

FM BSH
RB110
P68
V. 2

TRAITÉ
DE
PATHOLOGIE EXTERNE

TROISIÈME PARTIE
MALADIES DES RÉGIONS

LIVRE PREMIER

AFFECTIONS DU CRANE ET DU CERVEAU

Bibliographie générale. — *Lésions traumatiques.* — HIPPOCRATE, trad. Littré. — A. PARÉ, édit. Malgaigne, 1840, t. II. — A. BOIREL, Alençon, 1677. — GARENTEOT, *Opérations de chirurgie*, 1720. — ROUHULT, *Traité des plaies de tête*, 1720, Turin. — LEDRAN, *Obs. de chir. av. réflex.*, 1731, p. 109. — QUESNAY, in *Mém. de l'Acad. de chir.*, 1743, t. 1^{er}. — P. POTT, *Œuvres*, Londres, 1768. — DUPRÉ DE L'ISLE, *Traité des lésions de la tête*, 1770. — DEASE, *Obs. on the Wounds of the Head*, etc., London, 1776. — PETIT, *Traité des mal. chir.*, Paris, 1790, t. 1^{er}. — LOMBARD, *Remarques sur les lésions de la tête*, Strasbourg, 1796. — DESAULT, *Œuvres chir.*, t. II, 1801. — ABERNETHY, *Surg. obs. on...*, London, 1815. — A. COOPER, *Principles of Surgery*. — CASPARI, *Kopfverletzungen*, Leipzig, 1823. — BRODIE, *Med. Surg. Transact.*, 1838, t. XVI, p. 325. — VELPEAU, Thèse de concours, Paris, 1834. — DENONVILLIERS, Thèse de conc., 1839. — CHASSAIGNAC, Thèse de conc., 1842. — BRUNS, *D. Chir. Krankh. und Verletz. des Gehirn*, Tubingen, 1854. — P. HEWETT, *Med. Chir. Trans.*, t. XXXVI, p. 321. — TOULMOUCHE, *Ann. d'hyg. publ.*, 1859, t. XII et XIII. — STROMEYER, *Verletz. des Kopfes*, Fribourg, 1864. — PIROGOFF, *Grundzüge der allg. Kriegschirurgie*, Leipzig, 1864. — BECK, *Schädelverletzungen*, Leipzig, 1877. — PAGET, *Brit. Med. J.*, 1870. — *Histoire de la guerre d'Amérique.* — LEGUEST, *Traité de chirurgie d'armée.* — FISCHER, in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 18. — BERGMANN, in *Deutsche Chir.* de BILLROTH et LUCKE, Lief. 30, 1880.

Consulter les Classiques et les articles : TÊTE, CRANE, TRÉPAN, CERVEAU des *Dictionnaires.*

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS DES TÉGUMENTS DU CRÂNE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques des téguments

Bibliographie. — BOIREL, *Traité des plaies de la tête*, Alençon, 1677. — P. POTT, *Œuvres complètes*, t. 1^{er}, p. 1, 1777. — J.-L. PETIT, *Œuvres posthumes*, t. 1, p. 43, 1774. — GAMA, *Traité des plaies de tête*, 2^e édit., 1835. — CHASSAIGNAC, Thèse de concours, 1842. — GUTHRIE, *On Injuries of the Head*, 1842. — MOREL-LAVALLÉE, *Archiv. gén.*, 1863, t. 1^{er}, p. 191. — STROMEYER, *Verletz. u. chir. Krankh. des Kopfes*, Fribourg, 1864. — ESTLANDER, *Pansement antiseptique dans les plaies de tête*, 1877 (Anal.). — THIERSCH, in *Volkman's samml. klin. Vorträge*, n^{os} 84, 85. — VOLKMANN, in *Ibid.*, n^o 96.

