

rière de l'orifice rachidien, et après avoir suivi le sac de haut en bas, rentre par l'extrémité inférieure; pendant son trajet, cette bande médullaire émet des nerfs qui suivent la face interne du sac transversalement et viennent successivement rentrer dans le canal rachidien pour en ressortir définitivement par les trous de conjugaison; γ) la moelle, à peu près ou complètement normale, présente avec la face interne du sac, qu'elle suit de haut en bas, des adhérences secondaires; sa disposition topographique et celle des nerfs qui partent, sont les mêmes que dans la variété précédente.

b. La paroi du sac ne contient d'éléments nerveux que suivant une ligne verticale allant, en longeant la face interne du sac, de l'extré-

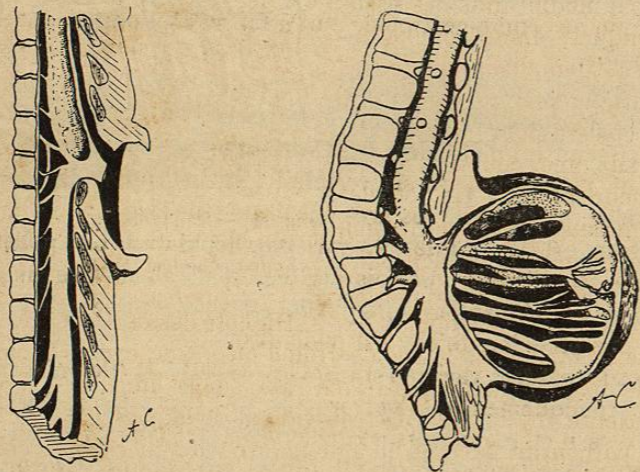


Fig. 97. — Spina-bifida dorsal avec hydro-rachis contenant la moelle coudée à son niveau (Morton).

Fig. 98. — Spina-bifida sacré avec hydro-rachis et fixation, à la paroi interne de la poche, de la partie terminale de la moelle et des nerfs de la queue de cheval (Morton).

mité supérieure à l'extrémité inférieure de l'orifice rachidien. Il s'agit soit d'une bande médullaire, soit de la moelle, mais les nerfs qui en partent, au lieu de longer, comme dans l'espèce précédente, la face interne du sac, traversent sa cavité perpendiculairement, d'arrière en avant, avant de rentrer dans le canal (fig. 97, 98).

c. La paroi du sac ne contient d'éléments nerveux qu'au point d'insertion des cordons sortis du canal. Ces cordons peuvent être d'intérêt très différent; ou bien ils ont une valeur physiologique considérable: il s'agit de la moelle qui, se coudant, vient s'attacher à la face interne du sac par le sommet de l'angle qu'elle forme; ou bien ils n'ont pas de valeur: c'est le *filum* hypertrophié au-dessous de l'origine des dernières paires radiculaires, c'est un diverticule détaché de la moelle et constituant un véritable médullome (Bellanger, Monod, Macaigne) (fig. 99) analogue aux encéphalomes décrits par Berger

dans les encéphalocèles; c'est un nerf d'un volume parfois très considérable et qui cependant ne donne que quelques rameaux à la paroi du sac.

A ces caractères de l'hydro-rachis peuvent s'ajouter des modifications accessoires que nous devons noter.

a. Les unes sont atrophiques et résident du côté de la paroi qui est amincie, transparente, cicatricielle et même ulcérée.

b. Les autres sont hypertrophiques, ou mêmes néoplasiformes. Ce sont: — du côté de la paroi, l'apparition, par modification des tissus sous-dermiques, d'une couche angiomeuse, lymphangiomeuse, fibromateuse même, qui peut devenir assez épaisse pour donner à la tumeur, sur une coupe, l'aspect d'une tumeur solide. — Du côté des débris médullaires, un fibro-lipome, une tumeur complexe attachés au canal de l'épendyme, des masses

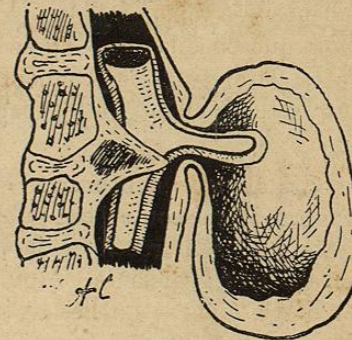


Fig. 99. — Spina-bifida lombaire avec exostose, hydro-rachis et médullome hydro-rachidien (Morton).

hétérotopiques de tissu gliomateux. — Du côté des os enfin, une saillie osseuse, comme dans le cas de Houel où « une exostose cartilagineuse de forme triangulaire, s'insérant sur la ligne médiane à la face supérieure du corps de la troisième et de la quatrième vertèbre lombaire, parcourait d'avant en arrière la cavité du canal rachidien et par son sommet pointu s'engageait dans l'orifice du trajet, mettant en communication la poche avec la cavité du rachis ».

