

HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

N'est pas la conséquence de la fièvre cérébrale. — Dérive cependant d'un état sub-inflammatoire. — Troubles de la sensibilité, de l'intelligence et de la motilité. — Impuissance du traitement.

L'encéphalo-méningite dont je viens de vous entretenir, diffère beaucoup et n'est jamais le point de départ de ce que l'on appelle l'*hydrocéphale chronique*, affection dont vous offre un exemple un jeune enfant de notre salle Saint-Bernard.

Ce qui frappe tout d'abord l'observateur quand il considère un individu atteint d'hydrocéphale, c'est le volume énorme de la tête hors de toute proportion avec le reste du corps. Vous avez vu notre petit malade : à son arrivée dans nos salles, la circonférence de son crâne, au niveau d'une ligne qui passait au-dessus de la région sourcilière, mesurait 50 centimètres. On a noté des cas, et j'ai fait apporter du musée anatomique de notre Faculté cette tête que je vous présente qui a 1 mètre de tour; en ouvrant le crâne on avait trouvé ici jusqu'à 15 kilogrammes et plus de liquide épanché dans les cavités ventriculaires; Frank cite un fait dans lequel l'épanchement était de 25 kilogrammes (50 livres!); chez un autre enfant âgé de seize mois, la circonférence du crâne atteignait 52 pouces (près d'un mètre et demi).

Vous avez remarqué la déformation particulière de la tête de notre malade, et quoique cette déformation ne soit point chez lui exagérée, elle vous donnera cependant une idée de ce qu'elle peut être dans l'hydrocéphale. C'est d'abord une disproportion considérable entre la face et le crâne, la première paraissant excessivement petite, en raison même de ce que le dernier est énormément développé; de ce que, aussi, les os frontaux faisant en avant une énorme saillie au niveau des arcades sourcilières de telle sorte que les orbites sont comme renfoncées, le diamètre vertical de la face se trouve diminué. Cette disposition suffirait, suivant la remarque de Camper, pour faire reconnaître l'hydrocéphale. En outre, les deux os frontaux s'écartent singulièrement l'un de l'autre, leur suture médiane qui est incomplètement réunie chez l'enfant, s'élargissant plus ou moins. Il en est de même des sutures sagittale et lambdoïde, les deux pariétaux se séparant l'un de l'autre et de l'occipital qui comme eux se porte en dehors; de cette façon, les os du crâne ne restent plus soudés que par leur base et se renversent, permettez-moi cette comparaison, comme les pétales d'une fleur qui s'entr'ouvre.

A voir la tête du malade, il semble qu'elle soit molle, et quand l'enfant la

meut, on aperçoit à la partie supérieure comme des ondulations, qui se produisent encore quand il crie ou quand il respire fortement; ce sont des mouvements d'expansion, de soulèvement coïncidant avec les grandes expirations, le soulèvement cessant au moment de l'inspiration. En appliquant la main sur ce crâne déformé, on peut se rendre compte de l'écartement des os qui, nécessairement, n'est nulle part plus prononcé qu'au niveau des fontanelles. Cet écartement, entre les pariétaux, entre ceux-ci et les deux os frontaux, peut être quelquefois de 15, 20, 30 centimètres et davantage encore. Là où il existe, la cavité du crâne n'est plus fermée que par une membrane molle constituée par le péri-crâne. En quelques cas, on trouve dans cet espace membraneux de petits os wormiens en nombre variable (il en existe un à la partie postérieure de la suture sagittale chez notre enfant de la salle Saint-Bernard).

L'hydrocéphale peut durer longtemps, alors surtout qu'elle tend à la guérison, ce qui est très-rare; elle peut du moins rester stationnaire pendant quatre, cinq, six, dix ans, ainsi qu'on en a rapporté des exemples, et même bien davantage; car on a vu des sujets qui en étaient atteints presque dès la naissance, vivre jusqu'à un âge très-avancé. Frank raconte l'histoire de deux individus, l'un âgé de soixante-douze ans, l'autre de soixante-dix-huit, qui étaient hydrocéphales depuis leur enfance. Dans ces cas, les os wormiens se multiplient et deviennent le centre d'un travail d'ossification qui va envoyer d'un os à l'autre des jetées osseuses, marque d'une tendance à la réunion qui, cependant, restera toujours incomplète.

