occupant toute la fosse frontale gauche; en l'absence d'autopsie, on ne peut avoir de renseignements précis sur son siège et sa nature. Au huitième jour, amélioration intellectuelle très nette. Mort au treizième jour, sans symptômes d'infection.

Tous ces faits ne sont pas identiques, cliniquement au moins; mais par la nature des lésions, il est permis de les rapprocher. La conclusion en est que les résultats pour améliorer l'état intellectuel sont bien douteux et, d'après mon observation personnelle, je pense que c'est surtout l'amélioration des crises épileptiques qu'il faut rechercher. C'est d'ailleurs l'opinion qu'ont émise Putnam, Morton, Prince, P.-C. Knapp lorsqu'ils ont discuté une observation de Bullard. Mon observation prouve, en outre, qu'il faut attendre avant de se prononcer sur le résultat définitif, qu'il faut du temps pour que le cerveau se remette de l'arrêt de développement qu'il a subi, car les crises n'ont d'abord guère été modifiées, puis se sont peu à peu espacées.

Peut-on faire disparaître l'athétose? Horsley le pense, et il conseille l'excision du centre correspondant. Au Congrès de Berlin, il a rapporté un cas de ce genre, chez un malade de Beevor. Les membres ayant été envahis progressivement en partant du pouce, Horsley pratiqua l'excision du centre de ce doigt. De là une paralysie du pouce qui dura quarante-huit heures, puis les mouvements revinrent, et le résultat final fut nul. Horsley pense qu'il faut extirper le centre de tout le membre.

Cette proposition ne paraît guère justifiée par ce que nous savons d'anatomie pathologique, puisque l'athétose est le résultat de la dégénérescence du faisceau pyramidal, et en somme la seule lésion ici opérable est le kyste, qu'il convient de drainer.

§ II. — MÉNINGITES AIGUËS ET SUBAIGUËS

Dans les chapitres consacrés aux lésions traumatiques, aux complications des otites, j'ai montré que les tentatives dirigées contre les méningites septiques diffuses étaient restées infructueuses, mais que certaines méningites localisées avaient pu être guéries par l'évacuation du pus.

Il me reste à signaler, en quelques mots, ce que l'on a essayé pour les méningites dites de cause interne.

Pour les *méningites aiguës*, nous n'avons à mentionner qu'un succès assez obscur de Jaboulay, où l'origine est peut-être traumatique. Le trépan fut porté sur une légère ecchymose frontale, et sous l'os, qui ne présentait pas trace de fracture, on incisa la dure-mère, ce qui donna issue à du liquide céphalo-rachidien très louche. La température tomba peu à peu, les symptômes s'amendèrent, et en six semaines la guérison était obtenue.

Eskridge a récemment fait trépaner par Rogers un malade atteint, consécutivement à la grippe, d'une méningite des fosses cérébelleuses. Après trépanation, la région fut lavée : mais le malade succomba en deux jours. Dans les méningites aiguës, diffuses, les essais de ce genre ont toujours échoué.

Donc — et quand on réfléchit on n'en saurait être surpris — nos efforts sont restés vains pour désinfecter à travers une trépanation cranienne les méninges infectées. Mais quelques microbes ont une vitalité éphémère, et c'est ainsi, par exemple, que l'on voit guérir d'elles-mêmes certaines méningites cérébro-spinales épidémiques, certaines méningites à pneumocoques. Et quelquefois, dans ces conditions, on acquiert la notion que certains sujets succombent au moment où la méningite allait guérir : ils n'ont pas été tués par l'infection méningée elle-même, en voie de rétrocession, mais par certaines conséquences mécaniques de cette infection. Il