Il ne faut pas oublier du reste qu'il y a des spina où la poche hydro-rachidienne s'isole du fourreau dural soit au ras de son insertion, soit un peu plus haut, laissant, dans ce dernier cas, persister, au-dessous du kyste isolé, un diverticule à contenu variable et qu'il en est d'autres où la poche étant insignifiante ou nulle, c'est seulement le tissu graisseux périméningé, plus ou moins hypertrophié, qui vient faire hernie par l'orifice rachidien.

Enfin, il va de soi qu'avec le spina-bifida, compliqué ou non d'hydro-rachis, peuvent coexister tous les vices possibles de conformation: hydrocéphalie, encéphalocèle, bec-de-lièvre, surtout exstrophie vésico-intestinale, que Recklinghausen considérait comme presque constante dans les myélocystocèles.

Pathogénie. — Le spina-bifida est, c'est un fait acquis aujourd'hui, un vice de conformation consistant dans le non-rapprochement, sur la ligne médiane postérieure, des arcs cartilagineux. Mais pourquoi se produit ce non-rapprochement, pourquoi s'accompagne-t-il de malformations méningo-médullaires? On ne peut faire à ce sujet

l'hydrorachis ont eu, les unes un but palliatif, les autres un but curatif.

1° Les MÉTHODES PALLIATIVES consistent à protéger simplement la tumeur à l'aide d'un pansement, ou à l'aide d'un bandage muni d'une pelote concave.

2° Les MÉTHODES CURATIVES sont beaucoup plus nombreuses. Autrefois, nombre de chirurgiens se contentaient de la compression, avec le collodion riciné (Behrend) ou saturnin (Beynard), avec des bandettes de diachylon. D'autres, plus hardis, et souvent plus malheureux, recouraient à la ligature, soit circulaire avec un tube de caoutchouc, un drain, soit linéaire à l'aide de deux tuyaux de plume maintenus sur les côtés de la tumeur par du sparadrap et renfermant un fil que l'on serrait graduellement (Beynard, Latil), ou bien à l'aide de deux lamelles métalliques fixées au-dessous d'épingles traversant la base de la tumeur (Dubois), ou bien encore à l'aide d'aiguilles longues et fines traversant le pédicule à quelques centimètres l'une de l'autre et sur chacune desquelles était placé un fil modérément serré (Mouchet). D'autres préféraient le séton (Fleischmann, Portal), ou la ponction avec un trocart (Camper), une lancette (Hoffmann), une aiguille à coudre (Cooper); ou la galvanopuncture, combinée avec la compression de la tumeur par une pâte argileuse (Newermann), ou même l'incision, soit à l'air, soit sous l'eau.

Aujourd'hui, en dehors de la surveillance attentive de la paroi des hydrorachis minces, de leur protection par un pansement, protection qui n'est pas un procédé de traitement mais un moyen d'attente, deux méthodes seules restent en présence : l'injection modificatrice, l'excision.

L'*injection modificatrice* s'est faite au tanin, à l'alcool, à l'iode surtout, dont l'introduction peut se faire par deux procédés : le procédé français consistant à évacuer complètement la tumeur et à y introduire une solution d'iode au quart, l'obturation de l'ouverture vertébrale étant bien entendu indispensable pendant les trois ou quatre minutes où le liquide reste dans la poche; le procédé américain, par lequel, après avoir évacué avec une seringue de Pravaz cinq à quinze gouttes de liquide, on injecte une quantité égale de teinture d'iode, ou, suivant la variante tant vantée par Morton, d'une solution iodoglycérinée (iode, 0^{gr},50; iodure de potassium, 1^{gr},50; glycérine, 30 gr.).

L'*excision* se fait par les techniques les plus diverses : excision simple, excisions plastiques, cherchant non seulement à supprimer la poche hydrorachidienne, mais encore à empêcher l'écoulement post-opératoire du liquide céphalo-rachidien et à murer l'orifice vertébral, soit par un mode spécial de réunion de la peau, soit par la suture attentive des parties musculo-aponévrotiques voisines du sac, soit par le refoulement, l'acculement ou la superposition des lambeaux

fournis par le sac lui-même, soit par les ostéoplasties, à l'aide de greffes ou de lambeaux pris sur les parties restantes des lames et sur les os voisins.

