

son tissu presque toujours ramolli ; le cervelet et la moelle allongée conservent assez ordinairement leur intégrité. Aussi, chez les sujets atteints d'hydrocéphale, le sentiment subsiste-t-il jusqu'au dernier moment de la vie, malgré la désorganisation lente du cerveau et la grande quantité de fluide épanché.

Dans le traitement de l'hydrocéphale, comme dans celui de toutes les autres hydropsies, on doit avoir en vue de favoriser la résorption du liquide épanché, et le retour sur elles-mêmes des parties qui ont été dilatées. On a conseillé les diurétiques et les laxatifs ; on a encore recommandé le mercure comme propre à exciter l'action des vaisseaux absorbants, l'application réitérée des vésicatoires sur la tête ; on a eu aussi recours avec succès au séton à la nuque. Ces différents moyens devront être tentés au début de la maladie. Les diurétiques et les purgatifs, employés seuls, seraient sans doute insuffisants ; mais associés aux vésicatoires, ils pourront contribuer à la guérison ; il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à s'en servir avec réserve. Si ces remèdes ont produit de bons effets dans les hydrocéphales commençantes, à l'époque où le crâne n'avait éprouvé encore aucune dilatation, il n'en a pas été de même toutes les fois que la maladie s'est trouvée plus avancée. Nous ne connaissons aucun fait avéré qui prouve que ces moyens aient été salutaires dans les cas où le volume de la tête était sensiblement augmenté : d'où l'on peut conclure que l'hydrocéphale, parvenue à un certain degré, est une maladie incurable.

La compression a été proposée comme un moyen également propre à favoriser la résorption du liquide et à déterminer le retour sur elles-mêmes des parties dilatées ; elle doit être exercée au moyen d'une bande qu'on a soin de serrer autant qu'il est possible de le faire, sans causer des étourdissements, de la douleur ou toute autre incommodité. Mais l'emploi du bandage compressif exige la plus grande circonspection : s'il agit faiblement, il ne sert à rien ; si la compression est trop forte, elle devient nuisible. Il vaut mieux ne point comprimer.

On a quelquefois tenté la guérison de l'hydrocéphale en pratiquant la ponction avec un trois-quarts dans un des points membraneux du crâne où l'on n'a point à craindre de piquer un sinus ; cette opération a toujours hâté la mort. Les sujets chez lesquels la sérosité a été évacuée entièrement n'ont survécu que quatre ou cinq heures à l'opération ; ceux où l'évacuation n'a eu lieu que peu à peu n'ont succombé qu'au bout de trois ou quatre jours. Ainsi, la proposition faite par plusieurs

auteurs, tant anciens que modernes, de vider lentement la tumeur par plusieurs évacuations successives, ne rend pas cette opération moins dangereuse. Lecat en a fait la triste expérience : il a pratiqué la ponction avec un trois-quarts dont la canule était garnie de deux ailes aplaties qui permettaient de la maintenir dans la plaie ; l'ouverture de cette canule était bouchée avec un emplâtre agglutinatif qu'on détachait de temps en temps pour laisser sortir la sérosité, et qu'on remplaçait après l'évacuation d'une quantité suffisante de ce liquide. Le malade mourut cinq jours après la parencentèse. C'est donc avec raison qu'on a blâmé la ponction comme une opération téméraire et qui doit toujours hâter la mort du malade. L'avis des auteurs les plus sages est de s'en tenir aux moyens palliatifs.

En conséquence, on placera le malade dans une position horizontale : si la tuméfaction est partielle, on aura soin d'incliner la tête sur le côté opposé à la tumeur ; si elle est générale, il faudra qu'elle repose sur les parties dont l'ossification est le plus avancée. La tête sera enveloppée dans un bonnet solide en cuir bouilli, pour la garantir de toute pression extérieure. Le malade sera soumis à une surveillance exacte et continuelle pour le préserver de toute percussion, pour prévenir les chutes et les mouvements violents. Il habitera un lieu obscur et tranquille, où il sera à l'abri de la lumière et du bruit ; car l'une et l'autre causent presque toujours de l'anxiété aux enfants atteints d'hydrocéphale, et excitent en eux des mouvements spasmodiques qui sont souvent le prélude des convulsions.

