

3 ^e Accidents développés ultérieurement. Débrider sur le côté de la tête opposé aux accidents généraux. Coma ou convulsions.	F. Avec ou sans fractures.	Convulsions générales. Coma	} S'abstenir.
		Méningo-encéphalite.....	
D.	G.	Fracture avec enfoncement....	} Trépaner.
		Hémiplégie tardive, convulsions limitées.....	
		Convulsions épileptiformes éloignées.....	} Trépaner et inciser s'il y a lieu la dure-mère et le cerveau.

L'intervention dans les cas pathologiques doit être subordonnée aux mêmes règles que dans les cas traumatiques; on trépane pour la lésion elle-même quand il est nécessaire d'enlever un séquestre, de nettoyer un foyer de carie, ou pour les accidents cérébraux quand ils sont localisés et qu'on peut rationnellement espérer leur disparition par l'opération.

Résultats. — Malgré les assertions contraires des adversaires du trépan, on peut affirmer que l'opération bien faite, avec les précautions antiseptiques, n'est pas bien redoutable par elle-même. Moins on trépane dans un pays, plus les résultats sont mauvais, parce qu'on réserve l'opération pour les cas désespérés. Au siècle dernier P. POTT guérissait plus de la moitié de ses malades; la statistique de BLÜHM, la plus complète de toutes, donne les résultats suivants: il y a sur neuf cent vingt-cinq cas quatre cent vingt-six décès, soit une moyenne de 51,25 p. 100. Ces chiffres se répartissent de la façon suivante. — Trépan primitif, mortalité: 55,90; trépan secondaire 39,24 p. 100; trépan tardif 33,90 p. 100. La mortalité moyenne du trépan dans les plaies par armes à feu est de 51,85 p. 100. Sur quarante-quatre cas d'abcès du cerveau trépanés on compte vingt-deux guérisons.

CHAPITRE IV

LÉSIONS PATHOLOGIQUES DU CRÂNE

Bibliographie. — VIRCHOW, *Pathol. des tumeurs*, t. II, p. 29, 1869 (trad.). — ERISMANN, in *Arch. de Virchow*, t. XLVI, 1869. — JULLIEN, in *Lyon médical*, t. VIII, p. 517, 1871. — BOURDILLAT, *Union médicale*, 1870, p. 394. — HEINEKE, *Deutsch. Chirurgie de BILLROTH et LUCKE*, Lief. 31.

§ 1. — Altérations des os

1^o EXOSTOSES, HYPEROSTOSE ET ATROPHIE DU CRÂNE

Le crâne est un lieu d'élection pour certaines exostoses; tantôt elles préminent à l'extérieur, tantôt à l'intérieur (*énostoses*), ou encore des deux côtés à la fois (*E. parenchymateuses*). On réserve plus spécialement la dénomination

d'ostéophytes aux productions périostiques irrégulières internes ou externes.

Parmi les causes de ces exostoses nous citerons les coups de feu, les contusions, les anciennes fractures, dans l'ordre général, la syphilis; beaucoup d'entre elles ont une origine inconnue. BERNUTZ a noté chez un rachitique âgé de vingt-six ans des exostoses qui ont disparu par le traitement ioduré. Si l'on admet avec PARRON l'origine syphilitique du rachitisme, ce fait n'a plus rien de bien surprenant. Toutes ces tumeurs, parfois multiples, siègent à la voûte; les plus petites sont aplaties, lisses et ressemblent à des gouttes de bougie solidifiées à la surface d'un corps dur. Quelques-unes sont susceptibles d'acquérir les dimensions d'une pomme ou d'une orange; dans ce dernier cas elles sont ordinairement spongieuses au lieu d'être éburnées (fig. 14).