1^o CONTUSIONS

Les téguments du crâne sont souvent exposés aux contusions; l'existence d'un plan osseux résistant rend suffisamment compte de cette prédisposition. Les coups, les chutes sont les causes les plus communes de ces traumatismes dont la gravité est extrêmement variable. La douleur, symptôme constant commun à toutes les formes, jointe à l'ecchymose, caractérise les degrés légers. Au second degré apparaissent les *bosses sanguines* qui se forment très rapidement, soulèvent les téguments, prennent les dimensions et l'aspect d'une noix, d'une petite pomme; dès qu'elles sont un peu étendues, elles affectent la forme d'un ménisque plan-convexe. Fréquentes au front et au niveau des pariétaux, les bosses sanguines siègent sous l'aponévrose épicroticienne, dans le tissu cellulaire superficiel feutré, beaucoup plus rarement entre le péri-crâne et l'os. La texture du plan superficiel explique la difficulté qu'éprouve le sang à s'infiltrer dans les mailles du tissu cellulaire. Tantôt toute la bosse sanguine est dure, tantôt elle est molle, dépressible, fluctuante au centre, quelquefois même pulsatile quand une artériole a été rompue; elle est entourée à sa base par un rebord induré qui donne aux doigts la sensation d'un soulèvement de l'os. Une exploration un peu attentive ne permettra pas de confondre, comme on l'a fait au siècle dernier, une bosse sanguine avec un enfoncement du crâne (J.-L. PETIT).

L'histoire des contusions et des bosses sanguines a été décrite ailleurs; aussi nous bornerons-nous à dire qu'elles se terminent généralement par résolution, plus rarement par abcès. Les complications proches ou éloignées sont: le phlegmon, l'érysipèle, les exostoses signalées par quelques auteurs.

Les résolutifs (eau blanche, eau-de-vie camphrée et même l'eau simple et froide), la compression, l'écrasement avec les pouces ou une pièce de monnaie

(CHAMPION), réussissent dans la majorité des cas. Si la collection s'abcède, si les téguments contus menacent de se gangréner, on débridera largement et antiseptiquement.

2^o PLAIES

Les *piqûres* du cuir chevelu ne présentent aucun intérêt spécial; elles sont généralement sans gravité et ce n'est pas le fait isolé de la piquure du nerf frontal ayant, comme l'a vu DUPUYTREN, déterminé la cécité, qui justifierait une description particulière.

Les *coupures* superficielles et légères n'ont pas une grande tendance à l'écartement, sauf dans les points où les fibres musculaires sont coupées en travers. Si l'instrument agit en dédolant ou obliquement, on peut voir de grands lambeaux entaillés dans les parties molles pendre en se renversant. BAUDENS cite le cas d'un soldat qui, surpris par des Kabyles, reçut plus de vingt coups de yatagan sur la tête et guérit malgré ses horribles blessures. Ces plaies saignent beaucoup et le sang coagulé mêlé aux cheveux leur donne toujours un aspect spécial; les lambeaux se tuméfient, deviennent violacés.

Parmi les complications les plus communes, nous citerons: 1^o l'érysipèle que J.-L. PETIT attribuait à la saillie des poils coupés sur les bords des lambeaux; aussi conseille-t-il de les arracher, précaution superflue si on a pris soin de raser les bords de la coupure; 2^o le phlegmon; 3^o la gangrène partielle du lambeau.

Le traitement consiste à arrêter le sang par la ligature, la forcipressure, les hémostatiques; à raser avec précaution la région blessée, à nettoyer la plaie avec une solution phéniquée à 1 p. 100; il faut de plus enlever soigneusement les cheveux et rapprocher les bords avec des sutures ou des bandelettes agglutinatives; le pansement antiseptique de LISTER trouve ici son application.

De beaucoup les plus fréquentes, les *plaies contuses* résultent de coups portés avec un instrument moussé, de chutes sur un corps tranchant. Comme les coupures, elles sont simples, linéaires, ou présentent quelquefois des lambeaux de grandes dimensions; parfois les bords sont meurtris, gangrenés. C'est encore à cette variété qu'appartiennent les plaies par projectiles de guerre, qui font des sillons superficiels avec perte de substance, des sétons plus ou moins étendus; les plaies par arrachement communes chez les femmes dont les cheveux se trouvent pris dans les engrenages. JONES, COWELL, LEDIARD ont encore récemment publié des cas de ces affreuses mutilations dont la guérison, quand elle a lieu, est toujours longue (un an à dix-huit mois).

