On évitera dans le traitement proprement dit toutes les médications débilitantes et en particulier les émissions sanguines ; on se bornera à appliquer des révulsifs sur les extrémités (sinapismes, compresses vinaigrées, enveloppement ouaté) et à combattre les convulsions par le bromure de potassium ou le chloral (Voir *Éclampsie*).

## CHAPITRE VII

## HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

ÉTIOLOGIE. — L'hémorragie cérébrale est une maladie rare chez les enfants. D'après Rilliet et Barthez, qui ont pu en recueillir seize cas, elle s'observe plus fréquemment dans la seconde que dans la première enfance, si l'on ne tient pas compte des hémorragies qui se produisent sous l'influence d'un accouchement laborieux et qui coïncident alors, presque toujours, avec des épanchements de sang sous le péricrâne, sous les os du crâne ou dans la cavité arachnoïdienne (Voir *Hémorragie méningée*, p. 439).

L'hémorragie cérébrale survient dans la seconde enfance sous l'influence de causes très diverses, dont les principales sont :

1) Les *lésions cérébrales*, telles que la thrombose des sinus, les tubercules cérébraux, la méningite et plus rarement l'athérome des capillaires du cerveau ;

2) Les *troubles mécaniques de la circulation encéphalique*, dus aux quintes de la coqueluche, etc.

3) Une *diathèse hémorragique*, qui peut déterminer en même temps des hémorragies dans d'autres organes (plèvre, péricarde).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'hémorragie cérébrale n'est pas aussi souvent localisée dans les corps striés et les couches optiques que chez l'adulte ; elle se présente, tantôt en foyers plus ou moins étendus, tantôt sous forme d'apoplexies capillaires disséminées, et peut se rencontrer, à peu près indifféremment, dans toutes les parties de la masse du cerveau, ainsi que dans les ventricules latéraux. L'hémorragie cérébelleuse est exceptionnelle.

SYMPTOMES. — Il est rare de rencontrer chez l'enfant le tableau classique de l'hémorragie cérébrale. Rarement primitive, cette affection se montre le plus souvent comme complication terminale d'une maladie antérieure et peut rester complètement latente (Rilliet et Barthez).

Elle se révèle habituellement, au milieu des symptômes d'une cachexie avancée, par quelques convulsions, parfois par une contracture légère du cou et des membres et par le coma ; tous ces accidents, qui n'ont rien de caractéristique, sont de très courte durée et la mort arrive au bout de vingt-quatre heures au plus. L'hémiplégie est très rare, soit parce que les enfants succombent à l'ictus apoplectique avant d'avoir repris connaissance, soit parce que les corps striés et les couches optiques sont rarement le siège de l'hémorragie. Chez les nouveau-nés, on a signalé, comme signes d'un épanchement sanguin dans les hémisphères, une tension subite des fontanelles et une rougeur bleuâtre asphyxique des téguments.



Gerhardt admet que l'hémorragie cérébrale n'est pas fatalement mortelle chez les enfants et qu'elle peut guérir en laissant comme suites des atrophies unilatérales limitées soit à la face, soit à un des membres. Il en donne pour preuve les cicatrices ocreuses, trouvées à l'autopsie du cerveau, dans plusieurs cas d'atrophie unilatérale datant de l'enfance (Voir *Hémiplégie spasmodique infantile.*)

Le *diagnostic* est ordinairement impossible et le *traitement* inutile.

## CHAPITRE VIII

## PHLEBITE ET THROMBOSE DES SINUS

ÉTIOLOGIE. — La thrombose des sinus présente sa plus grande fréquence chez les enfants de deux à quatre ans. Le premier âge, néanmoins, n'en est pas exempt ; ainsi Parrot a observé, chez une fillette cachectique de huit jours, une thrombose des sinus qui avait déterminé une hémorragie sous-arachnoïdienne et ventriculaire.