L'exostose extérieure, rarement douloureuse, sauf au début, se développe avec une grande lenteur; on a vu la grosseur activer sa marche. C'est surtout dans les cas d'énostoses que les accidents sont fréquents et importants. S'il est vrai que dans quelques cas le cerveau tolère ces tumeurs et s'habitue à la

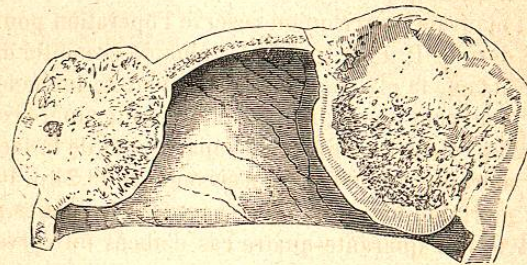


Fig. 14. — Exostoses du crâne. (Musée Dupuytren.)

compression graduelle qu'elles déterminent, dans bien des circonstances on constate des douleurs de tête persistantes, des paralysies localisées, de la surdité ou des convulsions. La méningite n'est pas absolument rare en pareil cas. HUTIN, PERRIN ont cité de beaux exemples d'exostoses à la suite de coups de feu et ce dernier n'a pas craint d'intervenir chez un ancien blessé de Crimée qui présentait des accès épileptiformes et de l'aphasie.

Il est évident que le traitement doit varier beaucoup suivant la cause de la maladie. Si l'exostose est externe il faut l'abandonner tant qu'elle n'est pas gênante, en se bornant à essayer le traitement mercuriel et ioduré qui réussit quelquefois. Une intervention plus active est souvent nécessaire pour les exostoses internes; malheureusement leur diagnostic est hérissé de difficultés, et si dans les cas traumatiques on peut se laisser guider par la cicatrice d'une ancienne plaie, il n'en est pas de même dans les autres cas. SULZER a appliqué six couronnes de trépan autour de la tumeur, conduite qui n'est guère pratique que pour les exostoses externes dont on connaît les limites. L'opération dans les cas d'exostoses est extrêmement laborieuse, et il faut traverser avec le trépan une grande épaisseur de tissu éburné.

L'*hyperostose générale* ou hypertrophie de la voûte du crâne n'offre qu'un intérêt anatomo-pathologique; l'épaississement diffus des os peut atteindre

3 ou 4 centimètres ; on trouve de curieux spécimens de cette altération au musée Dupuytren. Si quelques cas sont liés à la syphilis, il faut reconnaître que la cause de cette affection rare est inconnue, son diagnostic très difficile et la thérapeutique impuissante.

Atrophie des os du crâne. — On constate quelquefois dans les autopsies un amincissement très marqué des os du crâne ; ceux-ci réduits à une simple lame papyracée sont devenus transparents et par places fibreux ; le diploé a complètement disparu. Tantôt cette altération est liée à une dilatation de la cavité, tantôt elle est la conséquence d'une résorption qui intéresse plusieurs os du squelette, ceux de la face en particulier. Cette altération fort mal connue est sans doute liée à une maladie constitutionnelle ; de nouvelles recherches sont nécessaires pour faire le jour sur ce point obscur de la pathologie des os du crâne.

2° — OSTÉITE TUBERCULEUSE DU CRÂNE

Bibliographie. — VOLKMANN, in *Centralblatt f. Chirurgie*, 1880, n° 1, p. 3. — KRASKE, *Ibid.*, n° 9, p. 305. — COUPARD, Thèse de Paris, 1882.

Avant le travail de VOLKMANN (1880), et la thèse de notre ami COUPARD (1882), la tuberculose des os du crâne était peu connue ; elle avait bien été signalée par RIED (1843), mais les faits publiés étaient restés isolés jusque-là.

Cette affection, plus fréquente dans la jeunesse et l'adolescence que chez l'adulte, rarement primitive, coïncide presque toujours avec d'autres manifestations de la tuberculose, en particulier avec les tubercules du cerveau comme c'était le cas pour une des pièces du musée du Val-de-Grâce. Au début, les malades accusent des douleurs circonscrites ou diffuses qui précèdent l'apparition d'une tumeur sur le frontal ou le pariétal. Les tubercules de la voûte sont rarement multiples (voy. fig. 15 et fig. 16) ; leur développement est rapide ; insensiblement la peau rougit et la tumeur présente quelquefois des battements isochrones au pouls, c'est là un indice de la perforation qui est presque la règle dans cette maladie. Ces perforations offrent d'ailleurs quelques caractères intéressants ; elles sont faites comme à l'emporte-pièce, assez régulièrement circulaires, larges de 2 à 3 centimètres ; les bords sont taillés en biseau aux dépens de la table interne toujours plus malade que l'externe. Enfin on constate assez souvent la présence d'un séquestre libre ou adhérent au pourtour de la perte de substance. A moins d'un centimètre de la perforation le crâne paraît absolument sain.