Les plaies à lambeaux sont plus graves que les autres parce qu'elles se réunissent moins bien, et suppurent assez longtemps; d'ailleurs ces lésions exposent aux érysipèles, aux phlegmons, à la nécrose superficielle des os, aux hémorragies et peuvent amener des complications cérébrales. D'autres fois la plaie contuse superficielle se complique d'une bosse sanguine plus profonde, qui évolue comme celles des contusions avec une plus grande tendance toutefois à la suppuration.

Le séjour des corps étrangers dans les plaies des téguments est assez rare et le fait de PRESTAT, qui a eu l'occasion d'extraire une lame de couteau de 6 centimètres par une fistule, est exceptionnel; dans la fosse temporale toutefois, une balle et même un éclat d'obus ont pu rester ignorés, ainsi qu'OTIS en a rapporté des cas.

La réunion primitive des plaies contuses du cuir chevelu est peu commune; aussi celles-ci donnent-elles lieu généralement à des cicatrices rosées, glabres, le plus souvent adhérentes au péricrâne; les filets nerveux comprimés dans ces cicatrices sont dans quelques cas l'origine d'accidents graves, l'épilepsie entre autres. Il a suffi plus d'une fois d'inciser ou de cautériser la cicatrice pour faire cesser les accidents. POUTEAU, E. HOME, GUTHRIE, BELL, LEBRETON, G. ECHEVERRIA ont cité des cas de guérison.

Sur deux cent quatre-vingt-deux plaies des téguments notées dans la guerre d'Amérique il y a eu six morts, dont trois par encéphalite.

Traitement. — Appelé au début de l'accident, le chirurgien doit tenter la réunion primitive, après avoir lavé et rasé les bords de la plaie, assuré l'hémostase, enlevé tous les corps étrangers. Les agglutinatifs, les bandelettes collodionnées et surtout celles de diachylon fixées autour de la tête, nous paraissent préférables aux sutures métalliques, entortillées ou autres. En effet, il faut redouter l'inflammation et se tenir prêt, dès qu'il y a de la fièvre, de la tension, de la douleur et du gonflement, à lever le pansement; grâce à cette précaution, on évitera la rétention des produits et on pourra conjurer les menaces d'érysipèle et de phlegmon. Si après avoir ainsi renoncé à la réunion primitive, les accidents se calment, le chirurgien cherchera la réunion secondaire et facilitera l'adhésion des lambeaux par des pansements convenablement appropriés. Les soins du chirurgien ont donc la plus grande influence sur la marche du traumatisme. Le pansement antiseptique est préférable aux autres; ce n'est qu'autant que surviendraient des accidents inflammatoires qu'il faudrait recourir aux émoullients, et c'est le seul cas où nous conseillons les cataplasmes trop vantés par les uns (DESPRÈS, DELCAMBRE), trop décriés par d'autres (*cover-slip*, *couvre-saleté*, GUTHRIE).

J.-L. PETIT conseillait, en outre, de pratiquer à la base des grands lambeaux un petit débridement pour assurer l'écoulement des liquides; l'introduction d'un tube à drainage sera encore préférable.

§ 2. — Lésions inflammatoires des téguments

Parmi les accidents inflammatoires assez communs au cuir chevelu, nous signalerons le *furoncle*, l'*anthrax* (région postérieure), le *phlegmon simple*, circonscrit, aboutissant à l'abcès du cuir chevelu, fréquent après les grandes pyrexies, et le *phlegmon diffus* beaucoup plus grave, sous-aponévrotique. Enfin, il faut réserver une mention spéciale pour l'*érysipèle* spontané ou traumatique qui se traduit par un gonflement œdémateux du cuir chevelu sans changement de coloration. Assez souvent le phlegmon et l'érysipèle coexistent (*phlegmon érysipélateux*). Toutes les affections aiguës du cuir chevelu

présentent des caractères communs qui tiennent à la texture même de la région. L'inflammation y est très douloureuse, s'accompagne d'une tension et d'un œdème très marqués et aboutit parfois à la fonte gangreneuse par places. La fluctuation est difficile à percevoir au début; les décollements sont fréquents, surtout après la suppuration du phlegmon diffus. Les hémorragies secondaires ont été notées quelquefois, et, l'extension de l'inflammation ou de l'ulcération amène encore la dénudation des os, toujours longue à guérir.