D'une manière générale, à l'injection, méthode aveugle, capable d'irriter les nerfs ou d'enflammer les méninges, nous préférons l'excision, et, nous guidant sur de nombreux faits personnels, nos préférences entre les techniques qui relèvent de cette méthode, l'excision conforme aux préceptes suivants, par lesquels nous terminions récemment son étude (1895) : « La fermeture de l'orifice rachidien constitue dans la cure opératoire des hydrorachis un élément d'une importance primordiale; pour mener à bien cette fermeture, l'ostéoplastie même de l'orifice n'est qu'un temps d'une opération complexe où l'occlusion soignée du sac méningé et les sutures profondes des parties molles jouent également un rôle très utile. Ce temps sera pratiqué de préférence par les procédés auto-ostéoplastiques. S'il persiste un rudiment suffisant de lame vertébrale, on le mobilisera et on le rapprochera de la ligne médiane où l'on pratiquera sa suture avec celui du côté opposé également mobilisé; ce procédé est applicable à toutes les régions du rachis, aussi bien au cou et aux lombes qu'au dos et au sacrum. S'il ne reste absolument aucun vestige d'arc, on emploiera, lorsque la fente siège au niveau du sacrum, soit notre procédé à deux lambeaux périostoplastiques sacrés, soit les procédés à deux lambeaux ostéopériostoplastiques également sacrés, et, lorsque la fente siège au niveau des vertèbres dorsales, le procédé à lambeaux ostéoplastiques transversaires de Broca. Les greffes osseuses ou périostées seront réservées aux cas où les procédés précédents ne sont pas applicables. La fermeture ostéoplastique de la fente rachidienne ne sera pas, malgré son importance, cherchée chez les nouveau-nés où la rupture imminente de la poche oblige à intervenir tout de suite; dans ces cas, le point capital est d'opérer avec le moins de traumatisme opératoire possible, en parant à l'infection méningée; la résection de la poche et la suture attentive des parties conservées de cette poche suffiront pour obtenir le résultat cherché; définitivement si la fente est petite, provisoirement si elle est large. »

Le chirurgien qui traite un spina-bifida ne doit enfin jamais oublier que peut survenir, plus ou moins tard après la guérison opératoire de cette affection, une hydrocéphalie dont la fréquence est assez grande pour ne considérer comme bien réellement guéris que les malades suivis un an au moins après l'intervention rachidienne.

FIN DU TOME IV.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UANL

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.M.B.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.M.B.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.M.B.
BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.M.B.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME IV

MALADIES CHIRURGICALES DES NERFS

Par Ed. SCHWARTZ.

Pathologie chirurgicale des nerfs périphériques.....	2
I. LÉSIONS TRAUMATIQUES.....	2
I. Traumatismes nerveux fermés.....	3
Lésions traumatiques non exposées.....	3
1° Compression nerveuse.....	4
2° Luxation des nerfs.....	15
3° Contusion des nerfs.....	23
Ligature et pincement des nerfs.....	31
4° Distension et arrachement des nerfs.....	34
II. Traumatismes nerveux exposés.....	38
Plaies des nerfs.....	38
II. NÉVRITES.....	92
III. TUMEURS DES NERFS.....	124
1° Néoplasmes primitifs des nerfs.....	125
2° Néoplasmes secondaires des nerfs ou par envahissement.....	135
Des névromes plexiformes.....	136

MALADIES CHIRURGICALES DES ARTÈRES

Par Pierre DELBET.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES ARTÈRES.....	141
I. Plaies des artères.....	141
Plaies non pénétrantes, 141. — Plaies pénétrantes.....	142
II. Contusion des artères.....	160
MALADIES INFLAMMATOIRES DES ARTÈRES.....	169
Ulcération des artères.....	169
ANÉVRYSMES ARTÉRIELS.....	173
Des anévrysmes artériels en général.....	174
Des anévrysmes artériels en particulier.....	216
Anévrysmes du pied, 216. — I. Anévrysmes de la pédieuse, 216. — II. A. de la plante du pied, 217. — A. de la jambe, 217. — A. poplités, 221. — A. de la fémorale superficielle, 233. — A. inguinaux, 236. — A. iliaques, 243. — A. multiples du membre inférieur, 245. — A. fessiers et ischiatiques, 248. — A. de la main, 252. — A. de l'avant-bras, 254. —	

TABLE DES MATIÈRES.