Il s'agit là, bien certainement, de foyers tuberculeux primitifs qui se ramollissent, suppurent et donnent naissance à des fistules d'autant plus persistantes qu'il existe très fréquemment un séquestre. En même temps que ces phénomènes se passent du côté de la table externe, le pus et la matière tuberculeuse s'accumulent sur la dure-mère et forment un véritable clapier. Quelquefois même la dure-mère tuberculeuse est tapissée de fongosités.

Abandonnée à elle-même l'ostéite tuberculeuse du crâne peut guérir, mais

habituellement elle continue sa marche, ou bien le malade succombe à quelque autre manifestation de la tuberculose.

L'existence d'une tumeur molle, douloureuse, fluctuante et adhérente au crâne, survenant sans cause appréciable chez un jeune sujet lymphatique, éveillera l'idée d'une carie tuberculeuse de la voûte. La coïncidence d'autres tubercules en divers points du corps lève tous les doutes. Mais si l'accident du crâne est primitif, le diagnostic est très difficile, on y arrivera par exclusion.

Le pronostic est relativement grave, parce qu'aux dangers de la tuberculose

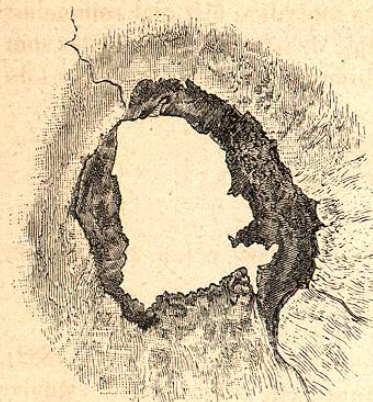


Fig. 15. — Perforation du crâne d'origine tuberculeuse vue par la face interne taillée en biseau. (Musée du Val-de-Grâce.)

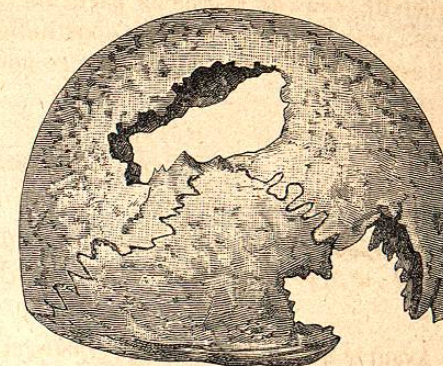


Fig. 16. — Deux perforations du crâne par des tubercules circonscrits ; il existait en même temps un tubercule du cerveau. (Musée du Val-de-Grâce.)

locale s'ajoutent ceux qui résultent du voisinage immédiat des méninges et de l'encéphale. De plus, la forme de tuberculose qui atteint le crâne nous a paru généralement grave ; aussi pensons-nous qu'on doit, de bonne heure, enlever et râcler les foyers, trépaner s'il le faut pour faire disparaître toutes traces de fongosités tuberculeuses et dépasser les limites du mal.

3° LÉSIONS SYPHILITIKES DU CRÂNE

Bibliographie. — COSTES, *J. de Bordeaux*, août 1852. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, 1853, p. 268. — SUCHANEK, *Prager Vierteljahrschrift*, 1864, t. IV, p. 383 ; *Archives de Virchow*, B. XV, 1858, p. 236. — RUSSELL, *Brit. Med. J.*, 1860. — LEE, *The Lancet*, 1861, t. 1^{er}. — HASE, *De ostite gummosa*, Dissert., Halle, 1864. — VÉDRENE, *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1868, p. 42. — PEPPER, *Amer. J.*, 1871, p. 441. — HUTCHINSON, *The Lancet*, 1872, II, 607. — PARROT, in *Progrès méd.*, 1878, p. 156, et *Progrès méd.*, 1879, n° 19 ; — *The Lancet*, 1881, t. 1^{er}. Thèse de Paris. — 1874, MOSCOVITZ. — Voir tous les traités spéciaux.

Les développements qui ont été donnés ailleurs à l'ostéite syphilitique, nous permettront d'esquisser brièvement les traits principaux de ces lésions.