De toutes les complications, la plus redoutable est assurément la propagation de l'inflammation aux méninges et au cerveau. Aussi est-il indiqué d'employer de bonne heure les antiphlogistiques locaux et généraux pour enrayer le processus, et de débrider largement et antiseptiquement toutes les fois qu'il y a du pus collecté ou infiltré. Grâce à ces précautions, au pansement de Lister et au drainage, on évitera les dangers de la pyohémie, accident autrefois commun des plaies des téguments du crâne.

§ 3. — Tumeurs des téguments du crâne

Un grand nombre de tumeurs prennent naissance dans les parties molles du crâne; les unes siègent dans la peau: *épithélioma*, *papillomes divers*, *adénome sudoripare*, *cornes*; dans le tissu cellulaire sous-cutané, on trouve les *loupes* ou *kystes sébacés*, les *lipomes*, quelquefois congénitaux et susceptibles d'acquies un volume assez grand, comme dans un cas de SYDNEY JONES (*The Lancet*, 1880, t. II). Les *fibromes*, les *sarcomes*, ont une origine plus profonde et sont souvent liés au péricrâne. Quand nous aurons signalé les *kystes dermoïdes*, l'*éléphantiasis* du cuir chevelu, nous aurons terminé avec les principales variétés des tumeurs des parties molles du crâne. Nous ne croyons pas devoir insister sur les particularités que présentent ces affections; laissant de côté également les *névromes plexiformes* étudiés ailleurs, nous appellerons plus spécialement l'attention sur les *tumeurs vasculaires pulsatiles* ou autres, sur le *pneumatocèle* et le *céphalématome*.

1° TUMEURS VASCULAIRES

Bibliographie. — BALLINGALL, *Clin. Lectures*, Edinburgh, 1829. — CARLSWELL, *The Lancet*, 1836, t. I^{er}, p. 31. — HOUSTON, *Gaz. méd. de Paris*, 1839, p. 699. — PÉTREQUIN, *Ac. des sc.*, 1845, t. XXI. — CHASSAIGNAC, *Tumeurs de la voûte du crâne*, 1848, p. 100. — RIZET, *Gaz. des hôp.*, 1878. — POINSOT, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, t. IV, 1879. — DECÈS, Thèse de Paris, 1857. — RICHELLOT, *Soc. de chirurgie*, Paris, 1881, p. 634. — HEINE, *Vierteljahreschrift f. pract. Heilkunde*, 1869. — TERRIER, *An. Cirsoïdes*, Th. agr., 1872. — DE SCHUTTELAERE, Th. Paris, 1881.

Toutes les artères de la région, la temporale, l'occipitale, les frontales, peuvent être le siège d'anévrysmes vrais, d'anévrysmes artério-veineux ou d'anévrysmes-cirsoïdes. Si on y ajoute encore les angiomes traumatiques ou

congénitaux, on verra que le groupe des tumeurs pulsatiles est complet. A côté de ces tumeurs vasculaires, il convient de placer le céphalématome qui, en raison de son évolution, mérite une mention spéciale.

A. — ANÉVRYSMES VRAIS DE L'ARTÈRE TEMPORALE

Dans un savant mémoire, notre ami DE SANTI a réuni trente-six observations d'anévrismes de l'artère temporale, la plupart sont d'origine traumatique. Dans vingt-neuf cas, en effet, où la cause est bien déterminée, il s'agissait de coups de bâton, de coups de pierre, de chutes, ou d'un traumatisme chirurgical; la saignée de l'artère temporale est mentionnée huit fois comme cause de l'anévrisme qui, dans ce cas, est ordinairement faux consécutif. Trois fois seulement (FISCHER, FONTAGNÈRES, DE SANTI), l'anévrisme était spontané. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on trouve au niveau de la tumeur, qui dépasse rarement le volume d'une noix, une petite cicatrice.