est bien connu, en effet, que dans les méningites, un des facteurs principaux de la mort ou, si le sujet survit, de la fréquente déchéance cérébrale définitive, réside dans l'hydrocéphalie aiguë provoquée par l'inflammation méningée. De là quelques succès de la ponction lombaire et, quelquefois, de la ponction ventriculaire : j'en parlerai à propos de l'hydrocéphalie, mais j'ai voulu dès à présent montrer que le traitement symptomatique peut, dans certaines conditions, devenir curatif en permettant au malade de franchir une étape dans l'évolution du mal. On s'en est rendu compte à l'occasion des ponctions lombaires aujourd'hui libéralement pratiquées par les médecins pour affirmer le diagnostic des diverses méningites, pour déterminer leurs variétés microbiennes; et c'est ainsi que l'on a acquis des données réellement scientifiques, sur les indications de la ponction lombaire dans certaines méningites pas trop virulentes, où les signes d'hydrocéphalie avec hypertension intra-cranienne deviennent une menace directe pour la vie. Des améliorations et même des guérisons complètes ont été ainsi obtenues par divers auteurs pour la méningite cérébro-spinale épidémique en particulier.

C'est dans ce sens qu'on est arrivé à envisager le traitement de la *méningite tuberculeuse* et sur ce sujet les documents sont assez nombreux, mais ils ne sont guère encourageants. On ne trouvera ici que ce qui concerne la méningite tuberculeuse proprement dite, car j'ai réuni aux tumeurs les tubercules méningés localisés, avec plus ou moins de destruction, de compression ou d'irritation de la région corticale sous-jacente.

Méningite tuberculeuse. — Les essais de traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse ont visé deux buts : 1° guérir la maladie, comme on a guéri par laparotomie des péritonites tuberculeuses; 2° amender les accidents en évacuant le liquide accumulé dans les ventribules et dans l'espace sous-arachnoïdien.

a) Traitement curatif. — Tout médecin sait qu'à la suite de laparatomies entreprises consécutives à des

erreurs de diagnostic, on a, par la simple ouverture du ventre, guéri des péritonites tuberculeuses à forme ascitique, heureusement confondues avec des kystes de l'ovaire, et que de là est né un traitement opératoire remarquablement efficace pour certaines formes de ces péritonites. Le mode d'action exact de ces interventions reste inconnu, malgré les théories émises. Pourquoi donc ne pas essayer d'obtenir des résultats semblables en trépanant des enfants atteints de méningite tuberculeuse?

Certains auteurs objecteront, en théorie, que la méningite tuberculeuse est, par elle-même, incurable ; qu'en cette région, les tubercules n'ont jamais tendance à subir cette évolution fibreuse par laquelle guérit assez souvent la péritonite bacillaire et que provoque la laparotomie, par un mécanisme d'ailleurs ignoré. Cette objection ne vaut que ce que valent toutes les discussions théoriques et pathogéniques; et d'ailleurs il est démontré que la méningite tuberculeuse est capable de guérir sous l'influence du traitement médical, on pourrait dire spontanément : Bernard en réunit quelques observations dans sa thèse, et depuis plusieurs faits démonstratifs ont été publiés, où la nature tuberculeuse du mal a été prouvée par la constatation du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien obtenu par ponction lombaire.

Mais la pratique n'a pas répondu aux espérances que l'on avait conçues. Les quelques trépanations faites par Jaboulay, par les chirurgiens de Philadelphie, n'ont abouti à rien, si même elles n'ont hâté de quelques jours le dénouement fatal.

Au reste, il est évident, *a priori*, qu'on ne peut comparer l'exposition des méninges par un orifice de trépan, forcément étroit, au large accès que donne dans le ventre une laparotomie; et si, comme on l'admet souvent, les granulations péritonéales sont modifiées par l'arrivée de l'air et de la lumière, par les manipulations, par l'action des antiseptiques, rien de semblable ne sau-

rait être réalisé ici par la trépanation simple. Aussi, Lannelongue a-t-il eu un jour l'idée de trépaner en quatre points, deux en avant et deux en arrière, et de faire passer par ces orifices, sur la pie-mère, un courant liquide ou gazeux : il a pratiqué une opération de ce genre, et le malade a succombé en quelques heures.