Le crâne est un lieu d'élection des manifestations syphilitiques, ce que HUNTER attribuait à la proximité des téguments et au refroidissement du virus. Parmi les accidents, les uns précoces, apparaissent même peu de temps après le chancre; ce sont les périostites déjà décrites, très douloureuses et qui généralement disparaissent peu à peu, ne laissant à leur place qu'une petite couche ostéophytique (péricranite ossifiante des auteurs); elles ont été étudiées par MARTINEAU, SUCHANEK.

L'altération la plus intéressante est assurément la périostéite gommeuse; celle-ci débute assez souvent entre le périoste et l'os, s'insinue ensuite par un pertuis dans le diploé à travers la table externe ou interne et là, détermine des ravages assez graves en décrivant des volutes hélicoïdales autour d'un axe qui

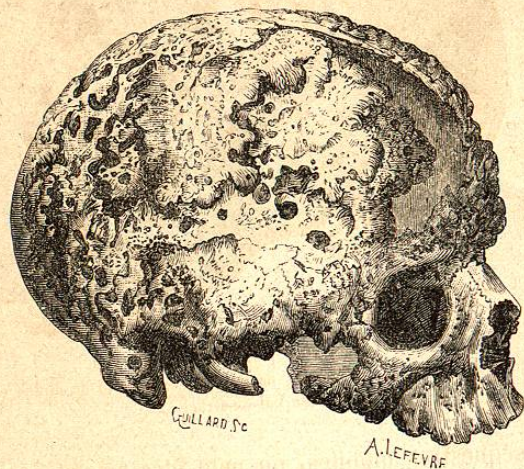


Fig. 17. — Syphilis du crâne avec perforations. (Musée du Val-de-Grâce.)

se sclérose et se nécrose assez fréquemment. Nous rappelons seulement la disposition serpigineuse, semi-annulaire, caractéristique de cette variété d'ostéite.

La gomme du crâne peut se guérir sans suppurer; dans d'autres circonstances le tissu gommeux se caséifie, se ramollit et engendre des fistules interminables souvent entretenues par la présence d'un ou de plusieurs séquestres. Ceux-ci sont toujours sclérosés, parfois volumineux, et présentent l'aspect d'un bois rongé par des xylophages. Lorsque l'altération est très prononcée, tout le diploé disparaît sur une surface plus ou moins grande, il en résulte une perforation.

La proximité des méninges explique suffisamment la possibilité de l'endocranite gommeuse consécutive à la péricranite; d'autres fois, l'affection débute par la face profonde et la dure-mère; la perforation du crâne se fait alors de dedans en dehors. Il est plus rare de voir l'affection gommeuse occuper le péricrâne, la dure-mère et le diploé en même temps; ces cas ne sont pas longtemps compatibles avec l'existence. Les complications cérébrales constituent en effet le danger de cette affection qui est curable à toutes les périodes, avec

une tendance marquée à l'éburnation. Les altérations syphilitiques des méninges et du cerveau sont du ressort de la pathologie interne. Mentionnons encore les exostoses qui ont presque toujours une origine syphilitique.

Quant au craniotabes, aux éminences natiformes, caractéristiques de la syphilis héréditaire, il en a été question à propos du rachitisme et nous y renvoyons le lecteur.

Le traitement antisiphilitique doit être institué aussitôt que possible. Outre

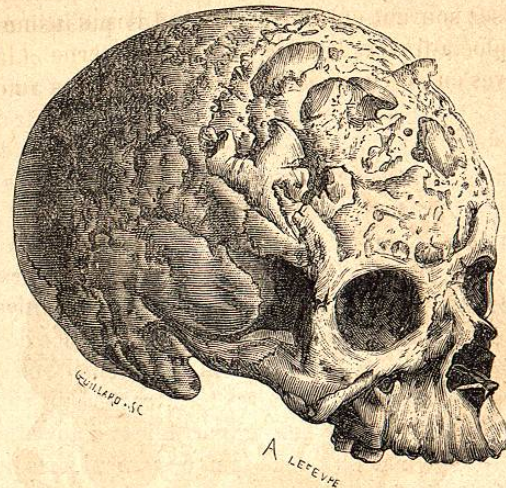


Fig. 18. — Syphilis du crâne; altérations étendues de la table externe et du diploé en voie de guérison. (Musée du Val-de-Grâce.)

l'extraction des séquestres mobiles, on peut être amené, par l'impossibilité d'enlever les séquestres nécrosés et pour remédier à des accidents compressifs, à appliquer, comme LEE et GOSSELIN, une ou plusieurs couronnes de trépan.