#### § 5. — De l'hydrorachis ou spina-bifida.

Cette maladie touche de trop près à l'hydrocéphale pour que l'histoire de l'une ne suive pas immédiatement celle de l'autre. Ainsi, malgré la différence de leur situation, elles n'en ont pas moins leur siège dans la même membrane ; elles tiennent probablement aux mêmes causes ; elles sont toutes deux des affections particulières à l'enfance, et souvent existent simultanément.

L'hydrorachis ou hydropsie du canal vertébral, qu'on appelle encore *spina-bifida*, s'annonce par une ou plusieurs tumeurs plus ou moins volumineuses, situées sur un point quelconque de la colonne épinière ; il n'est pas rare qu'il y ait à la fois hydrocéphale et hydrorachis. Ordinairement il n'existe qu'une tumeur dont la situation



n'a rien de constant; le plus souvent elle est placée sur les lombes ou sur l'os sacrum, rarement sur les vertèbres dorsales, et plus rarement encore au cou. Bidloo a vu une hydrorachis qui occupait toute la longueur de la colonne vertébrale; un fait semblable a été observé par Valsalva.

L'hydrorachis est toujours une maladie de naissance; les causes qui la produisent sont totalement inconnues. Camper parle de deux jumeaux qui vinrent au monde l'un et l'autre avec cette maladie. Constamment situé sur un point de la colonne vertébrale, le *spina-bifida* se présente sous la forme d'une tumeur ordinairement ronde et à base large, quelquefois piriforme et supportée par un pédicule étroit, transparente dans quelques cas, plus souvent opaque, sans changement de couleur à la peau, toujours circonscrite et légèrement compressible. Lorsqu'il existe plusieurs tumeurs, la pression exercée sur l'une d'elles augmente le volume et la tension des autres. Si l'une de ces tumeurs vient à s'ouvrir, l'autre diminue de volume, puis augmente de nouveau si l'ouverture vient à se fermer. Quand il y a tout à la fois hydrorachis et hydrocéphale, les fontanelles, qui sont plus larges que dans l'état naturel, se gonflent lorsqu'on presse la tumeur de l'épine. Cette tumeur, avons-nous dit, existe presque toujours à la naissance; quelquefois cependant on ne trouve à la place où elle doit se développer qu'une plaque dure et flexible, quelquefois colorée, quelquefois luisante, qui s'élève bientôt en une bosse dont les progrès sont plus ou moins rapides.

La plupart des enfants atteints de cette maladie deviennent maigres, faibles, languissants; quelques-uns sont affectés en venant au monde, ou peu de jours après leur naissance, de la paralysie des membres inférieurs, du rectum et de la vessie. Chez d'autres, les pieds sont contournés; chez les uns, les cuisses et les jambes sont couvertes de phlyctènes et même de taches gangréneuses, soit au moment de leur naissance, soit par suite des progrès de la maladie. L'amaigrissement général et l'affaiblissement des membres inférieurs font, chez la plupart des malades, des progrès continuels jusqu'à la fin de la vie; quelquefois pourtant le contraire a lieu, ainsi que Ruysch l'a observé chez une jeune fille qui, née dans un état remarquable de maigreur et de faiblesse, prit un embonpoint considérable, et recouvra l'usage des membres inférieurs avant de succomber à l'hydrorachis dont elle était affectée depuis sa naissance.

En général, l'hydrorachis est une maladie mortelle; mais l'époque à laquelle périssent les enfants qui en sont affectés n'a rien de fixe. Les uns meurent dans le sein de leur mère; les autres, pendant le travail de l'accouchement, si la tumeur vient à se rompre; d'autres, à l'âge de quinze jours ou d'un mois; très-peu atteignent la fin de leur première année. Ruysch n'en a vu aucun passer le quinzième mois. Cependant on parle de quelques individus qui ont vécu plus longtemps: Bonn cite l'exemple d'un enfant qui porta dix ans un *spina-bifida*; Warner rapporte l'observation d'un sujet affecté de cette maladie qui n'est mort qu'à l'âge de vingt ans, et Camper en a vu un qui a poussé sa carrière jusqu'à vingt-huit ans. De pareils faits sont excessivement rares.

