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-

vement syphilitique, tuberculeuse, ou simplement inflammatoire : une fois le foyer ouvert à l'extérieur, nous rentrons exactement dans les mêmes conditions que pour les otites.

Ces complications intra-craniennes d'ordre septique ont été observées surtout au cours soit de l'ostéomyélite aiguë des os du crâne, soit des ostéites consécutives aux inflammations des sinus annexés aux fosses nasales, et c'est sans doute dans cette dernière classe, en y joignant quelques otites méconnues, qu'il faut ranger certains abcès consécutifs à l'influenza.

Dans un cas comme dans l'autre, l'intervention devra être conduite de proche en proche, comme pour les otites, en partant de la lésion extérieure connue pour aboutir plus ou moins loin à l'intérieur du crâne. Ces opérations sont encore fort rares, d'abord parce que les complications intra-craniennes des diverses sinusites ne sont pas très fréquentes, ensuite parce que l'ouverture chirurgicale et large des sinus de la base du crâne n'est pas encore absolument réglée dans tous ses détails. J'en peux citer un cas heureux de Zeller, et un autre de R. Park où il existait un abcès du second lobe frontal qui causa la mort.

Pour l'ostéomyélite aiguë primitive des os du crâne, la seule intervention cérébrale que je connaisse est celle de Terrillon sur un enfant de treize ans qui, après des accidents attribués à une fièvre typhoïde, avait présenté un empâtement phlegmoneux de la région temporale gauche, puis de l'aphasie avec paralysie de la face et du bras à droite. L'incision de l'abcès sous-périostique de la fosse temporale demeura sans effet sur les phénomènes cérébraux, et le lendemain une couronne de trépan mise sur le centre du membre supérieur alla à la recherche d'un foyer que Terrillon croyait exister entre l'os et la dure-mère. Il n'y avait rien là cependant et, fort des signes de localisation, Terrillon admit un abcès cérébral. Il n'incisa pas immédiatement la dure-mère parce que, dit-il, sur un enfant, les données de topographie cranio-cérébrale n'ont pas encore toute la précision désirable; il fit donc trois ponctions exploratrices et à la troisième tomba dans un abcès qu'il ouvrit largement, en conduisant le bistouri sur l'aiguille. Tout alla bien pendant trois jours, puis se déclara une méningo-encéphalite mortelle. Mais dès l'évacuation du foyer les accidents paralytiques avaient disparu presque complètement.

2° **Abcès métastatiques.** — Dans l'observation précédente, Terrillon a été en partie guidé par les symptômes de localisation, mais la lésion locale extérieure a conservé l'influence prépondérante. Les symptômes de foyer existent au contraire seuls dans les abcès métastatiques, dus à des embolies septiques parties d'une lésion plus ou moins éloignée.

C'est dire que parmi ces abcès, tous ceux qui se formeront dans une des zones latentes du cerveau seront par définition inopérables. En outre, les autopsies prouvent que dans ces conditions les abcès sont presque toujours multiples et non enkystés; à tous égards, donc, ils se présentent dans les conditions les plus défavorables.

Que toutefois l'on ne désespère pas d'une façon trop absolue. Dans un cas, von Eiselsberg a découvert par la résection temporaire, a drainé et a guéri un abcès consécutif à un panaris et siégeant à 8 centimètres de profondeur dans le lobe frontal. Eskridge a publié deux observations où l'abcès était unique et provoquait une hémianopsie qui aurait pu inciter l'opérateur à l'action.

Chez un de ces malades, l'origine de l'infection est peut-être dans le poumon, des accidents de bronchite ayant marqué le début du mal. Parmi les abcès cérébraux métastatiques, en effet, une variété assez spéciale est due aux suppurations pleuro-pulmonaires.

Comme tous les abcès pyohémiques, ces abcès sont volontiers multiples et inopérables; aussi Bardeleben, consulté un jour sur l'opportunité d'une trépanation, a-t-il refusé d'intervenir, et les constatations nécroscopiques lui ont donné raison. Mais parfois l'abcès est

unique et localisable : ainsi chez des malades de Cayley, Finlay, Sainsbury. On conçoit donc que certains chirurgiens, plus hardis, aient tenté la chance d'une cure opératoire. Drummond, sans doute, n'a pas trouvé l'abcès qu'il a cherché sous l'extrémité inférieure des circonvolutions ascendantes, et qui siégeait un peu plus haut : mais la poche était unique et opérable. Dans un cas fort remarquable, Eskridge a fait opérer par C. Parkhill un abcès cérébral consécutif à un coup de feu reçu dans le poumon trente-deux ans auparavant, pendant la guerre de Sécession. L'abcès, qu'avaient révélé des convulsions, puis de la paralysie de la face et plus tard du bras, fut trouvé sous les centres correspondants, à droite. Par malheur, il en existait un second, plus en avant, et le malade succomba. Les deux abcès étaient encapsulés. Jordan de même a ouvert un foyer, mais les lésions cérébrales étaient multiples et de plus des abcès nombreux occupaient le poumon.

Récemment, Cotterill a trépané et guéri un sujet soigné par Brown, dont l'abcès à stylylocoques, consécutif à la fièvre typhoïde, s'était révélé par de l'épilepsie jacksonienne.

Il est évident qu'on doit s'attendre à de nombreux revers, mais ces faits prouvent que le diagnostic de l'existence et du siège est parfois possible, et qu'alors la trépanation est légitime.

3° **Abcès dits idiopathiques.** — Les abcès des deux catégories précédentes sont quelquefois diagnostiqués d'après les notions étiologiques que l'on possède. Mais quelquefois on trouve dans le cerveau des collections purulentes dont rien n'explique la genèse.