989

A. de l'humérale, 255. — A. de l'aisselle, 256. — A. de la sous-clavière, 263. — A. de la tête de la face, 271. — A. de la carotide interne, 271 : I. A. intracrâniens, 272. II. A. extracrâniens, 273. — A. de la carotide externe, 273. — A. de la carotide primitive, 274. — A. du tronc brachio-céphalique, 287. — A. de la crosse et de l'aorte.....	296
Anévrysmes artério-veineux.....	297
Des anévrysmes artério-veineux en particulier.....	312
Anévrysmes du pied et de la jambe, 313. — A. du creux poplité, 313. — A. des vaisseaux fémoraux superficiels, 315. — A. de la racine de la cuisse, 317. — A. des vaisseaux iliaques, 319. — A. rétro-pelviens, 319. — A. du pli du coude, 320. — A. de l'humérale et de l'axillaire, 323. — A. de la sous-clavière et de ses branches, 325. — A. de la carotide primitive et de la jugulaire interne, 325. — A. de la carotide interne, 327. — A. de la carotide externe, 327. — A. de la tête et de la face.....	327
Anévrysmes cirsoïdes.....	329

MALADIES CHIRURGICALES DES VEINES

Par Ed. SCHWARTZ.

I. LESIONS TRAUMATIQUES DES VEINES.....	349
I. Contusions des veines.....	349
Plaies des veines, 351. — P. non pénétrantes proprement dites, 351. — P. pénétrantes, 352. — 1° Des piqûres des veines, 352. — 2° Plaies par instruments tranchants, 359. — 3° P. contuses et déchirures, 356. — 4° P. par arrachement, 357. — 5° Ruptures, 358. — Signes des plaies des veines, 359. — Hémorragies externes, 359. — Hémorragies interstitielles, 361. — Complications des plaies des veines.....	362
II. VARICES.....	377
Varices des femmes enceintes, 400. — Complications, 401. — Ulcères variqueux, 410. — Pied bot variqueux.....	411
III. DE LA PHLÉBITE.....	424

AFFECTIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE

Par H. BRODIER.

I. AFFECTIONS DES VAISSEaux LYMPHATIQUES.....	443
Rapports de la lymphangite avec l'érysipèle et le phlegmon.....	443
I. Lymphorrhagie et kystes lymphatiques.....	447
II. Lymphangite aiguë.....	449
III. Lymphangites vénériennes.....	465
Lymphangites simples, 465. — Lymphangites spécifiques.....	465
IV. Lymphangite tuberculeuse.....	466
V. Lymphangite cancéreuse.....	475
VI. Lymphangite palustre.....	475
VII. Lymphangite filarienne.....	476
VIII. Lymphangite chronique.....	478
IX. Lymphangiectasies.....	478
II. AFFECTIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.....	489
I. Lésions traumatiques.....	489
II. Adénites simples.....	489
1° Adénite aiguë, 489. — 2° Adénite chronique simple.....	494

III. Tuberculose ganglionnaire.....	496
IV. Bubons.....	511
Bubons simples, 511. — Bubons virulents, 512. — Bubons syphilitiques, 516. — Traitement des bubons.....	520
V. Adénite néoplasique.....	523
VI. Adénites infantiles streptococciques. Fièvre ganglionnaire.....	528
VII. Adénite rhumatismale.....	529
VIII. Adénite morveuse.....	530
IX. Adénie.....	530
Diagnostic des adénites.....	533

MALADIES DU CRANE ET DE L'ENCÉPHALE

Par A. CHIPAULT.