L'ouverture de la tumeur, soit qu'elle arrive spontanément, ou qu'elle résulte d'un accident, est presque aussitôt suivie de la mort. Cependant les deux observations suivantes prouvent que cette ouverture n'est pas toujours mortelle; la première est de Jean-Maurice Hoffmann, et se trouve dans les *Miscellanea cur. nat.*, décad. II, an. 5, obs. 208. Un enfant vint au monde très-bien conformé; peu de jours après, on aperçut au-dessus de la deuxième vertèbre lombaire une tumeur molle couverte par la peau, qui était mince et distendue. La tumeur augmenta de volume de jour en jour, et dans l'espace de six semaines elle devint grosse comme une orange; elle était alors molle et transparente. L'enfant ne pouvait plus se coucher sur le dos. On fit avec une lancette une petite ouverture à la partie la plus déclive de la tumeur, et après qu'il se fut écoulé un peu de sérosité limpide, on introduisit dans l'ouverture une tente de charpie, qui fut soutenue par un bandage; on retirait la charpie de temps à autre, afin que la sérosité s'écoulât peu à peu. La tumeur s'affaissa; alors on la couvrit d'un emplâtre, et au bout de quelque temps elle disparut tout à fait: il resta à la place une cicatrice rugueuse et enfoncée.

La seconde observation est de Camper; elle est consignée dans sa dissertation sur l'hydropisie (*Mémoires de la Société royale de médecine*, ann. 1784 et 1785). En 1730, une femme de Bois-le-Duc accoucha de deux jumeaux affectés l'un et l'autre d'hydrorachis. L'un d'eux mourut dans les convulsions; l'autre s'éleva assez bien, mais ses membres supérieurs et sa tête prirent plus d'accroissement que les membres inférieurs. La tumeur, qu'il portait à l'union des



lombes avec le sacrum, et qui, au moment de la naissance, avait le volume d'une châtaigne, fit des progrès assez lents et devint peu à peu transparente. Vers l'âge de dix à douze ans, elle avait pris le volume et la forme d'une bouteille dont le col aurait été brisé; sa transparence pouvait être aperçue au jour. Un chirurgien la vida avec un trois-quarts; mais, dès la nuit suivante, le sac commença de nouveau à se remplir; en peu de jours elle revint à son premier volume. Le malade, fort affaibli par cette évacuation, ne reprit ses forces qu'au bout de trois semaines. La tumeur acquit dès lors un si grand accroissement, que le malade était obligé, pour pouvoir marcher, d'incliner le corps en avant, de baisser la tête, et de porter les fesses en arrière. Il atteignit sa vingtième année, et la tumeur, qui avait fait des progrès continuels, était devenue aussi grosse que la tête et semblait menacer de se rompre, lorsque le jeune homme fut pris d'une maladie aiguë pendant laquelle il se coucha involontairement sur le dos. La tumeur s'enflamma et fut frappée d'une gangrène superficielle, dans le temps même où l'on craignait beaucoup pour les jours du malade. Il arriva, contre toute espérance, que le liquide fut résorbé en totalité; les membranes flétries et rugueuses formèrent une cicatrice solide, mais difforme, adhérente aux côtes, et semblable à une mamelle squirrheuse. Cet individu, quoique débile, vivait encore en 1778, âgé alors de vingt-huit ans.

Ces deux observations ne prouvent pas seulement que le *spina-bifida* n'est pas toujours une maladie mortelle: elles démontrent encore que les sujets qui en sont atteints peuvent survivre à l'ouverture de la tumeur; mais elles ne peuvent être considérées que comme des faits extraordinaires qui n'autorisent point une opération dont les suites sont presque toujours funestes. Un chirurgien prudent ne règlera jamais sa conduite d'après certains événements, mais bien sur la marche ordinaire et presque constante de la nature.

A l'ouverture du corps des enfants morts d'hydrorachis, on trouve ordinairement la partie postérieure du canal vertébral détruite. Quelques auteurs, entre autres Morgagni, ont pensé qu'il existait un simple écartement des lames des vertèbres, qui, dans le fœtus, sont réunies par une substance cartilagineuse, à l'endroit où l'apophyse épineuse doit se développer, et Haller croyait que cet écartement était produit par la trop grande abondance de la sérosité; mais Camper, qui a eu de fréquentes occasions d'examiner ces parties sur le cadavre,

