

vention opératoire de quelque importance est permise dans certains cas. Les douleurs sont parfois si violentes et si persistantes, que des chirurgiens se sont décidés à pratiquer la castration; à notre avis, dans ces cas, une pareille opération est aussi peu justifiée que l'amputation d'un membre pratiquée dans le but de guérir une névralgie. On est d'autant moins autorisé à avoir recours à ce moyen que MAC CULLOCH a vu, à la suite de la castration, les douleurs apparaître de nouveau dans le cordon. Parmi les opérations moins importantes qui ont été pratiquées, mentionnons la ligature des veines du cordon, la ligature de l'artère spermatique (BARDELEBEN), les incisions sous-cutanées de la tunique albuginée (VIDAL). L'heureux effet de ces opérations, lorsque toutefois il se produit, ne peut s'expliquer que par une action exercée sur tout le système nerveux; or, un effet de ce genre peut être obtenu par des moyens plus simples, et avant tout moins dangereux.

4. Sous le nom d'**hyperesthésie du plexus hypogastrique**, ROMBERG a décrit une névralgie du plexus de ce nom, caractérisée par des douleurs dans la région de l'hypogastre et du sacrum, avec sensation de pesanteur et de pression sur le rectum et la vessie; en même temps, se produisent des irradiations douloureuses dans les cuisses. ROMBERG a trouvé que les excès vénériens sont une cause fréquente de cette névralgie.

5. La **névralgie périnéale et anale** (MITCHEL) débute par de vives douleurs, avec une sensation pareille à celle que produirait un corps dur que l'on enfoncerait violemment dans l'anus; puis, la douleur s'irradie vers la périnée, l'urètre et le scrotum, et s'accompagne d'un lénesme intense de l'anus et de la vessie. L'accès névralgique qui est extrêmement douloureux, mais de courte durée, est souvent provoqué par le coït.

Dans quelques rares cas, cette forme de névralgie constitue, pendant des années, un symptôme prodromique du tabes, et ce symptôme peut, pendant tout temps, rester complètement isolé. Le plus ordinairement, la cause de cette affection paraît devoir être cherchée dans les excès vénériens et l'onanisme, mais souvent l'étiologie en reste absolument obscure. La disposition névropathique joue parfois un rôle important, ainsi que O. BERGER l'a constaté chez un malade qui, à côté de la névralgie ano-périnéale, accusait des symptômes de névralgie urétrale, intercostale et coeliaque. Un fait intéressant, au point de vue du diagnostic, dans ce dernier cas, c'était l'existence, au milieu du périnée, d'une petite nodosité douloureuse à la pression (névrome?).

Nous n'avons que peu de choses à dire sur le **traitement** de cette névralgie, dont les accès présentent souvent une interruption en l'absence de toute médication. Outre les moyens qui s'adressent à la cause même de cette affection, c'est l'hydrothérapie, ainsi que l'électricité, qui semblent donner les meilleurs résultats.

VI. MALADIES DE LA COLONNE VERTÉBRALE

I. MALADIES CONGÉNITALES DE LA COLONNE VERTÉBRALE. SPINA-BIFIDA HYDRORACHIS (MYÉLOCÈLE MÉNINGOCÈLE.)

§ 1^{er}. — D'après les considérations de KOCH à ce sujet, nous distinguons les formes suivantes d'anomalies congénitales par arrêt de développement de la colonne vertébrale et de la moelle épinière :

1. La **myélocèle spinale**. On l'observe le plus souvent dans la région du sacrum, au niveau des **trois premières vertèbres sacrées**, dont les arcs ne se sont pas réunis, mais se comportent d'ailleurs d'une façon normale. La dure-mère fait hernie en arrière et latéralement, au niveau des parties supérieure et postérieure du *filum terminale*; elle présente une partie rétrécie ou collet à son passage à travers la fente du squelette, pour se dilater ensuite en forme de sac à l'extérieur. Le contenu est constitué par la pie-mère, le liquide cérébro-spinal, la moelle épinière et une partie de la queue de cheval; l'extrémité inférieure de la moelle, ou cône médullaire, est fixée en un point de la peau, laquelle présente une dépression correspondante. La moelle épinière se trouve ainsi fixée dans la position qu'elle occupe dans les quatre premiers mois de la vie intra-utérine.

Au point de vue étiologique, KOCH, à l'exemple de RANKE, fait remonter cette anomalie aux premiers temps de la vie embryonnaire, alors que les bourrelets médullaires se sont rapprochés l'un de l'autre, entraînant avec eux le feuillet corné, dont les bords libres doivent se réunir en arrière du tube médullaire, pendant que s'opère la fermeture de ce dernier. La masse des vertèbres primitives qui limite sur les côtés le tube médullaire, envoie vers le dos trois prolongements en forme de plaques. De la première de ces plaques naissent les arcs vertébraux, lesquels ne peuvent se souder qu'à la condition que le feuillet corné se sépare du tube médullaire au point où il est adhérent à ce dernier. Si cette séparation ne s'opère pas, l'arc vertébral reste ouvert sur l'un ou l'autre point. Pendant le développement ultérieur du fœtus, le feuillet corné attire en arrière le feuillet médullaire hors de l'orifice normal des vertèbres.

2. La **fissure (rachischisis) postérieure**. Elle peut être totale ou partielle. Les arcs vertébraux sont recourbés en dehors et les altérations de la moelle épinière varient suivant l'étendue de la fissure. La pie-mère et la dure-mère ne forment pas à la moelle un sac complet, mais se continuent avec les aponévroses. En outre, la peau ne s'est pas réunie au niveau de la fissure, laquelle reste béante ou est remplie d'un tissu