§ 2. — Altérations des artères et des veines du crâne

1° ULCÉRATIONS DES ARTÈRES DE LA BASE DU CRÂNE

Bibliographie. — JOLLY, *Arch. gén. de médecine*, 6^e S., t. VIII, p. 13, et 1870, t. I^{er}, p. 171. — GENOUVILLE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1864, 2^e S., t. IX, p. 380. — BROUARDEL, *Soc. anat.*, 1866, t. XI, p. 212. — MARCÉ, Thèse de Paris, 1874. — LE DENTU, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 573. — HESSLER, *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1882, t. XVIII, p. 1. — MONOD, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 666.

La carie des os de la base du crâne, qu'elle soit tuberculeuse, syphilitique ou de toute autre nature, qu'elle soit développée primitivement dans les os ou propagée à ceux-ci, expose à l'ulcération des vaisseaux artériels et veineux. Cette redoutable complication a été observée sur la carotide interne, la méningée moyenne, la veine jugulaire et les sinus.

Ulcerations de la carotide interne. — La carie du rocher, consécutive à une

otite moyenne suppurée est la cause la plus fréquente de cet accident. Les notions que nous possédons sur ce sujet sont consignées dans les mémoires de JOLLY, MARCÉ, HESSLER, MONOD : HESSLER a pu en réunir dix-neuf observations. Tandis que pour JOLLY la perforation du vaisseau serait consécutive à son érosion par un séquestre, comme dans le cas de BAIZEAU, MARCÉ pense avec raison que l'action corrosive du pus tuberculeux suffit pour produire cette altération. Il faut reconnaître avec LE DENTU que la situation de l'artère qui baigne au milieu d'un foyer putride, dans un canal inextensible, dénudé, est éminemment favorable à l'usure de la paroi. Les pulsations du vaisseau ne nous paraissent pas étrangères à l'ulcération.

D'après HESSLER, la perforation aurait un siège constant au niveau du coude que fait l'artère dans le canal carotidien; MONOD fait intervenir une modification de la tension artérielle due à l'élargissement partiel et à la destruction du canal. Suivant MARCÉ on peut constater une ou deux ulcérations qui siègeraient en des points divers; l'érosion, qui dépasse rarement quelques millimètres, est tantôt béante, tantôt obturée par un caillot. Ajoutons que la communication avec l'oreille n'est pas toujours nettement établie, et il y aurait dans un certain nombre de cas une sorte de cavité intermédiaire primitivement pleine de pus, sous la base du crâne; TERRIER a constaté l'existence de ce foyer.

En général l'affection débute brusquement, et rarement on constate comme prodrome une exacerbation des douleurs. Le caractère pathognomonique de cette affection est l'intermittence des hémorragies; d'abord peu abondantes, elles s'arrêtent d'elles-mêmes ou par le tamponnement. Les hémorragies successives apparaissent ainsi pendant plus ou moins longtemps et sous la moindre influence, la toux par exemple. La mort en est la terminaison constante après un temps qui varie entre quelques jours et quelques semaines. Un enfant, dont PORTER relate l'histoire, vécut encore treize semaines après la première hémorragie. L'anémie aiguë qui succède à chaque réapparition du sang, l'épuisement, l'hémiplégie notée par MARCÉ, et peut-être l'évolution plus rapide de la tuberculose, sont les causes ordinaires de la mort des malades.

Si le diagnostic de l'hémorragie ne présente pas de difficultés, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'établir la source d'où elle provient. La couleur du sang, l'écoulement saccadé, l'effet de la compression de la carotide du côté correspondant, sont de bons signes différentiels. Cependant l'erreur est possible, puisque SYME lia la carotide primitive pour une hémorragie du sinus pétreux-supérieur.

Que convient-il de faire en présence d'une hémorragie de cette nature? Peut-on espérer l'arrêter par le tamponnement? Assurément, mais ce moyen douloureux, essentiellement palliatif n'a qu'une efficacité provisoire et permettra au chirurgien de faire les préparatifs nécessaires pour la ligature de la carotide interne ou primitive. La ligature des deux bouts étant impossible, la ligature à distance est la seule ressource; elle échoue malheureusement trop souvent, parce que le cours du sang se rétablit par le bout périphérique, grâce aux anastomoses de la base du crâne. Plusieurs fois, notamment dans un cas de BROCA, l'hémorragie n'a pas reparu après la ligature; jusqu'ici il n'existe aucun exemple de guérison définitive.