s'est convaincu qu'il y a absence et non pas écartement de la partie postérieure des vertèbres (1). Ce qui confirme encore cette opinion, c'est que les parties molles elles-mêmes manquent également dans l'endroit de la tumeur, qui n'est couverte que par une membrane ordinairement mince, rougeâtre, et toujours fort différente de la peau. Cette membrane n'est autre chose que l'enveloppe de la moelle épinière, dilatée outre mesure par la sérosité. L'étendue dans laquelle la colonne vertébrale est altérée varie beaucoup; dans quelques fœtus, on trouve les lames de presque toutes les vertèbres détruites, le canal vertébral ouvert dans la plus grande partie de sa longueur, sous la forme d'une gouttière dans laquelle la moelle épinière est à nu, dissoute en partie par la sérosité. La dure-mère et l'arachnoïde, qui forment seules la paroi postérieure du canal vertébral, sont déchirées dans une étendue plus ou moins considérable, et la sérosité de la tumeur est mêlée avec la liqueur de l'amnios. Ces fœtus périssent dans le sein de leur mère; mais le plus ordinairement la lésion n'est pas aussi étendue, elle est bornée à quelques vertèbres, et l'on trouve à l'endroit qu'occupait la tumeur une cavité ovale; quelquefois même une seule vertèbre est altérée dans un très-petit espace. A l'ouverture du corps d'un enfant de quinze mois, mort d'une hydrorachis deux ou trois jours après la rupture de la tumeur, Ruysch reconnut qu'une seule vertèbre lombaire était percée d'un trou qui aurait à peine admis un pois; un stylet introduit dans cette ouverture pénétrait aisément dans le canal vertébral, tant en haut qu'en bas. La tumeur était formée par une expansion de l'enveloppe que les méninges fournissent à la moelle de l'épine.

La moelle épinière n'est pas toujours altérée dans son tissu chez les sujets morts d'hydrorachis: quelquefois elle est restée très-saine; dans d'autres cas, elle a paru complètement détruite dans une étendue plus ou moins grande. Cette lésion a été indiquée par Ruysch, qui a

(1) L'absence des vertèbres ou d'une vertèbre dans le point où siège la tumeur dépend d'un arrêt de développement; cette cause est certaine d'après les lois de développement établies par M. Serres. Quand on fait disparaître la tumeur en poussant le fluide dans le canal vertébral, on sent très-bien à travers les parois de la poche les bords de l'orifice de ce canal. Camper avait donc bien reconnu la véritable cause de l'hydrorachis.



cru voir la moelle de l'épine manquant entièrement à l'endroit de la tumeur, et conservant son intégrité au-dessous et au-dessus. En portant une attention plus grande dans l'examen des parties, on peut facilement s'assurer que la moelle épinière n'est pas dissoute, comme Ruysch l'a pensé; mais seulement que les nerfs qui naissent de sa partie inférieure, et qui forment par leur réunion ce qu'on appelle la queue de cheval, sont d'autant plus écartés les uns des autres et plus amincis, que la tumeur est plus volumineuse. Au premier coup d'œil, ces nerfs, ainsi que l'extrémité de la moelle de l'épine, semblent déchirés et paraissent se terminer à la face interne du sac formé par la distension de la dure-mère qui sert d'enveloppe à la moelle épinière; mais, en examinant les choses de près, on voit que ces nerfs, amincis et séparés les uns des autres, descendent sur ce sac jusqu'aux trous par lesquels ils sortent du canal vertébral pour former les nerfs sciatique, crural et autres, dont par conséquent la continuité avec la moelle de l'épine n'est point interrompue. Pour bien apercevoir la disposition qui vient d'être indiquée, il faut, comme le recommande Camper, conserver intact le sac de la tumeur et enlever seulement l'épiderme qui le couvre; si l'on pousse alors de l'air dans ce sac, on distingue facilement les nerfs qui parcourent sa surface interne, et on peut les suivre jusqu'à l'endroit où ils s'enfoncent dans les trous par lesquels ils sortent du canal vertébral. Mais quand on commence par ouvrir la tumeur, comme l'ont fait Tulpius, Ruysch et Lecat, et comme Camper lui-même l'avait d'abord pratiqué, la moelle paraît déchirée et les nerfs semblent manquer entièrement.

Quant au liquide que contient la tumeur, il présente les mêmes variétés pour la couleur, la consistance et l'odeur, que celui qu'on trouve dans l'hydrocéphale. Sa quantité est aussi très-variable; mais elle ne devient jamais aussi considérable que dans l'hydropisie du cerveau.