A. Topographie. — B. Médecine opératoire.....	548
1° Résection crânienne, 548. — 2° Ponction vertébrale.....	551
I. LÉSIONS TRAUMATIQUES.....	553
I. Lésions traumatiques proprement dites.....	554
A. Lésions traumatiques péricraniennes.....	554
B. Lésions traumatiques crânio-encéphaliques.....	558
1° Brûlures, 558. — 2° Lésions du crâne par instruments piquants, 560. — 3° L. du crâne par instruments tranchants, 562. — 4° L. du crâne par armes à feu, 564. — 5° L. du crâne par agents contondants.....	591
1. Lésions chez l'enfant, 592. — A. L. datant de la grossesse, 592. — B. L. datant de l'accouchement, 593. — C. L. infantiles proprement dites.....	597
2° Fractures du crâne chez l'adulte.....	600
I. Fractures directes, 601. — II. F. indirectes, 615. — Mode de consolidation des fr. du crâne, 618. — Lésions des parties molles produites par les fractures communes du crâne.....	618
II. Complications des traumatismes crâniens.....	644
1° Complications traumatiques proprement dites.....	644
A. Épanchements et fistules aériennes traumatiques.....	644
B. Épanchements céphalo-rachidiens traumatiques.....	649
C. Épanchements sanguins traumatiques.....	652
I. Épanchements sous-cutanés.....	652
II. Épanchements sous-aponévrotiques.....	654
III. Épanchements sous-périostiques.....	655
IV. Épanchements intracrâniens.....	661
I. Épanchements intracrâniens obstétricaux.....	661
II. Épanchements intracrâniens non obstétricaux.....	664
A. Crânio-topographie des sinus et vaisseaux méningés, 671. — B. Technique opératoire.....	672
2° Complications infectieuses.....	674
A. Complications infectieuses généralisées.....	675
B. Complications infectieuses localisées.....	680
III. Complications cicatricielles.....	695
I. Lésions et accidents limités au cuir chevelu, 696. — II. L. et symptômes limités aux os; avec ou sans lésion sus-jacente du cuir chevelu, 696. — III. L. et symptômes limités aux méninges et à l'encéphale avec ou sans lésions sus-jacentes du cuir chevelu et de l'os.....	696
II. LÉSIONS INFECTIEUSES VASCULAIRES, SCLÉREUSES ET NÉOPLASIQUES.....	709

1. Péricrâne et crâne.....	710
A. Lésions infectieuses.....	710
1° Lésions infectieuses du péricrâne, 710. — 2° L. infectieuses du crâne.....	711
1° Ostéomyélite, 710. — 2° Tuberculose crânienne, 714. — 3° Syphilis crânienne; 715. — Ostéites actinomycotiques et phosphoriques.....	727
B. Affections vasculaires.....	728
Tumeurs veineuses communicantes congénitales.....	728
C. Affections néoplasiques.....	731
I. Tumeurs des couches cutanées et sous-cutanées.....	731
1° Tumeurs par rétention sébacée, 731. — 2° T. épithéliales, 734. — 3° T. fibromateuses.....	741
II. Tumeurs de la couche sous-aponévrotique.....	744
1° Kystes dermoïdes, 745. — 2° Lipomes, 746. — 3° Sarcomes, 747. — 4° 5° et 6° Chondromes, ostéomes, kystes hydatiques.....	747
III. Tumeurs de la couche osseuse.....	747
1° Kystes hydatiques, 748. — 2° Chondromes, 748. — 3° Ostéomes, 748. — 4° Sarcomes.....	748
D. Lésions diverses.....	752
Hyperostose crânienne des scieurs de long, 752. — Exostose ostéogénique de la voûte.....	753
2. Méninges et encéphale.....	755
A. Lésions infectieuses.....	755
I. Lésions intracrâniennes consécutives aux ostéites de la voûte.....	755
II. Lésions intracrâniennes d'origine métastatique.....	755
A. Lésions localisées.....	755
B. Lésions diffuses, 756. — Méningites aiguës, 756. — Méningite tuberculeuse, 757. — Méningites chroniques.....	772
B. Lésions vasculaires.....	773
Hémorragies méningées non traumatiques, 773. — H. cérébrales non traumatiques, 778. — Ramollissements cérébraux, 779. — Anévrysmes intracrâniens.....	779
C. Lésions néoplasiques.....	784
Tumeurs uniquement intracrâniennes, 785. — T. à la fois intra et extracrâniennes.....	807
D. Lésions scléreuses.....	813
Encéphalopathies infantiles, 813. — Épilepsies réflexes et vraies, 819. — Paralyse générale, 825. — Psychoses.....	826
III. LÉSIONS TÉRATOLOGIQUES.....	827
A. Microcéphalie tératologique.....	827
B. Hydrocéphalie tératologique.....	835
C. Encéphalocèle.....	847

MALADIES DU RACHIS ET DE LA MOELLE

Par A. CHIPAULT.

Notions préliminaires de topographie et de médecine opératoire.....	869
I. LÉSIONS TRAUMATIQUES.....	876
1° Plaies par instruments piquants et tranchants, 871. — 2° Lésions par armes à feu, 881. — 3° Lésions par agents contondants, 888. — A. L. radiculo-	