Elle peut survenir chez les enfants :

1) *Par propagation d'une phlegmasie du voisinage*, telle qu'une otite chronique avec mastoïdite. La thrombo-phlébite des sinus est plus fréquente chez les enfants d'un certain âge et chez les adultes que chez les très jeunes sujets. Körner (1) en a rassemblé 26 cas avant l'âge de dix ans et 56 de dix à vingt ans. Elle siège habituellement dans le sinus latéral, où l'inflammation s'est propagée à travers le tissu osseux.

Plus rarement la phlébite des sinus a pour origine un abcès du cuir chevelu ou une inflammation de la veine ophtalmique qui s'étend au sinus caverneux. Cette phlébite peut avoir été provoquée, soit par un phlegmon orbitaire, soit par une suppuration de la face ou du maxillaire supérieur. Steffen (2) a vu une petite fille de neuf ans succomber à une méningite suppurée avec thrombose du sinus latéral cinq jours après le début d'un érysipèle de la face.

(1) Körner, *loc. cit.*, p. 54.
(2) Steffen, in *Gerhardt's Hanbd. der Kinderkrankh.*, 1885, t. V, 2e partie, p. 311.

2) *Par marasme* dans le cours ou à la fin de la broncho-pneumonie, dans le cours du mal de Pott et surtout chez les nourrissons atteints de choléra infantile. La thrombose cachectique s'est produite 23 fois sur 36 cas réunis par Bouchut, après le développement d'une affection pulmonaire aiguë ou chronique. Barthez et Sanné signalent, parmi les diverses dyscrasies qui ont favorisé la thrombose des sinus, le rachitisme, la tuberculose, l'affaiblissement qui accompagne la convalescence d'une maladie aiguë (rougeole, scarlatine).

La thrombose dite marastique est toujours consécutive à une endophlébite de cause infectieuse. Le streptocoque a été trouvé par Thiercelin (1), dans trois cas observés chez des nourrissons atteints de gastro-entérite, et le pneumocoque, par Claude (2), dans un cas d'hémorragie méningée avec thrombose des veines encéphaliques, suite de broncho-pneumonie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le sinus droit et les sinus latéraux sont le siège ordinaire de la thrombose, qui peut s'étendre aussi, mais plus rarement, au sinus longitudinal supérieur et inférieur, et exceptionnellement aux sinus pétreux et caverneux (Gerhardt). Les veines qui vont se rendre aux sinus obstrués par la thrombose, sont sinueuses, gorgées d'un sang noir liquide ou coagulé. Dans la partie correspondante de l'encéphale, on constate de l'œdème du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, souvent de l'œdème cérébral, parfois des hémorragies dans la grande cavité de l'arachnoïde, sous la pie-mère ou dans l'épaisseur des hémisphères cérébraux.

L'oblitération permanente ou transitoire des veines ou des sinus semble, dans les hémorragies et les ramollissements de l'enfance, jouer un rôle important. Hutinel a montré que le plus souvent, chez les nouveau-nés, le ramollissement rouge était dû à des thromboses des veines cérébrales. Gowers pense que, lorsque la thrombose reste limitée aux veines superficielles du cerveau qui se jettent dans le sinus longitudinal, la lésion est parfois compatible avec une survie de l'enfant et pourrait être la cause de certaines scléroses atrophiques dans les territoires vasculaires qui en dépendent.

Les parois des sinus sont habituellement exemptes de lésions apparentes, ce qui justifie le nom de thrombose donné à cette lésion, la coagulation étant le fait primitif. Le caillot néanmoins peut être, suivant la durée de la maladie, plus ou moins adhérent à la paroi.

La suppuration du caillot est fréquente dans la forme septique, et s'accompagne alors de méningite suppurée ou d'abcès encéphalique.

Comme lésions concomitantes, on a signalé les infarctus hémorragiques et les abcès métastatiques du poumon (Langenbeck, Fritz, Steiner, Tonnellé).

(1) Thiercelin, *Thèse de Paris*. 1894.
(2) Claude, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1895, p. 343.



SYMPTOMES et DIAGNOSTIC. — La thrombose des sinus étant une affection presque toujours secondaire, sa marche et ses symptômes varient suivant la nature de la maladie primitive ou des complications (hémorragie méningée ou cérébrale, œdème cérébral, pyémie, etc.).