Ce que nous avons dit sur le traitement de l'hydrocéphale s'applique également à l'hydrorachis: même nécessité de préserver la tumeur de toute violence extérieure, même danger d'en faire l'ouverture. On a conseillé l'application d'emplâtres résolutifs. Ces emplâtres, quoique incapables de procurer la guérison de la maladie, ne doivent pas être négligés; ils ont l'avantage d'empêcher le frottement continuel des vêtements sur les membranes minces qui forment l'enveloppe de la tumeur, de les préserver du contact des urines et des

matières fécales, et de prévenir l'excoriation qui peut résulter de ces deux causes; ils sont surtout utiles chez les enfants qui n'ont pas atteint leur troisième année, et auxquels il serait impossible de faire porter un bandage à pelote concave. Ce dernier moyen doit être substitué aux emplâtres aussitôt que les enfants ont assez de raison pour sentir l'avantage de s'y assujettir, et l'inconvénient de le déranger (a).

(a) — J'ajouterai quelques mots à ce que dit Boyer sur l'hydrorachis, afin de faire connaître le siège du liquide et les moyens employés avec succès par quelques chirurgiens pour obtenir la guérison de cette maladie.

Boyer indique la cavité de l'arachnoïde comme le siège de l'hydrorachis, et tous les pathologistes qui ont écrit avant et après lui disent la même chose. Quelques-uns, cependant, ont indiqué un autre siège au liquide qui forme l'hydrorachis, et, tout en reconnaissant la cavité de l'arachnoïde comme le siège ordinaire de la maladie, ils ont dit que quelquefois on avait trouvé le liquide entre l'arachnoïde et la pie-mère. C'est un pas fait vers la vérité; mais ce point de doctrine n'est pas encore suffisamment éclairé. Dans le seul cas d'hydrorachis où j'aurais pu vérifier par l'autopsie quel était le siège du liquide, cette vérification me fut impossible, parce que la tumeur, située à la région lombaire, s'était vidée dans les derniers jours de la vie. Mais, comme la comparaison du liquide qu'elle contenait peut, à cause de son analogie avec le liquide céphalo-rachidien, conduire à la connaissance du siège réel de l'hydrorachis, je vais indiquer successivement la composition du liquide céphalo-rachidien donnée par M. Lassaigne, et la composition du liquide que j'ai extrait de la tumeur de l'hydrorachis.

M. Lassaigne dit que le liquide céphalo-rachidien est alcalin et a une saveur salée, et il lui assigne la composition suivante :

Eau . . . . .	98,564
Albumine . . . . .	0,088
Osmazône . . . . .	0,474
Chlorure de sodium et de potassium . . . . .	0,801
Matière animale et phosphate de chaux libre . . . . .	0,036
Carbonate de soude et phosphate de chaux . . . . .	0,017
	<hr/>
	99,980



Je vais donner la note qui m'a été remise par le pharmacien qui a analysé le liquide que j'avais retiré de la tumeur.

Ce liquide est fluide comme de l'eau, tout à fait incolore et d'une limpidité parfaite; lorsqu'on l'agite, il mousse à la manière d'une solution de blanc d'œuf.

Son odeur est nulle; il a une saveur légèrement salée et un peu alcaline. Conservé pendant vingt-quatre heures à la température de + 10°, il n'a éprouvé aucune altération et n'a rien perdu de sa transparence.

Il ramène vivement au bleu le papier de tournesol rouge. L'acide nitrique n'y produit aucun précipité; le sublimé corrosif, le sulfate de cuivre, n'agissent pas davantage. Mais un excès d'alcool ne tarde pas à y déterminer un trouble léger; il en est de même de l'infusion de noix de galle. Ces deux derniers caractères combinés paraissent y constater la présence de l'albumine ou du mucus animal, qui n'est qu'une modification de l'albumine, en quantité excessivement petite, il est vrai, puisque l'acide nitrique et les sels métalliques n'ont pas assez de sensibilité pour en démontrer la présence. Le nitrate d'argent y produit un précipité abondant, insoluble dans les acides, insoluble dans l'ammoniaque; la potasse caustique est sans action. Le chlorure de calcium le trouble légèrement, et le produit se redissout dans l'acide acétique.

