

L'emploi des médicaments dans le but de faire résorber le liquide épanché aurait donné des résultats contestables. On a administré les iodures, le calomel, les diaphorétiques, les diurétiques. Localement on a eu recours à la teinture d'iode, aux révulsifs, aux vésicatoires, à la pommade stibiée, à l'onguent mercuriel vanté par GÖLIS.

Le traitement chirurgical comprend : 1° la compression de la tête; 2° l'évacuation du liquide avec ou sans injections consécutives.

La *compression* aurait donné de bons résultats à ENGELMANN, ROUX, LOWENHARDT, WEST, CONQUEST, BATTERSBY y ont également eu recours, mais leurs malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on puisse croire à une guérison définitive; BEELY aurait réuni huit cas de succès. Pour la pratiquer, il faut prendre beaucoup de précautions et se servir de capelines après avoir pris soin de recouvrir la tête d'une couche d'ouate.

La *ponction simple* est connue depuis HIPPOCRATE; malgré les insuccès à peu près constants de cette méthode, c'est encore à elle qu'il faudra recourir quand l'hydrocéphalie est très marquée; le trocart doit être enfoncé sur les parties latérales de la grande fontanelle, ou, comme l'indique LANGENBECK, au niveau de la voûte orbitaire. Tantôt après la ponction, la tête reste pendant un certain temps plus petite, tantôt elle reprend son volume primitif et même le dépasse. Il faut que les instruments employés soient bien aseptiques pour éviter les accidents inflammatoires, qui n'arrivent que trop souvent et se terminent par la mort. BLACHE et DIEULAFOY ont eu recours avec quelque succès à l'aspiration; WINN, TOURNESCO, BRAINARD, LANGENBECK ont essayé les injections iodées. Cette tentative hardie aurait réussi deux fois à TOURNESCO. BRENNER et JAMSKJEWITZ ont essayé la galvano-puncture (?). Malgré tout et faute de mieux, la ponction doit être conservée pour les enfants au-dessous de trois mois ou plus âgés, quand l'hydrocéphalie a une marche rapide. Elle est, toutes choses égales, moins dangereuse chez le nouveau-né que plus tard.

§ 2. — Céphalocèle congénitale

SYNONYMIE. — Exencéphale (LARGER.) — Encéphalocèle, Spina-bifida cranien.

Bibliographie. — BRESCHET, in *Arch. gén. de méd.*, 1831, t. XV et XVI. — NIVET, *Arch. de méd.*, 3^e Série, t. III, p. 410, 1838. — MALGAIGNE, in *J. de chirurgie*, 1844, p. 333. — HOUEL, *Arch. gén. de méd.*, 1859, 5^e Série, t. XIV, p. 409 et 569. — RIPOLL, *Bull. gén. de therap.*, t. LXXIV, p. 307, 1868. — LARGER, in *Arch. gén. de méd.*, t. 1^{re}, p. 432, 1877. — HUGUENIN, in *Ziemssen's Handb. d. spec. Path. u. Ther.*, Bd. XI, 1, 1878. — HOFMOKL, *Wien. Med. Presse*, 1881, p. 563, n° 18. — HEINEKE, in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 31, p. 220. — BRUNS, *Handb. d. Pract. Chir. Abth.*, Tübingue, 1854.

Thèses de Paris. — 1848, CHASSAIGNAC (Concours). — 1865, RADOU. — 1871, LERICHE. Thèse de Strasbourg. — 1869, CHARIER.

Définition. Divisions. — La hernie du cerveau — céphalocèle — est congénitale ou acquise. Cette dernière ne saurait trouver place ici; en effet, elle

est d'origine traumatique ou résulte d'une perforation du crâne à la suite de carie tuberculeuse ou syphilitique, affections décrites ailleurs.