Cet énorme élargissement du crâne, vous le comprenez, ne peut se faire qu'à la condition de tendre la peau; or, au delà d'une certaine limite, le tégument externe se prêtant plus difficilement à cette tension, celle-ci s'opère aux dépens des parties contiguës, c'est-à-dire du visage, et principalement aux dépens de la peau des paupières. La physionomie du malade va dès lors prendre un aspect particulier et extraordinaire. Les sourcils sont attirés en haut et laissent à découvert la saillie du bord supérieur de l'orbite qu'ils cachaient auparavant; la paupière supérieure suivant ce mouvement d'élévation est trop courte pour couvrir le globe oculaire qui semble faire saillie et se porter en bas vers la paupière inférieure. Alors aussi, presque toujours, il y a un affaiblissement de la vue, ou même cécité absolue; et, comme chez les aveugles de naissance, les yeux, qui d'ailleurs chez l'hydrocéphale restent nets et brillants, sont sans regard et agités de mouvements oscillatoires presque incessants.

Cependant les malades dont les traits expriment la tristesse, ne souffrent généralement pas. Généralement aussi, l'ensemble de l'économie paraît d'abord médiocrement troublé; l'enfant, s'il est à la mamelle, tette avec facilité et toutes ses fonctions s'accomplissent avec régularité. Il faut dire, néanmoins, que dans un certain nombre de circonstances l'hydrocéphale est assez habituellement accompagnée à son début de phénomènes convulsifs. C'est précisément ce qui est arrivé chez notre petit garçon. A l'âge de trois semaines, par

conséquent dès sa naissance, il a eu des convulsions qui se répétaient quatre, six, huit, dix et jusqu'à vingt fois dans les vingt-quatre heures : il y a trois mois, sa mère nous l'amena une première fois pour des accidents de cette nature, dont la cause nous resta cachée, car rien ne pouvait nous faire soupçonner l'hydrocéphale, la tête ayant à cette époque ses dimensions normales. L'éclampsie peut donc être le seul symptôme du début de la maladie ; elle reconnaît pour cause l'état subinflammatoire de la membrane séreuse qui tapisse les ventricules cérébraux, état subinflammatoire sous la dépendance duquel se trouve l'épanchement de sérosité qui se fait dans l'intérieur de ces cavités. La fréquence des convulsions, leur répétition pendant un assez long temps, doit même mettre le médecin en garde contre la possibilité d'une hydrocéphale. Chez l'enfant qui fait l'objet de cette conférence, des attaques se sont répétées pendant deux mois et demi avant que la tête ait commencé à grossir. Ordinairement ces convulsions deviennent de plus en plus violentes, et très-souvent, quand elles ont persisté pendant un certain temps, les malades succombent emportés par une véritable fièvre cérébrale, et, à l'autopsie, on rencontre en effet les lésions de l'encéphalo-méningite.

Lorsqu'on a l'occasion d'ouvrir les corps des individus hydrocéphales qui ont succombé à une maladie intercurrente, on trouve les cavités ventriculaires énormément élargies ; à la base, le cerveau, dont les circonvolutions sont aplaties, est ordinairement sain ; à la partie supérieure, ses circonvolutions complètement affaissées se confondent avec ses anfractuosités qui ont disparu, et il est réduit à une sorte de lame où l'œil nu a, pour ainsi dire, peine à reconnaître la substance cérébrale dont le microscope retrouve du reste les éléments. Les membranes, la pie-mère, l'arachnoïde, la dure-mère elle-même participent à cet amincissement, et vous comprenez à quel point il doit être porté dans ces cas d'épanchements constitués par 15 et jusqu'à 25 kilogrammes (30 et 50 livres) de sérosité.