On ne peut juger avec certitude de ce que l'avenir réserve à ces tentatives d'action modificatrice directe et étendue, quelque peu raisonnables qu'elles nous paraissent dans l'état actuel de la science. Quant à la trépanation simple, son seul point comparable à ce que produit la laparotomie pour péritonite tuberculeuse, c'est l'évacuation du liquide ventriculaire sécrété en excès, sous forme d'hydrocéphalie aiguë.

Cette évacuation peut-elle suffire pour procurer la guérison? Une observation d'Ord et Waterhouse tend à le prouver : une fillette de cinq ans, chez laquelle la symptomatologie paraît assez caractéristique, fut soumise au drainage sous-arachnoïdien postérieur, par le procédé de Morton et guérit en un mois. Mais les faits de ce genre sont restés tout à fait exceptionnels, quoique l'existence de l'hypertension intra-cranienne, soit prouvée par ce fait que l'on a vu apparaître après évacuation du liquide les battements cérébraux auparavant supprimés.

Faut-il avec Variot élever des doutes sur la réalité du diagnostic dans le cas d'Ord et Waterhouse et proclamer que la méningite tuberculeuse reste chirurgicalement incurable? Ce serait imprudent. Mais il serait imprudent, aussi, d'accepter le fait les yeux fermés et d'oublier qu'en tout cas quelques observations éparses ne suffisent pas pour asseoir un jugement. C'est donc dans le traitement palliatif que l'on doit continuer à ranger le drainage de l'hydrocéphalie aiguë : et nous allons voir que ce traitement palliatif n'est, lui non plus, pas bien brillant.

b) Traitement palliatif. — Si l'on ne saurait accorder qu'en théorie l'évacuation du liquide hydrocéphalique puisse être comparée à celle du liquide ascitique, il n'en

reste pas moins vrai que dans la méningite tuberculeuse l'évolution symptomatique, souvent hors de proportion avec les lésions tuberculeuses constatées à l'autopsie, est pour une bonne part sous la dépendance de l'hydrocéphalie aiguë, à peu près constante : personne n'ignore que la méningite tuberculeuse a été autrefois décrite sous le nom d'hydrocéphalie aiguë.

Il n'est donc pas étonnant que depuis longtemps déjà — et Bricheteau en fait mention en 1829 — on ait eu l'idée de soulager les malades par la *ponction des ventricules* latéraux : mais cette idée ne prit réellement corps que depuis l'avènement de l'antisepsie, et au début des tentatives de ce genre nous trouvons des observations de Bergmann, de Keen, de Kendal Franks, de M. Pollosson. Or dans ces cas on a été d'échec en échec, et on a renoncé à cette thérapeutique.

D'autres chirurgiens ont pensé qu'on pourrait atteindre le même but par une opération peut-être plus bénigne, sans ponctionner et drainer directement les ventricules, en drainant seulement le lac sous-arachnoïdien cérébelleux inférieur. Malgré l'autopsie de Keen, il est en effet certain que presque toujours, disons toujours, cet espace communique librement avec les ventricules. Morton avait fait sur ce point des études anatomiques d'où il avait déduit un procédé opératoire, bientôt appliqué par Parkin à la cure de la méningite tuberculeuse. Mais l'opéré de Parkin succomba en seize heures, et l'autopsie révéla un ramollissement cérébral étendu : en sorte que Morton fut le premier à protester contre l'emploi de son procédé dans un cas semblable.

A mon sens, il a eu raison, et que l'on ait drainé les ventricules eux-mêmes ou l'espace sous-arachnoïdien, les résultats obtenus semblent hors de proportion avec la gravité de l'acte chirurgical. En dehors de la guérison déjà citée d'Ord et Waterhouse, par le drainage sous-arachnoïdien; en dehors de celle qu'a fournie la trépanation à Mayo Robson dans un cas où le diagnostic de tuberculose est fort douteux, nous ne pou-

vons même pas relever une amélioration. Chez les malades dont j'ai pu parcourir les observations, on note bien que les symptômes ont été amendés : mais la survie la plus longue a été de cinq jours.

