

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

myxomateux. La moelle est divisée en deux moitiés symétriques étendues en surface. Lorsque cette anomalie intéresse la colonne cervicale, elle s'accompagne d'une encéphalocèle.

La cause de ce vice de conformation doit être cherchée dans une disposition anormale de la plaque médullaire et de la masse des vertèbres primitives dans les premiers temps de la vie embryonnaire.

3. **La fissure (rachischisis) antérieure** ou fissure des corps vertébraux. Elle est souvent combinée avec la précédente (2). La fissure a, en général, une direction antéro-postérieure.

4. **La méningocèle spinale.** Elle consiste en une poche de la dure-mère, dont la surface interne est souvent tapissée par la pie-mère; cette poche fait saillie au dehors à travers une petite ouverture du canal vertébral et est remplie de liquide cérébro-spinal; mais elle ne contient aucune partie de la moelle épinière. Souvent la méningocèle est compliquée d'un cystosarcome congénital du coccyx, et elle peut être alors prise soit pour un lipome, soit pour une tumeur parasitaire. La méningocèle est fluctuante et transparente, et, en la comprimant, on provoque parfois des symptômes médullaires. Dans la plupart des cas, elle siège à la partie inférieure du sacrum, sur la ligne médiane; cependant on observe aussi des formes de méningocèle situées latéralement. Enfin la méningocèle peut se séparer complètement de la moelle et en imposer pour un kyste.

Le sac du spina-bifida peut être recouvert d'une peau relativement normale, ou bien celle-ci est mal formée ou fait même complètement défaut, de sorte que l'enveloppe externe de la poche est constituée par la dure-mère. La tumeur présente alors une coloration rougeâtre à sa surface; elle tend à s'ulcérer et à se couvrir de granulations; une rupture peut en être la conséquence; la pie-mère est épaissie et sillonnée de vaisseaux volumineux.

La tumeur occupe généralement la ligne médiane du dos; on reconnaît facilement sa continuité avec le canal médullaire en constatant avec le doigt la perte de substance osseuse à travers laquelle elle fait saillie à l'extérieur. Tantôt la tumeur est petite et aplatie, tantôt elle est très volumineuse et peut atteindre les dimensions d'une tête d'adulte. Elle est plus ou moins ronde, souvent pédiculée, tendue, fluctuante, transparente; sa base d'insertion est particulièrement large lorsque la perte de substance intéresse plusieurs vertèbres. Quelquefois la fissure s'étend à toutes les vertèbres, et l'on a alors une tumeur occupant toute la longueur de la colonne vertébrale. On a également observé des cas de spina-bifida multiple. A sa surface, le sac présente souvent une dépression cicatricielle, surtout lorsqu'il siège dans la région du sacrum. Dans nombre de cas, le volume de la tumeur est sujet à des variations et celle-ci peut être vidée par la pression. Lorsqu'il existe en même temps une hydrocéphalie, la quantité de liquide contenue dans le crâne et celle que renferme le sac, offrent parfois une dépendance mutuelle des plus frappantes, l'évacuation du spina-bifida par pression provoquant, en effet, des symptômes cérébraux, un état soporeux, des convulsions, etc. Un phénomène analogue se produit également

dans les changements de position du malade; lorsque la tête est basse, la cavité crânienne se remplit d'une quantité plus grande de liquide, et *vice-versa*. De même que l'hydro-méningocèle du crâne, l'hydrorachis présente, dans nombre de cas, des mouvements respiratoires bien nets, beaucoup plus rarement des pulsations.

Le contenu du sac consiste dans du liquide cérébro-spinal; quelquefois aussi, on y trouve les racines postérieures des nerfs rachidiens. Assez souvent, le spina-bifida se complique d'autres vices de développement de la moelle. Tantôt celle-ci est divisée, tantôt elle a une longueur anormale, ce qu'on observe particulièrement dans les cas de fissures du sacrum, dans lesquelles les troncs nerveux et l'extrémité inférieure de la moelle peuvent être soudés aux parois du sac. Enfin, assez souvent, outre l'hydrorachis externe, il existe une dilatation hydro-pique du canal central de la moelle, laquelle s'étale en forme d'éventail et présente même un état de ramollissement.

En même temps que l'hydrorachis, on observe parfois d'autres vices congénitaux, tels que surtout l'ectopie de la vessie, le pied-plat, le pied-bot, etc.

Le spina-bifida est presque toujours **congénital** et dû à un **arrêt de développement**. Dans quelques cas, cependant, il ne se serait développé qu'après la naissance, à la suite d'un hydrorachis (OLLIVIER). La forme congénitale a presque toujours été observée avec l'hydrorachis, et elle n'est pas très rare, puisqu'elle constitue environ 1/6 de tous les vices de développement (CHAUSSE, voir LEYDEN, maladies de la moelle épinière). D'après WERNITZ, sur 1.000 naissances, on observe un cas de spina-bifida.

§ 2. — Les phénomènes que présentent les enfants affectés de spina-bifida, sont très divers. La plupart d'entre eux succombent peu de temps après la naissance; d'autres sont si peu développés, et sont déjà à la naissance dans un état d'atrophie générale telle, qu'ils ne vivent, en tout cas, pas longtemps. De fait, la grande majorité des enfants atteints de spina-bifida, et non opérés, meurent de bonne heure après la naissance. Sur 90 enfants non opérés, la majorité a succombé dans les 5 premières semaines, 20 seulement ont vécu plus de 5 ans (WERNITZ). Ce sont principalement les extrémités inférieures qui, souvent, présentent un haut degré d'atrophie. Quelquefois, cependant, la nutrition ne laisse rien à désirer, et l'on connaît des cas où des enfants affectés de spina-bifida ont grandi et ne sont morts qu'à un âge assez avancé, bien que l'hydrorachis eût persisté, voire même augmenté. Nous n'avons qu'à rappeler ici les deux observations de BROCA, dans lesquelles nous voyons l'un des malades atteindre 23 ans et l'autre 43. Dans un certain nombre de ces cas, il est vrai, le sac s'est séparé spontanément du canal médullaire, et il ne reste plus alors dans la région du dos qu'un kyste analogue à ceux de la région occipitale, que nous avons mentionnés à propos des maladies du crâne.