Ces faits deviennent de plus en plus rares, car nous avons appris à rapporter bien des abcès autrefois dits idiopathiques à des lésions traumatiques anciennes et surtout à des suppurations osseuses, auriculaires principalement. En outre, un foyer traumatique ancien et éloigné peut être la cause originelle : et malgré de longues années écoulées depuis les coups de feu reçus

à l'épaule et à la poitrine par deux des malades d'Eskridge, ces abcès chroniques semblent être métastatiques.

Une porte d'entrée est d'ailleurs indispensable aux microbes pyogènes : et les abcès dits idiopathiques sont seulement ceux où elle reste ignorée.

Pour ces abcès, nous ne pouvons souvent pas déterminer la nature de la lésion, et la trépanation sera ici ce qu'elle est, en principe, pour les tumeurs cérébrales. La fièvre est à peu près seule à permettre de diagnostiquer le pus [1]; mais elle manque dans certains abcès chroniques, comme dans des observations d'Eskridge, de Specker; et d'autre part un cas, où Chipault et Demoulin ont cherché à tort un abcès dans la capsule interne, prouve qu'elle peut accompagner certains ramollissements emboliques avec état général infectieux.

Goldstein est le seul auteur qui ait publié une intervention dans un abcès de ce genre, chez un homme de trente-trois ans, atteint de céphalalgie fixe, puis d'accidents d'hypertension intra-cranienne. Après trépanation sur le point douloureux à la pression, la dure-mère, qui ne battait pas, fut incisée, et le pus fut trouvé. Il y eut amélioration temporaire, mais au bout de quatre mois le malade mourait de méningite. Il y a quelques mois, chez une malade que soignait mon collègue Launois, nous avions diagnostiqué un abcès cérébral, sans symptômes de localisation et, en raison de quelques commémoratifs auriculaires, j'ai exploré le cerveau par voie mastoïdienne. Mes ponctions, quoique poussées assez loin, sont restées blanches. Les accidents ont persisté et la malade a succombé : elle avait un gros abcès à pneumocoques distendant le ventricule latéral gauche, et j'avais arrêté mon trocart à 1 centimètre à peine de la poche.

1. Par exemple, dans des abcès cérébraux sans cause connue, les symptômes firent penser à une méningite, alors qu'à l'autopsie les méninges étaient saines (Klippel), à l'urémie, puis à la méningite tuberculeuse (P. Lereboullet).

La conclusion générale est que ces divers abcès sont quelquefois opérables, mais que la guérison sera exceptionnelle. L'intervention est incontestablement justifiée, puisque sans elle les malades sont condamnés sans appel et que le succès à couronné les efforts de Zeller, de von Eiselsberg.

§ IV. — PARALYSIE GÉNÉRALE.

La paralysie générale des aliénés est une maladie bien définie, dont les lésions, toujours les mêmes, sont aujourd'hui bien connues : on ne discute plus guère que sur leur cause première. Certains auteurs, admettant qu'à la première période il y a hypertension intracranienne, due à la fois à l'augmentation de volume du cerveau par congestion des méninges et à la diminution de volume du crâne par hyperostose, ont proposé de trépaner ces sujets, pour obtenir un résultat au moins palliatif en évacuant du liquide céphalo-rachidien et en ouvrant une fenêtre au crâne.

Je m'en tiendrai à une simple mention, car, en théorie, d'abord, bien des auteurs contestent que la compression cérébrale intervienne de la sorte dans la genèse des accidents; car, en fait, — et c'est là le point important — les observations, jusqu'à présent publiées, sont loin d'être encourageantes. On note bien quelques rémissions : mais semblables à celles qui se produisent spontanément ou sont provoquées par une opération chirurgicale quelconque, par une lésion viscérale banale, telle qu'un début de tuberculose pulmonaire. Et même à supposer qu'on puisse provoquer avec quelque certitude une de ces rémissions, reste à se demander, avec A. Starr, si on a le droit de prolonger la vie dans de semblables circonstances. Aussi, avec presque tous les auteurs qui se sont occupés de la question, aboutissons-nous à une conclusion franchement négative.

CHAPITRE V

HYDROCÉPHALIE

Variétés anatomiques et cliniques. — On désigne sous le nom d'hydrocéphalie l'accumulation en excès du liquide céphalo-rachidien à l'intérieur de la cavité cranienne. Ce n'est pas une maladie, mais simplement une lésion qui peut relever de maladies diverses, par un mécanisme qui n'est pas toujours bien élucidé. Cette notion mérite d'être mise en vedette dès le début de cet article, car elle seule est capable de nous faire comprendre ce que valent les diverses méthodes thérapeutiques proposées et mises en œuvre.

a) Variétés anatomiques. — Selon que le liquide est épanché dans les ventricules qu'il dilate, ou en dehors des lobes cérébraux qu'il aplatit contre la boîte du crâne, on a l'hydrocéphalie *ventriculaire*, surtout marquée dans les ventricules latéraux, et l'hydrocéphalie *externe* ou périphérique, dont le liquide se trouve à la surface externe du cerveau, dans l'espace qui existe entre la pie-mère et l'arachnoïde, surtout abondant à la base du crâne, et au-dessous du cervelet; Ch. West, pourtant, en son *Traité des maladies de l'enfance*, a essayé d'établir l'unité anatomique de l'hydrocéphalie, en admettant que l'hydrocéphalie externe serait due à l'irruption du liquide hors d'un ventricule hydropique : consécutivement le tissu nerveux serait revenu sur lui-même.