditaire.

D'autres auteurs la regardent comme consécutive, soit à une *inflammation de l'arachnoïde ou de l'épendyme ventriculaire*, soit à une *phlébite des sinus de la dure-mère* ².

Anatomie pathologique. — Les altérations anatomiques de l'hydrocéphalie portent : 1° sur le crâne ; 2° sur la quantité du liquide céphalo-rachidien ; 3° sur l'encéphale.

1° *Crâne.* — Ce qui frappe d'abord, ce sont ses dimensions colossales dont l'exagération porte principalement sur la voûte car la base conserve ses proportions ordinaires. La dilatation peut être régulière ou localisée sur une moitié ou sur une partie quelconque du crâne ³.

1. La question de l'hydrocéphalie vient d'être complètement mise au point dans une monographie des plus consciencieuses. Consulter LÉON D'ASTROS, *Les hydrocéphalies*, in-8, 400 pages, Paris, 1898.

2. L'oblitération d'une veine déterminant l'œdème des régions qui en sont tributaires, il ne répugne point de considérer certains cas d'hydrocéphalie comme étant consécutifs à une thrombose des sinus.

3. Par exception, le volume du crâne peut ne pas être augmenté, l'hydrocéphalie est rendue possible par une atrophie de l'encéphale.