La plus grande partie des hernies congénitales du cerveau sont situées sur la ligne médiane antéro-postérieure, depuis les os du nez et l'ethmoïde jusqu'à l'atlas et l'axis. Quelques-unes, d'après LARGER, se formeraient au niveau de la première fente branchiale, un peu en dehors par conséquent de la ligne médiane. Les plus communes sont postérieures, divisées elles-mêmes en catégories suivant qu'elles sont au-dessus ou au-dessous de la tente du cervelet (*Herniæ occipitales superiores et inferiores*). La base du crâne présente également mais rarement ce vice de conformation et la hernie peut occuper les différents étages que l'on y rencontre. Cette affection est rare d'ailleurs, puisque DEPAUL, sur douze mille neuf cents nouveau-nés a trouvé trois céphalocèles et VIRRES un sur cinq mille; pour trois petites filles on rencontre deux garçons atteints de cette maladie.

Comme pour toutes les hernies, il y a lieu de décrire : 1° la tumeur, ou sac herniaire avec son contenu; 2° le trou ou orifice anormal qui lui a livré passage.

1° *Enveloppes et contenu.* — On admet trois variétés de hernies suivant leur contenu. Le nom de *méningocèle* est réservé à la hernie des méninges; la tumeur mérite réellement le nom d'*encéphalocèle* quand elle contient une partie des organes centraux; y a-t-il simultanément encéphalocèle et hydropisie ventriculaire, l'affection prend la dénomination d'*hydrencéphalocèle*.

Rien n'est plus variable que l'aspect extérieur de ces tumeurs; généralement recouvertes de poils clairsemés, elles ont une coloration rouge, comme les tumeurs érectiles. Dans d'autres cas les tissus superficiels sont chagrinés, épaissis, presque cicatriciels. Les couches sous-cutanées ne sont plus distinctes et contiennent parfois des kystes ou de la graisse (LARGER).

Le sac proprement dit de la hernie est constitué par la dure-mère notablement distendue, éraillée par places, lobulée. Ce sac dans la méningocèle ne contient qu'un liquide séreux qui communique pour les uns avec la cavité arachnoïdienne et pour d'autres avec l'espace sous-arachnoïdien. Quand le sac renferme une partie du cerveau, la substance cérébrale se trouve contenue dans un liquide sous-arachnoïdien (LERICHE). La nature de l'hydrencéphalocèle est moins bien connue, les uns admettant que le liquide existe entre le cerveau et les méninges, ce qui serait une méningocèle, d'autres que l'hydropisie d'un ventricule est la lésion primordiale. La communication entre le liquide extérieur et le ventricule pourrait disparaître; ainsi se formeraient les kystes cérébraux constatés quelquefois. Ce ne sont d'ailleurs pas les seuls kystes que l'on trouve, car on a signalé dans la portion herniée des kystes colloïdes.

Dans l'encéphalocèle, la portion cérébrale ou cérébelleuse herniée est toujours profondément altérée et on n'y distingue pas les deux substances grise et blanche.

L'encéphalocèle rarement isolée, s'accompagne souvent d'autres malformations du crâne ou de diverses parties du corps.

2° *Orifice herniaire.* — L'ouverture du crâne est généralement ovale; son diamètre varie entre un et 5 ou 6 centimètres (*herniæ magnæ*). Ordinaire-

ment lisses et fibreux, les bords de la perforation sont parfois rugueux. Enfin si les cas de hernie simple par un seul orifice sont les plus communs, on a encore observé (LYON, RIPOLL, HEINEKE) des hernies par deux orifices.

Pathogénie et nature. — On a beaucoup disserté sur le mode de formation des encéphalocèles et les opinions les plus contradictoires ont été émises. La présence de ces tumeurs, presque exclusivement sur la ligne médiane, indique qu'elles sont liées à un vice de développement de la période embryonnaire et qu'elles ne sauraient être dues, comme quelques-uns l'ont cru, à une perforation par un kyste sous-arachnoïdien ou ventriculaire.