L'hydrocéphale, bien qu'emportant presque infailliblement ceux qui en sont affectés, peut prendre une marche très-lente ; et il y a un instant je vous parlais d'individus qui ont vécu, quatre, cinq, dix et même, d'après les exemples de Frank, soixante-douze et soixante-dix-huit ans. En-dehors de ces exceptions qui ne sont pas d'ailleurs très-rares, cette affection dure habituellement un ou deux ans, à moins que, au début, elle n'ait revêtu un caractère d'acuité, auquel cas la mort arrive promptement.

Mais à quelle déplorable existence sont condamnés les malheureux dont les jours se prolongent ! quel triste spectacle ils donnent à ceux qui les entourent ! et quelle cause d'affliction continuelle ne sont-ils pas pour leurs parents ! Tant qu'on les porte dans les bras, ils peuvent à peine supporter le poids de leur tête ; plus tard, quand ils commencent à marcher, et ils marchent toujours beaucoup plus tard que les autres, ils sont vacillants ; le mal faisant des progrès, ils ne peuvent plus se tenir debout, ils sont obligés de garder le lit.

À cette impossibilité de la station debout ou assise, il y a plusieurs raisons.

D'une part, le poids énorme de la tête qui ne se maintient plus en équilibre sur le tronc ; d'autre part, la cécité qui accompagne l'hydrocéphale et qui, empêchant les enfants de se diriger, les empêche aussi de marcher ; enfin une sorte de paralysie déterminée par la compression exercée sur le centre encéphalique. Je dis une sorte de paralysie, parce qu'en effet la paralysie n'est pas portée au degré que l'on serait peut-être en droit d'imaginer. Chez le petit malade de notre salle, bien que l'épanchement intra-ventriculaire doive être considérable, à en juger par le volume de la tête, il n'y a aucun symptôme de paralysie, les mouvements des jambes et des bras s'exécutent facilement, la vessie chasse librement l'urine qu'elle contient ; c'est que la boîte osseuse crânienne s'étant prêtée au développement du cerveau, celui-ci a échappé à la compression. Mais lorsque l'hydrocéphale a atteint un tel degré que les parois du crâne ne peuvent plus être distendues, il arrive un moment où la compression est inévitable et entraîne, avec l'abolition des fonctions de cet organe, la perte de la motilité.

Alors même que la maladie reste stationnaire pendant un temps très-long, l'intelligence subit un arrêt de développement ; elle s'affaiblit, et cet affaiblissement conduit ordinairement à une imbécillité à peu près complète.

Le pronostic est donc, dans tous ces cas, des plus sérieux, et toujours la médecine est impuissante à guérir ou même à soulager les malades.

Les méthodes de traitement n'ont pourtant pas manqué.

En se plaçant au point de vue de l'inflammation subaiguë qui produit l'épanchement, on a conseillé les purgatifs, les préparations de calomel, et jusqu'aux émissions sanguines. On a vanté les diurétiques, les sudorifiques, les sialagogues. On a fait grand bruit de la compression méthodiquement exercée sur le crâne ; je l'ai moi-même longtemps employée, mais aujourd'hui je l'ai complètement abandonnée, en raison d'un fait qui s'est passé sous mes yeux.

On m'amena un jour dans mon cabinet un enfant de cinq mois atteint d'une hydrocéphale chronique ayant les proportions de celle que vous voyez aujourd'hui. J'espérais, à l'aide d'une compression exercée au moyen d'un bandage composée de bandelettes de sparadrap diachylon, pouvoir m'opposer au développement de l'épanchement ; au bout de huit jours je me rendis chez les parents du petit malade pour enlever mon appareil et en appliquer un nouveau. Le volume de la tête avait sensiblement diminué ; mais cinq à six semaines après mon second pansement, l'enfant mourut subitement. Tout à coup il s'était mis à crier au moment où il prenait le sein, un flot de liquide s'était échappé par les fosses nasales, en même temps que la tête s'affaissait à la façon d'une vessie qui se vide. Qu'était-il arrivé ? Le développement de l'épanchement étant gêné à la partie supérieure du crâne par la compression exercée sur celui-ci, la base avait cédé, comme elle cède lorsque, pour séparer les os de la tête, les anatomistes la remplissent d'eau et de haricots qui, en se gonflant, produisent la désarticulation. Chez mon petit malade, c'était donc la base du

crâne qui avait cédé à la compression du liquide ; il s'était fait une désarticulation, et la sérosité ayant trouvé une issue du côté de l'ethmoïde, s'était écoulée par les fosses nasales ; la mort avait dès lors été la conséquence du changement subit qui s'était produit dans les conditions anatomiques du cerveau.