L'anévrisme temporal d'ordinaire sous-cutané, pulsatile au moins dans ses premières périodes, se montre d'autant plus réductible qu'il est plus petit; il siège quelquefois sur le tronc de l'artère, souvent au niveau des branches de bifurcation. Une particularité intéressante de ces tumeurs est leur multiplicité constatée par plusieurs observateurs; CLOQUET rencontra deux anévrismes sur un malade auquel BÉCLARD avait saigné la temporale en deux endroits; dans les cas de MALGAIGNE, de RIZET, l'artère avait un aspect moniliforme.

Les anévrismes de la temporale ne restent pas stationnaires; si quelques-uns ont pu exceptionnellement acquérir les dimensions d'une orange, et même davantage (BARTHOLIN, BARRIER, MIRAULT, FONTAGNÈRES), d'autres se rompent auparavant.

Leur guérison spontanée se fait par le dépôt de caillots actifs favorisé par la compression; une inflammation modérée survenant dans la poche peut également amener la guérison de la tumeur. La rupture du sac est le résultat assez fréquent de la distension des parois et de la peau. PALETTA, BRYANT ont cité des cas de ce genre; l'hémorragie qui en résulte, parfois abondante, est facile à arrêter par la compression.

Le diagnostic de l'anévrisme temporal n'est pas très difficile, en raison de la position de la tumeur sur le trajet de l'artère, de ses pulsations et de sa réductibilité. L'intégrité de la peau, l'absence d'un nævus, le souffle, différencient l'anévrisme temporal d'un angiome. L'anévrisme artério-veineux a un souffle continu avec renforcement; l'anévrisme cirsoïde intéresse plusieurs branches. La mobilité de la tumeur, sa position superficielle, ne permettent pas de la confondre avec un anévrisme profond, cependant quelques-unes de ces tumeurs en voie d'oblitération spontanée, partant irréductibles et peu pulsatiles, ont été prises pour des kystes (FRESTEL, HALB, BARBETTE).

Ce que nous avons dit de l'évolution de ces anévrismes fait voir que, même dans les cas de rupture, ces tumeurs ne sont pas très graves; leur cure est facile. Toutes les méthodes de traitement ont été employées; l'expérience a montré que les moyens les plus efficaces et les moins dangereux sont ceux qui

agissent directement sur le sac; l'ouverture de la poche par la méthode ancienne n'a donné que des succès dans onze cas; il est prudent de lier, non seulement le tronc principal de l'artère, mais encore les branches collatérales, conduite qui semble bien préférable à la simple compression.

BALLINGALL, FRESTEL, DESPRÈS ont eu recours à l'extirpation par la méthode de PURMANN; MURAT, GIROUARD, FONTAGNÈRES à la cautérisation du sac à l'aide de la pâte de Canquoïn. MALGAIGNE, FLEMING, ont également réussi au moyen de la suture entortillée, pratiquée sur deux épingles en X et sur le tronc de l'artère. Ce moyen ne convient que pour les tumeurs d'un petit volume. Mentionnons encore la galvano-puncture (PÉTREQUIN, 1845). Les injections coagulantes, un instant abandonnées malgré un premier succès de PAVESI (1824), ont été utilement employées (RIZET) et donnent des guérisons rapides.

La compression directe du sac compte quelques cas de guérison, mais elle est inférieure aux procédés mentionnés plus haut, parce qu'elle est inconsistante, douloureuse, longue et peut amener l'inflammation.

Quant à la ligature de l'artère principale par la méthode d'ANEL, préconisée par la plupart des auteurs, elle est très insuffisante en raison du rétablissement facile de la circulation dans l'anévrisme. BARRIER a lié la carotide primitive, exemple que nous citons pour proscrire une semblable intervention, plus dangereuse que la maladie elle-même.