La théorie de l'arrêt du développement est beaucoup plus rationnelle, mais elle rend compte seulement de l'existence d'un orifice et non du sac herniaire lui-même, surtout quand il contient de la substance cérébrale. BRUNS avait si

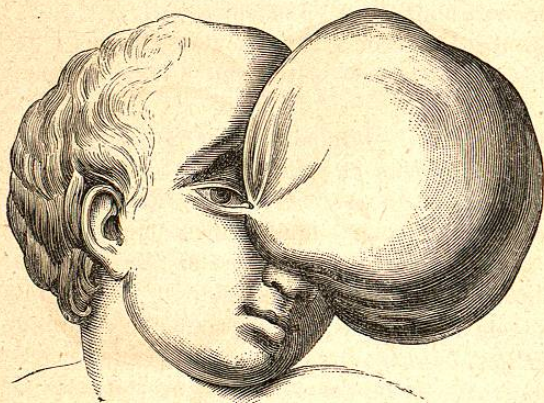


Fig. 22. — Cénencéphalocèle naso-frontale d'après Bruns.

bien compris la nécessité d'allier les deux idées, qu'il admettait que le crâne devait être trop petit pour un cerveau trop volumineux. LERICHE pense que l'encéphalocèle se forme comme le spina-bifida par un défaut de soudure des pièces osseuses, qui représentent les vertèbres céphaliques. A la vérité ces explications n'auront qu'un intérêt purement spéculatif tant que nous ne connaissons pas mieux l'embryogénie du cerveau.

Symptômes. — Indépendamment de la variété à laquelle elles appartiennent, ces tumeurs sont congénitales, arrondies, bosselées, molles, fluctuantes, partiellement réductibles, quelquefois transparentes, du volume d'une orange ou d'un gros citron quand elles sont pédiculées. Généralement elles ne présentent ni souffle, ni battements, mais elles acquièrent une tension plus marquée sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant.

Les symptômes fonctionnels communs n'ont rien de pathognomonique; les enfants sont chétifs, ne cherchent pas à prendre le sein et dorment constamment. La pression, les tentatives de réduction produisent des convulsions, des paralysies et des cris.

La méningocèle est habituellement plus volumineuse, ovoïde ou cylindrique,

recouverte par une peau fine, rosée, rendue humide par suite d'éraillures, d'où suinte de la sérosité. Quand la tumeur est peu volumineuse, on peut la réduire complètement et sentir l'orifice osseux qui livre passage à la hernie. On n'y constate jamais de battements et les symptômes fonctionnels sont peu marqués, à moins que l'on ne comprime la tumeur.

La consistance de l'encéphalocèle proprement dite, encore appelée *cénencéphalocèle* est plus ferme, la tumeur moins fluctuante, pâteuse, moins bien pédiculée, partiellement réductible, et on y perçoit des battements isochrones au pouls ainsi que des mouvements d'expansion. LARGER dit qu'elle est assez fréquente au niveau du grand angle de l'œil, bien que la région occipitale soit son lieu d'élection (fig. 22).

L'hydrencéphalocèle acquiert parfois un volume assez considérable, elle

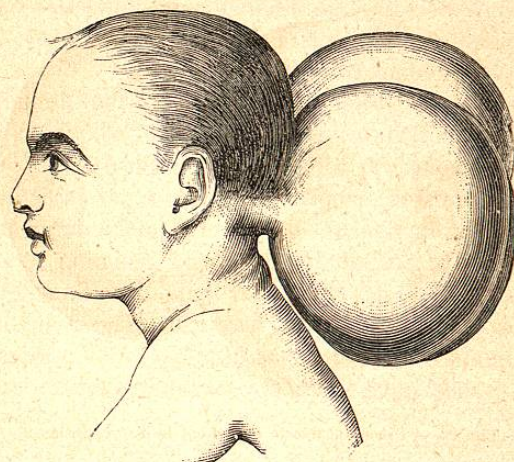


Fig. 23. — Hernie occipitale inférieure double d'après Bruns.

est pédiculée, bosselée, ou encore bilobée, fluctuante et même transparente. La palpation, la pression, permettent de la réduire partiellement et de sentir plus profondément une autre tumeur d'une consistance plus résistante. Des varicosités sillonnent assez habituellement l'extrémité saillante de la tumeur, qui n'est pas pulsatile et dont la pression ne provoque pas le plus souvent les cris, les convulsions et la paralysie. Cette variété, la plus commune d'après les auteurs, siège généralement au niveau de l'occipital bien qu'elle ait été rencontrée dans d'autres points et même dans le pharynx.