Aussi, quoique je sois depuis dix ans attaché à un service d'enfants où j'aurais eu l'occasion d'opérer à satiété des méningites tuberculeuses, si j'en avais exprimé le désir, n'ai-je entrepris aucune intervention de ce genre. Tout ce que je ferais — mais quand l'indication existe, les médecins ne font pas pour cela appel au chirurgien, — c'est la ponction lombaire à laquelle Quincke, Ziemssen, Ewald, Marfan ont dû quelques améliorations, peut-être quelques prolongations d'existence avec atténuation des symptômes. C'est une opération facile, relativement bénigne, qui ne nécessite pas la chloroformisation et qui dès lors est justifiée. Je repousse le procédé — le premier de ce genre — où Essex Wynter conseille d'aborder la moelle lombaire après résection des lames vertébrales : ses deux malades sont morts; de même deux autres auxquels, sans résection vertébrale, il a drainé l'espace sous-arachnoïdien lombaire. Mieux vaut s'en tenir à la ponction aspiratrice, que l'on répétera au besoin.

De la discussion, la première en date, qui a eu lieu à la Société de médecine berlinoise, et des faits publiés depuis, il résulte d'abord que la ponction lombaire a une valeur réelle pour permettre, par l'examen microbiologique du liquide retiré, de déterminer exactement la nature d'une méningite. Quelle a été, dans les faits de ce genre, la valeur relative de la ponction, de la médication interne, de la nature? Nous sommes actuellement hors d'état de le dire. Mais certainement la ponction lombaire permettra, à l'avenir, d'étayer les observations suivies de guérison sur des documents scientifiquement rigoureux, et c'est ainsi que chez un malade de Fürbringer, plus récemment chez un autre de Barth, on doit admettre qu'il y a eu guérison d'une méningite tuberculeuse. Le malade de Fürbringer était

un adulte; de même ceux que Quincke a sinon guéris, au moins considérablement améliorés. Peut-être le pronostic est-il donc moins défavorable que dans le jeune âge, quoique le succès de Barth, par exemple, concerne un enfant. Mais actuellement les faits indiscutables, avec examen bactériologique, sont encore trop rares pour que l'on puisse porter un jugement. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la ponction lombaire mérite d'être employée, ne fût ce que pour assurer le diagnostic et pour établir scientifiquement la curabilité possible de la méningite tuberculeuse.

§ III. — ABCÈS CÉRÉBRAUX DIVERS

En raison de leur grande fréquence et de leur étiologie nettement reconnue, les complications infectieuses intra-craniennes des lésions traumatiques et des lésions auriculaires se sont prêtées à une étude d'ensemble. Mais tous les abcès intra-craniens ne relèvent pas de ces deux ordres de causes et malgré leur rareté, malgré leurs dispositions peu favorables à l'intervention opératoire, les autres variétés méritent d'être signalées.

Ces abcès peuvent presque tous être rangés dans deux catégories : 1° il y a à l'infection intra-cranienne une *porte d'entrée directe* par suppuration du squelette cranien; 2° il y a une *infection métastatique*, dont la porte d'entrée se trouve en un endroit plus ou moins éloigné; 3° ces deux divisions une fois établies, le domaine, autrefois vaste, des *abcès idiopathiques* se trouve considérablement restreint, et d'ailleurs il est destiné à devenir nul.

1° **Abcès à porte d'entrée cranienne.** — Toutes les ostéites suppurées de la boîte cranienne peuvent se compliquer de lésions profondes, identiques à celles que nous avons rencontrées à propos des otites : abcès extra-duraux, méningites, thromboses des sinus, abcès encéphaliques. Peu importe que la lésion soit primiti-