Soumis à l'ébullition, ce liquide n'a pas éprouvé le plus léger changement, lors même que l'ébullition a été maintenue jusqu'à évaporation totale: 20 grammes évaporés à une très-douce chaleur, jusqu'à siccité, n'ont fourni pour résidu que 2 centigrammes de matière solide. Ce résidu était sans couleur; encore chaud, il exhalait une odeur de blanc d'œuf desséché. Au centre de la capsule, on distinguait quelques petits cristaux faciles à reconnaître pour du sel marin, à leur saveur et à leur forme cubique qu'on pouvait parfaitement voir avec un peu d'attention.

En traitant ce résidu par l'eau distillée, on obtenait une solution alcaline comme la liqueur primitive, et douée, comme elle, de la propriété de précipiter le nitrate d'argent; il ne restait que des traces de matière insoluble, semblable à des flocons d'albumine coagulée. Ces flocons se dissolvaient très-bien dans la potasse caustique.

Les recherches n'ont pu être poussées plus loin, parce que le pharmacien de la Maison royale de santé, auquel je m'étais adressé, n'avait

ni réactifs ni appareils suffisants pour des recherches plus minutieuses. Il pense que pour établir la composition approximative du liquide, on pourrait la rendre ainsi:

Eau. . . . .	2,000
Albumine ou mucus. . . . .	} 0,002
Chlorures de sodium et de potassium. . . . .	
Carbonate de soude. . . . .	

L'analogie qui existe dans la composition de ces deux liquides me porte à penser qu'ils sont les mêmes. Il faudrait, pour s'assurer du siège exact de l'hydrorachis, des autopsies bien faites que nous n'avons pas encore.

Boyer ne parle pas du traitement de l'hydrorachis; il dit que c'est une maladie mortelle: cependant, dans quelques cas, on a vu la nature en produire la guérison, et Boyer en cite deux exemples. Les chirurgiens, enhardis par les heureux résultats que produisait quelquefois la nature, ont essayé de l'imiter. Quelquefois ils ont obtenu des succès; mais, dans un bien plus grand nombre de cas, ils ont eu des insuccès. Je crois convenable de faire connaître les moyens thérapeutiques qui ont réussi.

Astley Cooper nous apprend qu'après plusieurs ponctions faites pour évacuer le liquide de la tumeur, il est parvenu à guérir en trois mois une hydrorachis située à la région lombaire. Onze mois après la première ponction, il restait au niveau de la base du sacrum une peau lâche et pendante, formée par les parois de la tumeur. La partie centrale, adhérente à la colonne vertébrale, produisait une rétraction du tissu cutané qui avait de la ressemblance avec l'ombilic. Les cicatrices, qui indiquaient les ponctions précédentes, formaient des inégalités très-visibles. Il cite deux autres cas de guérison par compression; mais on voit, par la lecture des observations, que la guérison n'est pas complète.

M. Probart, de Hawarden, cite un cas de succès obtenu par des ponctions successives et l'inflammation très-vive des parois de la tumeur, chez un enfant âgé de deux mois et atteint d'une hydrorachis lombaire. Les accidents s'étant calmés, et la peau de la tumeur étant épaissie, il eut recours à la compression, qui produisit une guérison complète, et une cicatrice semblable à celle indiquée par Astley Cooper. Un cas absolument semblable est rapporté par M. Rosetti.



Le siège de la tumeur était dans la région lombaire, chez un enfant âgé de deux mois.

Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de traiter une hydrorachis, et après plusieurs ponctions successives répétées dans un espace de huit mois, l'enfant a succombé. J'ai pu observer chez ce malade les effets produits par l'évacuation du liquide. Si on retire le liquide sans comprimer la poche, de façon que la compression exercée sur l'axe cérébro-spinal ne soit pas toujours la même, les convulsions surviennent. Si, au contraire, on comprime les parois de la poche à mesure que le liquide s'écoule, alors l'enfant ne souffre pas et n'a pas de convulsions. On peut obtenir ces différents effets en variant le degré de la compression. Il est important de connaître ces résultats pour ne pas faire naître de convulsions, et par conséquent de douleurs chez les enfants dont on ponctionne les hydrorachis.

Diverses opérations ont été proposées pour la cure radicale de l'hydrorachis : ce sont la suture des parois de la poche, et leur destruction par la compression.