Marche. — La méningocèle amène la mort quand elle continue à s'accroître; les enfants meurent d'épuisement ou bien de méningo-encéphalite, à la suite la rupture de la poche. Cependant cette affection n'est pas incompatible avec l'existence quand elle reste stationnaire; ou bien encore l'orifice se ferme et il ne reste plus qu'un kyste séreux extra-cranien.

L'encéphalocèle amène assez fréquemment la mort quand elle se complique de méningocèle progressive, par inflammation ou rupture; néanmoins l'encéphalocèle stationnaire n'empêche pas le développement physique, puisqu'on a

vu des sujets atteindre l'âge de vingt ans sans présenter d'autres troubles cérébraux qu'une diminution de l'acuité intellectuelle.

L'hydrencéphalocèle est toujours grave et amène généralement la mort, soit par le fait de compression cérébrale, soit par inflammation ou rupture de la poche.

Diagnostic. — L'existence d'une tumeur située sur la ligne médiane antéro-postérieure du crâne d'un nouveau-né, surtout au niveau de l'occipital et de la région fronto-nasale, doit éveiller l'attention du médecin et lui faire penser à un encéphalocèle. La concomitance d'autres malformations sera un indice précieux; les petites tumeurs sont cependant d'un diagnostic difficile, parce qu'elles sont souvent pulsatiles, variqueuses à leur surface et ne déterminent que des troubles fonctionnels très légers. TERRIER conseille en pareil cas la ponction exploratrice qui nous semble plus dangereuse qu'utile, parce que l'intervention n'est pas très urgente. En dehors des quelques signes mentionnés en parlant des symptômes propres à chaque tumeur, il est bien difficile de reconnaître avec certitude les trois variétés classiques.

Traitement. — C'est au traitement palliatif qu'il faut donner la préférence; la compression avec le collodion ou les calottes est quelquefois utile et empêche les progrès de la tumeur. On a également proposé l'intervention active, et même pratiqué la ponction, l'incision, le séton, les injections, la ligature, l'écrasement, l'extirpation. Chacune de ces méthodes a donné quelques succès. LEASURE a guéri un hydrencéphalocèle par la ponction et la compression; THOMSON, ANNANDALE ont eu des succès par la ligature. Souvent les chirurgiens ne sont intervenus que par suite d'une erreur de diagnostic et l'abstention est recommandée, à moins d'accidents, par la plupart des auteurs. Les résultats de l'intervention, en effet, sont loin d'être encourageants.

LIVRE II

AFFECTIONS DU RACHIS

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU RACHIS

§ 1^{er}. — Affections articulaires

Nous passerons en revue dans ce paragraphe : 1° les entorses; 2° le diastasis; 3° les luxations des vertèbres.

1° ENTORSE

La solidité de l'appareil ligamenteux qui maintient les surfaces articulaires des diverses pièces du rachis, explique la rareté relative de l'entorse vertébrale; on comprend d'ailleurs que la mobilité plus grande des régions lombaire et cervicale les prédispose plus que la région dorsale à ce genre d'affection. Ce qu'on décrit sous le nom de *tour de reins* n'est autre chose que l'entorse lombaire; certains torticolis d'origine traumatique appartiennent à la même lésion. Ce sont ordinairement les contusions, les chutes, les mouvements forcés qui amènent la distension des ligaments et leur rupture partielle.

L'entorse vertébrale s'accompagne souvent de ruptures musculaires et tendineuses, parfois même d'un arrachement de petites portions d'os. L'affection ne se manifeste que par des symptômes subjectifs et fonctionnels, car il n'y a aucune déformation, pas de gonflement appréciable; la palpation ne fait reconnaître aucun déplacement. La douleur est toujours vive, on pourrait même, au premier abord, étant donnée la gêne fonctionnelle considérable, croire qu'il s'agit d'une luxation ou d'une fracture, mais les symptômes médullaires sont très rares et peu prononcés, quand ils existent. D'après LEGUEST, cette entorse peut se compliquer d'arthrite vertébrale susceptible de suppurer et d'amener l'ostéite des vertèbres. Cette assertion, rationnelle d'ailleurs, n'est pas appuyée