Dans le cours du choléra infantile ou chez un jeune enfant cachectique, il faut penser à la possibilité d'une thrombose des sinus, quand apparaissent des accidents nerveux, tels que la somnolence, le coma, les convulsions, le strabisme ou l'opisthotonos. La probabilité sera plus grande encore, si en même temps il y a affaissement de la grande fontanelle et chevauchement des os du crâne.

Dans certains cas, on pourra reconnaître pendant la vie le siège de l'oblitération veineuse à quelques signes particuliers. C'est ainsi que, lorsque la thrombose siège dans le sinus longitudinal supérieur, on observe parfois de la cyanose du visage avec dilatation des veines temporales et frontales, des épistaxis, ainsi que des sueurs circonscrites au front et au nez (Fritz, Dusch, Steiner). Quand c'est le sinus latéral qui est le siège de la maladie et que l'oblitération s'étend jusqu'au golfe de la veine jugulaire, par les sinus pétreux inférieurs, les veines jugulaires du côté malade sont souvent affaissées et moins apparentes que du côté opposé (Gerhardt); ce signe n'est d'ailleurs pas constant. Quand le caillot obturateur se prolonge du sinus latéral dans les veines auriculaires postérieures par les veines émissaires de l'apophyse mastoïde, on voit apparaître derrière l'oreille, un œdème dur et douloureux, circonscrit à la région mastoïdienne (Griesinger, Mohs). La thrombose d'un des sinus caverneux s'est manifestée dans un cas par de l'exophtalmie du côté malade (Huguenin), dans un autre cas par l'œdème de la paupière supérieure et de toute la moitié correspondante de la face (Genouville). S'il y a en même temps compression des nerfs de l'orbite, on observera la paralysie ou la contracture des muscles de l'œil (Heubner); ce dernier phénomène a été signalé plutôt chez les adultes que chez les enfants. Bouchut a constaté à l'ophtalmoscope, dans un cas, des lésions rétiniennes qu'il rapporte à la thrombose des veines de la rétine.

Les thrombo-phlébites qui surviennent dans le cours de l'*otorrhée* avec mastoïdite, présentent parfois une symptomatologie assez caractéristique pour permettre au chirurgien d'en faire le diagnostic et d'intervenir activement. La céphalalgie manque rarement, du moins au début, ainsi que les vomissements. Si la maladie ne se complique ni de méningite ni d'abcès cérébral, la connaissance est conservée jusqu'à la fin, à moins qu'il ne survienne une pyémie aiguë: les convulsions sont rares. L'œdème douloureux, circonscrit à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde (signe de Griesinger) est fréquent. On peut sentir parfois un cordon dur et sensible, formé

par la veine jugulaire enflammée par extension de la thrombose du sinus latéral; il y a toujours alors œdème douloureux du cou du même côté, et l'enfant incline volontiers la tête du côté malade, pour éviter la souffrance provoquée par la torsion du cou. Parfois même, la déglutition détermine une sensation douloureuse du côté occupé par l'infiltration.

La maladie se complique souvent de symptômes généraux d'infection purulente. Elle est annoncée par des accès de fièvre à type quotidien ou double quotidien précédés parfois de grands frissons, qui font défaut plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. La rate est augmentée de volume ; les embolies pulmonaires sont fréquentes et peuvent déterminer la mort par l'obstruction circulatoire ou par des complications telles que la pleurésie purulente ou le pyopneumothorax. Dans une observation de Ballance (1), la mort paraît avoir été déterminée par un abcès métastatique dans le larynx.

La durée de la maladie dépasse rarement trois semaines ; elle peut s'étendre d'une semaine à un ou deux mois.

PRONOSTIC. — La mort est la terminaison presque fatale de la phlébite des sinus. Elle arrive dans certains cas déjà au bout de deux ou trois semaines; Griesinger a cité quelques cas de guérison spontanée, mais le diagnostic était alors discutable. Aujourd'hui l'intervention chirurgicale a donné plusieurs fois des résultats favorables.