M. le docteur Dubourg, médecin à Marmande, a pratiqué, dans les années 1837 et 1838, la section de la poche de l'hydrorachis et ensuite la suture entortillée. Il coupe le plus promptement possible les parois de la poche, qui sont maintenues rapprochées et en contact par un aide; puis il passe des aiguilles en ayant le soin de placer leur entrée et leur sortie à quinze millimètres environ des bords des lèvres de la plaie; il fait ensuite la suture entortillée en mettant des tours de fil en plus grand nombre possible. Il a réussi deux fois de cette manière. Dans le premier cas, c'était sur une fille âgée de huit jours, qui avait une hydrorachis lombaire; la réunion était complète le quatrième jour, et la cicatrice entièrement formée le quinzième jour. Dans le second cas, il opéra une fille âgée de onze jours, dont la tumeur était située derrière les dernières vertèbres cervicales : la réunion était parfaite le cinquième jour, et quelques jours après la plaie était totalement cicatrisée.

En l'année 1841, M. Beynard employa, pour la guérison d'une hydrorachis située à la troisième vertèbre lombaire, la compression de la tumeur au moyen de deux becs de plume. Il plaça les becs de plume de chaque côté de la tumeur, le 30 novembre; il passa dans leurs tuyaux des fils, et, les nouant à chaque extrémité, il comprima ainsi la tumeur à sa base. Voyant que les parois de la poche étaient

fêtrées, il ôta les plumes le 6 décembre : il n'y avait plus qu'une plaie simple, qui fut guérie en quelques jours.

En l'année 1844, M. Latil de Thimécourt suivit le même mode thérapeutique; seulement, au lieu de se servir de plumes, il employa des morceaux de bois. Le malade était un garçon âgé de deux mois et vingt jours, qui portait une hydrorachis située dans la région lombosacrée. Le 20 janvier, M. Latil comprime la base de la tumeur avec deux morceaux de bois très-dur convenablement taillés, et percés chacun de trois trous pour le passage des fils; il serra fortement les fils. Au bout de huit jours, quoique les parois de la poche fussent gangrenées, il n'y avait pas de réunion: il laissa donc les morceaux de bois ou baguettes, et il ne les ôta que le dixième jour. Le 17 février, vingt-sept jours après l'opération, la guérison était complète. M. Latil indique aussi un cas de guérison qu'il a vu. Une mère dont l'enfant était affecté d'hydrorachis ponctionna la tumeur, dont il sortit un liquide transparent. Voyant que la tumeur s'était remplie, elle la lia, et l'enfant guérit. La tumeur avait son siège dans la région lombosacrée.

Dans la même année, M. Beaunier a obtenu la guérison d'une hydrorachis au moyen de l'application de la potasse caustique et d'une ligature circulaire. Le malade était un enfant âgé de dix jours, qui portait la tumeur à la troisième vertèbre lombaire. M. Beaunier fit une application circulaire de caustique de Vienne, et quand la peau fut cautérisée, il mit une ligature circulaire avec un fil. L'application du caustique avait pour but de détruire la peau, afin que sa constriction ne fût pas douloureuse. Après avoir noué le fil, il ponctionna la tumeur et il tira vingt grammes de liquide. Cette opération fut faite le 8 juillet. Quatre jours après, il resserra le fil et il ponctionna de nouveau la tumeur, dont il tira quarante-cinq grammes de liquide; quatre jours après, il coupa la tumeur qui était gangrenée, et la petite plaie qui resta fut guérie en quelques jours.

Ces faits de guérison, dont je n'ai donné que des extraits, méritent d'être connus. Dans plusieurs cas, il y a eu des accidents nerveux graves, qui toujours se sont calmés au bout de quelques jours. Dans le premier fait de M. Dubourg, nous voyons l'enfant avoir des convulsions au moment de la sortie du liquide, et nous les voyons cesser dès que la suture est faite, ce qui concorde bien avec ce que j'ai dit sur la nécessité de la compression des parois de la tumeur au moment où on la vide.