Ce que nous avons dit de la ligature s'applique également à la compression indirecte; elle est infidèle et longtemps continuée devient insupportable, expose à l'inflammation et aux escarres. La compression digitale elle-même ne réussit pas beaucoup mieux et il fallut continuer ces moyens pendant un mois et demi dans le cas de DE SANTI. En résumé, c'est à la compression directe, aux injections coagulantes, à l'incision du sac avec ligature du tronc qu'on devra donner la préférence.

Anévrisme des artères temporales profondes. — ORIOLI, DUPUYTREN, VELPEAU, VIDAL, ont signalé l'existence d'anévrismes temporaux profonds. En remontant aux sources, DE SANTI a pu constater qu'il n'existait pas un seul fait authentique d'anévrisme des temporales profondes. Dans les cas mentionnés plus haut, il s'agissait de fongus de la dure-mère, de tumeurs malignes pulsatiles. Un seul cas d'angiome profond a été publié par ALLAN BURNS.

B. — ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX DE L'ARTÈRE TEMPORALE

Ces tumeurs souvent confondues avec d'autres variétés ont été étudiées par ROBERT (1851) et plus récemment par HEINE (1869). C'est surtout avec les anévrismes cirsoïdes que les phlébartéries présentent des analogies. D'après DE SANTI, qui a analysé avec soin toutes les observations, les cas de CARLSWELL, ALLAN BURNS, LAUGIER, WOOD, ne sont pas des anévrismes artério-veineux temporaux et il n'a pu réunir que sept observations légitimes: GREEN (1828), BUSH (1828), RUFZ (1838), GABE DE MAZARELLOS (1843), MOORE (1858), CZERNY (1880), LISTER. Les anévrismes artério-veineux sont donc rares, circonstance que DE SANTI attribue à l'écartement qui existe ordinairement entre les

rameaux artériels de la temporale et les veines satellites. L'origine traumatique a été constamment observée, et c'est encore la saignée de la temporale qui est la cause la plus commune; dans le cas de GREEN, le traumatisme initial a été une application de ventouses scarifiées. La tumeur n'apparaît que quelques jours après le traumatisme, ne succède pas à un anévrysme faux primitif et mérite mieux le nom de varice anévrysmale; le sac intermédiaire n'est jamais bien formé. Il n'est pas rare de voir la dilatation veineuse périphérique s'étendre assez loin, au cuir chevelu et même au cou (MOORE); les vaisseaux acquièrent quelquefois la grosseur d'une plume et présentent des flexuosités très marquées. RUTZ a vu les veines frontales aussi grosses que les sous-clavières. Ces phlébartéries restent d'ailleurs superficielles et ne se propagent pas aux cavités voisines à travers les os, particularité qui les distingue de l'anévrysme cirsoïde.

La tumeur, bosselée, bleuâtre, rameuse, est le siège d'un bruissement spécial perçu par le malade; on y discerne également le thrill, des pulsations isochrones au pouls, un bruit de souffle continu. Ce souffle se propage dans les veines et décroît à mesure qu'on s'éloigne du centre de la tumeur. Le développement de ces anévrysmes se fait d'une façon continue et MOORE en a vu acquérir le volume d'un poing; les phénomènes cérébraux sont peu marqués et on a seulement signalé des étourdissements quand la tête est penchée.

Les principaux accidents qui résultent de la marche progressive de ces tumeurs sont : les inflammations et la rupture qui donnent naissance à de redoutables hémorragies successives, susceptibles de compromettre la vie des malades.

Nous avons dit que la confusion avec l'anévrysme cirsoïde a été faite plusieurs fois et, en effet, les deux maladies ont une grande analogie dans leurs signes extérieurs. Ainsi que le faisait déjà remarquer BÉRARD, dans le *Compendium*, les anévrysmes artério-veineux ont toujours une origine traumatique, tandis que les autres sont plus communément spontanés (HEINE a relevé cinq cas traumatiques sur quarante-cinq anévrysmes cirsoïdes). Le souffle continu avec renforcement, le thrill, considérés comme pathognomoniques ne seraient pas absolument rares dans les anévrysmes cirsoïdes. Cependant l'ensemble des signes ordinaires exposés ailleurs et surtout la compression d'un point de la tumeur ou du tronc de l'artère, amènent l'affaissement de l'anévrysme et permettent d'éviter la confusion avec la varice artérielle. La douleur est ordinairement plus vive dans l'anévrysme cirsoïde; ce dernier présente une coloration rosée avec altération des capillaires sous-épidermiques (*état nævoïde* des Anglais), et plus tard il existe une hypertrophie de la peau qui devient rugueuse, pigmentée, phénomènes qui manquent dans la phlébartérie. Enfin, l'anévrysme cirsoïde se propage plus facilement à toutes les régions voisines superficielles et profondes.

