Ces deux propositions sont contestables. La trépanation simple, bien pratiquée, n'est pas dangereuse, et on a parfaitement le droit de l'entreprendre à titre d'opération exploratrice. C'est à ce titre qu'elle peut être indiquée pour certaines douleurs craniennes localisées, parfois seules à révéler une lésion osseuse dont le trépan triomphe ; et si on ne soulage pas le malade on est à peu près sûr de ne pas lui nuire. Indication tout à fait exceptionnelle, mais indication qu'il est sage de ne pas repousser d'une manière absolue.

CHAPITRE VIII

ENCÉPHALOCÈLE

Lorsqu'un enfant naissait porteur d'une encéphalocèle congénitale, il n'y a pas bien longtemps encore le chirurgien se déclarait à peu près désarmé. Sans doute, on tentait quelquefois, pour les méningocèles surtout, la compression ou bien la ponction, suivie ou non d'injection iodée. Mais ces interventions, qui ne provoquaient que trop souvent la méningite suppurée, avaient encore le défaut de ne donner que des résultats thérapeutiques à peu près nuls chez les survivants. Il était exceptionnel que la tumeur disparût, diminuât même. En somme donc, opération dangereuse et résultats plus que douteux. Aussi en était-on venu à n'agir que lorsqu'on avait la main forcée par une complication, par une rupture achevée ou tout au moins imminente. Et l'on considérait ces sujets — abstraction faite des rares privilégiés qui, en protégeant leur petite tumeur sous un opercule solide, jouissaient d'une longue vie et d'une intelligence suffisante — comme voués à une mort précoce ou à l'idiotie.

L'antisepsie a, sur ce point comme sur tant d'autres, bouleversé les règles thérapeutiques naguère encore indiscutées. Le jour où on a eu la notion que toutes les complications des plaies étaient dues à un défaut d'asepsie, on a hardiment porté le bistouri sur ces tumeurs et on les a excisées en ouvrant sans crainte les méninges. Des opérations ont été faites, en 1881, par

Skliffasowski, en 1882 par Jessop, par Albert, par König; en France, par Ch. Périer, P. Berger, Picqué. Le succès immédiat a quelquefois couronné ces audaces et a prouvé que, dorénavant, nous sommes en droit de nous attaquer à certaines encéphalocèles.

Mais je ne veux pas ici entrer dans les détails de ces faits. La question paraît à peu près jugée et je n'aurais qu'à répéter ce qui, après les mémoires de Hildebrandt, de Paul Berger, est devenu jusqu'à nouvel ordre classique. Il suffira d'un résumé très sommaire, pour montrer les principales indications thérapeutiques. Cette chirurgie est, en effet, sous bien des rapports, différente de la chirurgie cérébrale, telle que je désirais l'étudier dans ce volume, et si j'en parle ici, c'est surtout pour ne pas laisser une case vide dans le cadre que j'ai tracé. D'autant mieux que, comme pour le spina-bifida, les chirurgiens sont sûrement devenus moins volontiers actifs, lorsqu'ils ont constaté qu'après succès opératoire ils se trouvaient d'ordinaire en face d'un idiot.

Les ponctions et injections sont définitivement condamnées : une seule méthode subsiste, la méthode radicale de l'extirpation totale, poussée, nous dit P. Berger, « jusqu'au niveau et même au-dessus de l'orifice qui donne passage à la hernie ». Il faut donc — et c'est ce manuel opératoire qu'ont employé avec succès P. Berger et Ch. Périer — disséquer extérieurement le pédicule et le lier; on le sectionne alors et on fait tomber la masse herniée qui ne tient plus à rien. De la sorte, on ne s'expose pas de gaieté de cœur aux accidents, quelquefois sérieux, provoqués par l'écoulement trop rapide du liquide céphalo-rachidien; et c'est là le reproche que l'on peut adresser au procédé employé par Picqué et où ce chirurgien, sans avoir eu d'ailleurs à s'en repentir, a incisé franchement la tumeur, qui était kystique, avant d'aborder le pédicule.

La tumeur une fois enlevée, on suture la plaie au-devant de l'orifice : on peut même assurer l'oblitération par la suture profonde de petits lambeaux périostiques.

Le manuel opératoire est donc simple, même lorsque la tumeur est volumineuse : on n'a qu'à garder, à la base du pédicule, deux petits lambeaux cutanés, calculés de façon à pouvoir être affrontés, et on retranche hardiment tout ce qui dépasse la boîte cranienne.