Plusieurs des opérations que j'ai rapportées ont été essayées sans succès dans des cas d'hydropneumonie, sans qu'aucun des chirurgiens ait fait connaître la cause des succès. Je vais faire quelques remarques à ce sujet pour tâcher d'éclaircir la question. Les individus qui naissent avec une hydropneumonie simple peuvent être divisés en deux catégories : ceux qui sont forts et bien conformés, et chez lesquels la maladie est tout à fait locale, et ceux qui sont faibles, mal conformés, ayant des anomalies concomitantes, et chez lesquels la maladie locale paraît dépendre d'un vice général de la constitution qui a occasionné en même temps d'autres anomalies. Chez les premiers, la maladie est curable, et on a même vu chez quelques-uns la paralysie qui accompagnait l'hydropneumonie disparaître complètement au bout de quelque temps ; chez les seconds, la maladie est incurable, et on peut diagnostiquer que l'opération ne sera pas suivie de succès. Ces circonstances peuvent, je crois, servir à expliquer les succès et les insuccès.

## ARTICLE III.

*De la teigne.*

La teigne est un exanthème chronique qui a son siège au cuir chevelu. Dans quelques cas, l'éruption s'étend au front, au cou, aux épaules, et même au tronc et aux membres ; dans d'autres infiniment plus rares, elle se montre exclusivement sur ces dernières parties ; mais les faits de cette nature sont si extraordinaires, qu'ils n'ont point empêché les nosologistes de regarder la teigne comme une affection propre à la tête.

On a distingué de tous temps plusieurs espèces de teignes, caractérisées par la forme et la couleur de l'éruption ; on en avait admis autrefois trois et même quatre espèces. M. Alibert en a décrit cinq, savoir : 1<sup>o</sup> la teigne faveuse, 2<sup>o</sup> la teigne granulée, 3<sup>o</sup> la teigne furfuracée, 4<sup>o</sup> la teigne amiantacée, 5<sup>o</sup> la teigne muqueuse.

C'est principalement dans l'enfance, depuis la seconde jusqu'à la dixième année, que cette maladie se manifeste ; on l'observe rarement après la puberté, et plus rarement encore dans l'âge mûr et dans la vieillesse, quoique cela ne soit pas sans exemple. Tous les tempé-

raments ne sont pas également sujets aux diverses espèces de teignes. La première teigne (teigne faveuse) attaque surtout les enfants sanguins et bilieux ; ceux dont la peau est brune et basanée sont plus sujets à la teigne granulée. La teigne furfuracée se présente communément chez ceux dont les cheveux sont d'un châtain clair. La teigne amiantacée s'est constamment offerte à M. Alibert chez les individus adultes et mélancoliques, et la teigne muqueuse chez les enfants dont les cheveux offraient une belle couleur d'or. Cette maladie paraît être due souvent à une disposition originelle, et on la voit se développer, dans la même famille, chez plusieurs enfants qui n'ont pu la contracter par contagion.

On a regardé aussi comme cause de la teigne les aliments grossiers et indigestes, la malpropreté des vêtements, le lait d'une mère ou d'une nourrice mal portante, ou atteinte de quelque vice scrofuleux, scorbutique ou vénérien. Mais une cause à laquelle, de tous temps, on a le plus communément attribué l'apparition de la teigne, c'est la contagion soit immédiate dans les rapports fréquents qu'ont entre eux les enfants, soit au moyen des vêtements et surtout des peignes qui ont servi à des teigneux. Quoique les effets de cette communication paraissent établis par un grand nombre de faits, on ne peut disconvenir qu'on ne les ait beaucoup exagérés, si on considère combien il a été difficile d'inoculer la teigne dans plusieurs des cas où on l'a entrepris. La marche et les symptômes de la teigne sont différents selon l'espèce de la maladie.

*Teigne faveuse.* — La teigne faveuse commence par un ou plusieurs petits tubercules qui causent de la démangeaison et excitent l'enfant à se gratter. La base de ces tubercules est rouge et leur sommet est blanc ; il suinte bientôt de ce sommet une liqueur visqueuse, qui, en se desséchant, produit une croûte jaunâtre dont le centre est enfoncé ou déprimé. D'abord très-petite et à peine de la grosseur d'un grain de millet, cette croûte prend insensiblement un volume plus considérable, et acquiert quelquefois jusqu'à six lignes de diamètre. Quelque temps après l'apparition du premier bouton, il s'en élève de pareils soit aux environs, soit dans d'autres régions de la tête, et ils suivent toujours la marche que nous venons d'indiquer. Lorsqu'ils sont rapprochés, la réunion de plusieurs tubercules forme des plaques plus ou moins étendues, et quelquefois toute la tête est couverte par une seule croûte, sur laquelle on reconnaît ordinairement