Si l'on se rappelle que l'altération cirsoïde gagne insensiblement les capillaires et les veines et qu'alors on observe les symptômes de la phlébartérie, il sera facile de comprendre combien l'hésitation est permise; on est en présence de ce que WEBER a décrit sous le nom de *phlébartériectasie*.

La compression a échoué entre les mains de BURCKHARDT; l'injection de

perchlorure de fer est dangereuse. La ligature par la méthode d'ANEL ou de HUNTER affaisse momentanément la tumeur qui se reproduit au bout de quelques jours; GREEN et MOORE en liant en même temps l'artère et la veine ont eu deux succès. Cependant cette conduite est blâmée par BÉRARD et FOLLIN qui préfèrent la ligature simultanée du tronc et des branches. STROMEYER a incisé la tumeur, CZERNY l'a extirpée, en prenant le soin de lier l'artère au-dessus et au-dessous. C'est à cette dernière opération que nous accorderions la préférence, en ayant soin de prendre les précautions de la méthode antiseptique.

C. — ANÉVRYSMES CIRSOÏDES (*Angioma racemosum*)

De toutes les tumeurs vasculaires des téguments du crâne, les anévrysmes cirsoïdes sont les plus fréquentes; leur siège de prédilection est au niveau de la région fronto-nasale et fronto-temporale. Sur quarante-six cas relevés par HEINE, la tumeur siégeait douze fois à la région temporale; douze fois à l'oreille; douze fois à la région frontale; six fois sur la région pariétale et quatre fois à la région occipitale.

Les symptômes de l'anévrysme cirsoïde ont été décrits ailleurs et nous ne relèverons ici que les particularités spéciales à la région. La tumeur bosselée, pulsatile, mollasse, sous-cutanée, fluctuante, présente du souffle, des pulsations isochrones au pouls, du thrill, des ramures divergentes et s'affaisse par la compression du tronc artériel principal. Elle a une tendance très marquée à envahir les vaisseaux les plus superficiels, d'une part, et à gagner d'un autre côté les régions profondes. T.-M. VERNEUIL a cité un cas classique où un anévrysme cirsoïde avait perforé le crâne en deux endroits de dehors en dedans et déterminé un épanchement intra-crânien. L'altération des téguments expose à des hémorragies graves, même rebelles, qui ont été maintes fois la cause de la mort des malades. Lorsque la propagation de l'anévrysme cirsoïde se fait du côté de l'orbite, elle amène la cécité, l'exorbitisme, la céphalée, etc., incommoder beaucoup les malades qui souffrent, se plaignent du bruissement perpétuel qui les fatigue et parfois cause des insomnies. C'est souvent à l'occasion d'une grossesse ou d'un accouchement que ces tumeurs progressent rapidement.

Si GIBSON, CHEVALIER, CLOQUET ont vu l'anévrysme cirsoïde guérir spontanément, il faut reconnaître que sa marche est plutôt progressive, et les cas où la tumeur est restée stationnaire (KRAKOWITZER) sont les moins nombreux; aussi le pronostic de cette affection est-il toujours sérieux? Le diagnostic a été discuté à propos des anévrysmes artério-veineux, nous n'y reviendrons pas.

Toutes les méthodes générales du traitement des anévrysmes ont été essayées contre les anévrysmes cirsoïdes du cuir chevelu et, il faut l'avouer, avec des résultats assez peu satisfaisants. Lorsque l'anévrysme est très étendu, mieux vaut ne pas intervenir, c'est à la compression qu'on doit alors donner la préférence. La ligature par la méthode d'ANEL ou de HUNTER a été assez souvent