Au début, certains auteurs ont eu peur de supprimer ainsi une masse cérébrale volumineuse, et de là des opérations inachevées. Ceux-là ont eu tort. König par exemple, se trouvant en présence d'une grosse tumeur où il croyait voir des circonvolutions dessinées, n'osa pas la sacrifier : à l'autopsie, il vit que ce n'était pas le cerveau, mais un néoplasme entourant une très faible partie du cerveau.

Il y a, en effet, une notion anatomo-pathologique qui doit rassurer l'opérateur. Les encéphalocèles ne sont pas toujours, tant s'en faut, des hernies du cerveau ou des méninges. Ce qui fait issue, comme l'a déjà dit Virchow, ce n'est parfois pas le cerveau lui-même, mais une véritable tumeur surajoutée à l'encéphale. Nous venons de rencontrer, dans le cas de König, un « gliome télangiectasique » autour d'une petite masse de cerveau. Dans les faits de P. Berger et de Ch. Périer, c'était un cérébrome, où s'associaient, d'après les examens histologiques de Ranvier et Suchard, les tissus cérébral et cérébelleux; mais ce n'était ni le cerveau, ni le cervelet; c'était un néoplasme. Aussi P. Berger insiste-t-il sur ce point : on peut, sans s'exposer à compromettre les fonctions cérébrales, retrancher cette production morbide.

Mais dût-on même exciser le cerveau, vers les lobes occipitaux surtout, le dommage ne serait peut-être pas bien grand. Ainsi l'enfant opéré par Picqué portait hors du crâne la corne occipitale et le cervelet, tous deux kystiques mais non néoplasiques. Leur ablation n'a pas empêché la guérison. Mais, objectera-t-on, que va devenir après cela le fonctionnement cérébral? A quoi il est une réponse bien aisée : n'aurait-il pas été aussi compromis si, le sujet ayant par hasard survécu, une grande partie de l'encéphale fût restée hors du crâne?

Ces sujets sont voués, si on abandonne leur mal à la nature, à une mort rapide ou à l'idiotie. On est en droit de leur sauver la vie et d'étudier ensuite dans quelles conditions leur état cérébral pourra devenir insuffisant. Voici l'opéré de P. Berger : c'est un cérébrome dont on l'a débarrassé, et à l'âge de dix-huit mois, il se développait bien, parlait, semblait dans des conditions intellectuelles suffisantes. On ne saurait prédire un semblable avenir aux enfants dont le cerveau a dû subir une vaste perte de substance. Mais le diagnostic exact de ce que contient une encéphalocèle est à peu près impossible : on est donc en droit d'agir en tout cas.

L'âge auquel les enfants ont été opérés est extrêmement variable : quelques jours, quelques semaines, quelques mois. La plupart des sujets âgés de moins d'un mois ont succombé : mais ceux de König ont péri par défaut d'antisepsie. Jusqu'à nouvel ordre, il semble impossible de fixer un âge et le tact du clinicien consistera à se décider suivant les circonstances, en tenant compte des dimensions de la tumeur, de sa tendance à l'accroissement, de l'imminence d'une rupture et en mettant ces conditions locales en balance avec l'état général, la résistance de l'enfant.

Des encéphalocèles je rapproche, exclusivement au point de vue clinique, certaines tumeurs congénitales de la dure-mère qui font saillie au dehors à travers des orifices craniens identiques à ceux qui livrent passage aux encéphalocèles.

Le diagnostic entre ces deux lésions est à peu près impossible, mais la discussion en est peu importante, car l'intervention chirurgicale est la même. J'ai disséqué une de ces tumeurs, de nature angiomateuse, qui, chez un fœtus, s'insinuait dans la fissure d'un bec-de-lièvre médian complexe du massif maxillaire supérieur. Depuis, j'ai eu l'occasion d'extirper, avec succès immédiat, une tumeur maligne qui faisait saillie à la racine du nez et à laquelle j'ai fait allusion plus haut.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 1

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS

CHAPITRE I

Anatomie des circonvolutions chez l'homme 3
Nomenclature 6
Description anatomique 9
A. Les lobes 11
B. Les scissures 14
1° Anfractuosité sylvienne 14
2° Scissure de Rolando 19
3° Scissure sous-frontale 20
4° Scissure sous-pariétale 21
5° Scissure calcarine 22
6° et 7° Scissures occipitales interne et externe 22
C. Lobes et circonvolutions 25
1° Lobe frontal 25
2° Lobe pariétal 28