La ponction au niveau des sutures et des fontanelles a été pratiquée par des chirurgiens célèbres ; on l'a même répétée plusieurs fois chez le même individu, mais beaucoup d'entre ceux qui, d'abord, l'avaient préconisée ont fini par proscrire cette opération, dont les avantages ne compensent pas les graves inconvénients ; dans ces derniers temps, on a fait un grand éloge de la médication par l'iodure de potassium. Depuis déjà quelques années, j'ai moi-même essayé, sinon les mêmes moyens, du moins un moyen analogue, c'est-à-dire des lotions sur la tête avec la teinture d'iode ; je donne simultanément l'iodure de potassium à l'intérieur, en commençant par la dose de 10 centigrammes, que je porte graduellement à 20, 25, 30 et même 40 centigrammes, suivant la tolérance. Le but que je me propose en prescrivant des lotions de teinture d'iode est de favoriser la résolution de l'épanchement, guidé en cela par les succès que l'on obtient, à l'aide de ces mêmes lotions, dans les épanchements des membranes séreuses de la plèvre, de l'abdomen ou des articulations.

XLIX. — HÉMIPLÉGIE ALTERNE.

Elle est le plus souvent sous la dépendance d'une lésion de la protubérance, mais elle n'en est pas le signe absolu. — Ne doit pas être confondue avec la paralysie glosso-laryngée.

MESSIEURS,

Lorsqu'un individu est frappé d'hémiplégie, la paralysie occupe les membres et la face du même côté. Il est toutefois des exceptions à cette règle générale, et c'est à ces cas, rares il est vrai, dans lesquels, la face étant paralysée d'un côté, les membres le sont du côté opposé, que M. le docteur Ad. Gubler a proposé de donner le nom d'*hémiplégies alternes* (1).

Tout récemment, messieurs, en septembre 1861, je voyais en consultation, avec mon honorable ami et collègue M. le docteur Hillairet, une jeune fille de Clermont-Ferrand, âgée de sept ans, qui, quelques mois auparavant, était tombée en arrière avec violence et s'était heurtée contre un meuble. Le coup avait porté sur l'occipital et sur la partie supérieure de la nuque. Elle éprouva presque immédiatement de la pesanteur de tête et de la somnolence, et, après quelques jours, tout allait bien. Bientôt reparut une douleur occupant à la fois la région frontale et l'occiput. Les parents remarquèrent une certaine hésitation dans la marche, en même temps qu'une irascibilité particulière accompagnée de grimaces.

Trois mois après l'accident, on constata de la faiblesse dans tout le côté gauche du corps, en même temps qu'une hémiplégie faciale très-prononcée à droite. C'est dans cet état qu'elle nous fut adressée, à Paris, par notre honorable confrère M. le docteur Bourgard. Nous jugeâmes que la protubérance annulaire et que le commencement du bulbe étaient intéressés, et nous ne pûmes que porter un pronostic bien grave.

Dans ce cas, messieurs, nous dûmes nous en tenir à une simple hypothèse, car, ayant perdu la malade de vue, nous ne pûmes acquérir les preuves matérielles de l'exactitude de notre diagnostic. Ce diagnostic nous avons cru, toutefois, pouvoir l'établir par analogie, en tenant compte des faits que M. Gubler a rapportés pour démontrer les relations existant, généralement, entre l'hémiplégie alterne et les lésions de la protubérance annulaire.

Il n'en a plus été de même pour la malade qui était couchée au n° 6 de la salle Saint-Bernard, où elle succombait à une affection cérébrale qui avait également déterminé une hémiplégie alterne. L'autopsie en a été faite devant vous ;

(1) Ad. Gubler, *De l'hémiplégie alterne comme signe de lésion de la protubérance annulaire, et comme preuve de la dégénération des nerfs faciaux* (Gazette hebdomadaire, 1856).