TRAITEMENT. — Les toniques et les stimulants forment la base de la prophylaxie et du traitement de la thrombose par cachexie.

Dans les otorrhées chroniques, il faut prévenir le développement de la carie du rocher et des accidents cérébraux par un traitement antiseptique. Le sulfate de quinine, les dérivatifs sur le tube digestif et la glace sur la tête sont particulièrement indiqués dans la forme inflammatoire et pyémique.

La phlébite du sinus latéral a été guérie dans plusieurs cas par une opération qui consiste dans la trépanation de l'apophyse mastoïde, l'ouverture du sinus latéral, l'enlèvement des caillots puriformes, la désinfection au sublimé et le tamponnement à la gaze iodoformée. Voss (2) a guéri ainsi une petite fille de trois ans et demi qui souffrait d'une otorrhée depuis deux ans. Mac-Ewen (3) a obtenu douze guérisons chez des sujets de tout âge.

(1) Ballance, *Lancet*, 17 mai 1890.
(2) Voss, *D. med. Woch.*, 1893, p. 1239.
(3) Mac-Ewen, *loc. cit.*, p. 335.



## CHAPITRE IX

## HYDROCÉPHALIE

On a décrit sous le nom d'*hydrocéphalie* ou d'*hydrencéphalie* tous les épanchements de sérosité qui peuvent se faire chez les enfants à l'intérieur de la boîte cranienne, qu'ils siègent dans la grande cavité arachnoïdienne, dans la pie-mère, dans les ventricules ou dans la substance cérébrale. Les auteurs admettent deux formes principales de la maladie : l'*hydrocéphalie aiguë* et l'*hydrocéphalie chronique*. Nous ne parlons ici que de la seconde, la première ayant été décrite à propos de la *méningite aiguë*.

ÉTIOLOGIE. — On distingue deux variétés d'hydrocéphalie chronique, l'une *congénitale*, qui se développe pendant la vie intra-utérine, après la fin du septième mois, l'autre *acquise*, qui n'apparaît que quelques mois ou quelques années après la naissance (1).

**Hydrocéphalie congénitale.** — Les causes de l'hydrocéphalie congénitale sont très obscures, comme celles de toutes les monstruosités. Gœlis regarde l'âge avancé des parents, l'abus des boissons spiritueuses chez le père, comme des causes prédisposantes. Le seul fait bien avéré est l'existence concomitante de l'hydrocéphalie chez plusieurs enfants de la même famille. Quand une femme est accouchée d'un hydrocéphale, on peut craindre que les enfants qu'elle aura dans la suite ne soient atteints de la même maladie ou ne soient idiots; Gœlis rapporte l'histoire d'une femme qui aurait mis successivement au monde six hydrocéphales.

Fournier fait remarquer la fréquente coïncidence de la *syphilis* chez le père et de l'hydrocéphalie chez les enfants, sans en conclure toutefois que l'hydrocéphalie résulte d'une inflammation spécifique. Sandoz (2) relate quatre observations d'enfants atteints de syphilis héréditaire incontestable avec hydrocéphalie congénitale, dont trois ont succombé malgré un traitement spécifique, et chez lesquels la seule lésion pouvant expliquer l'hydrocéphalie était une inflammation chronique de l'épendyme et des plexus choroïdes. A ces quatre cas observés dans le service du professeur Demme, il en ajoute cinq autres empruntés à Baerensprung (3). Siemerling (4) a

(1) Consulter à ce sujet l'excellente monographie de d'Astros : *les Hydrocéphalies*, Paris, 1898, et le Mémoire d'Haushalter et Thiry in *Revue de méd.*, 1897, p. 624.
(2) Sandoz, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1886, p. 713, et *Thèse de Berne*, 1886.
(3) Baerensprung, *Die hereditäre Syphilis*. Berlin, 1864.
(4) Siemerling, *Arch. f. Psychiatr.*, 1888, t. XIX, p. 401.