Les ulcérations de l'artère méningée moyenne, signalées par WOOD, TOULMOUCHE, sont encore peu connues.

2° *Ulcérations des sinus.* — La plupart des sinus qui avoisinent la base du crâne ont été ulcérés par suite de la carie des os; celle du rocher est encore ici la plus commune. HUGUIER (1851), SYME ont constaté la lésion du sinus pétreux supérieur. KOPPE, TRÖLTSH, COURTIN, WREDEN celle du sinus latéral. C'était le golfe de la veine jugulaire dans un cas de TOYNBEE.

Les caractères de l'hémorragie, presque toujours fatale, diffèrent un peu de ceux de l'érosion carotidienne; le sang, moins rutilant, ne sort pas par saccades. La thrombose et la phlébite des sinus enlèvent presque toujours les malades, quand ils ne meurent pas par hémorragie, comme dans les cas de COURTIN, WREDEN, HUGUIER. Le tamponnement de l'oreille, s'il est supporté, les injections froides ou astringentes sont les seuls moyens de traitement auxquels on puisse recourir en pareille circonstance.

2° ANÉVRYSMES

A. — ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE MÉNINGÉE MOYENNE

Bibliographie. — KRIMER, *Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie*, 1874, t. IV, p. 477. — CHASSAIGNAC, *Des tumeurs de la voûte du crâne*, Paris, 1848. — SMITH, *Amer. J. of Med. Sc.*, 1873, p. 401. — GAMGEE, *The Lancet*, 1875, vol. I^r, p. 535.

Ces tumeurs ont presque toujours une origine traumatique; dans un cas de GAMGEE l'anévrisme succéda à une plaie par instrument piquant et à la lésion de l'artère par une petite esquille osseuse. KRIMER, STEPHEN SMITH ont publié des faits d'anévrisme de la méningée consécutifs à des coups. Cependant il existe quelques exemples d'anévrismes spontanés.

On les observe dans tous les points du tronc et des branches de la méningée; ils se développent également du côté du cerveau et des os qu'ils usent insensiblement et peuvent même perforer. Sur une pièce du musée du Val-de-Grâce, la petite tumeur siège presque exclusivement dans le diploé, la table externe est encore intacte. Jamais ces anévrismes n'acquièrent un grand volume, car les plus gros ne dépassent pas les dimensions d'un œuf de pigeon. Les symptômes sont presque exclusivement subjectifs, à moins que l'anévrisme n'ait perforé le crâne, auquel cas il a de grandes analogies avec les tumeurs vasculaires des parties molles de la région. Parmi ces symptômes, les plus caractéristiques sont assurément les pulsations et le bruit de souffle que perçoit le malade, et qui l'incommodent beaucoup. Lorsque la tumeur s'est portée du côté du cerveau, il n'est pas étonnant, comme dans le cas de GAIRDNER, de constater des troubles cérébraux, de la somnolence, la paralysie des nerfs de la face, la surdité et même le coma. Si l'os est perforé, la compression de la carotide primitive détermine l'affaissement de la tumeur, et le doigt peut alors percevoir les bords de la perte de substance osseuse.

On comprend quelles difficultés présente le diagnostic de ces anévrismes, quand il n'y a pas encore perforation. Il est possible de reconnaître le caracté-

tère pulsatile de la tumeur; mais s'agit-il d'un anévrisme ou d'une de ces productions néoplasiques assez communes dans cette région, et qui ont la même marche, la même tendance à perforer le crâne? C'est ce qu'il est difficile de préciser. Ainsi le sarcome des os ou de la dure-mère affecte les mêmes allures, et de fait plusieurs auteurs se sont mépris sur la véritable nature du mal. KREMnitz, se croyant en présence d'un anévrisme, lia la carotide primitive dans un cas de sarcome. Lorsque la tumeur présente un volume un peu considérable, il est plus exact de penser à autre chose qu'à un anévrisme; de plus, la compression de la carotide du côté correspondant permettra de reconnaître le degré d'affaissement, toujours moindre dans le cas de sarcome que dans l'anévrisme.

Le traitement est médical ou chirurgical; le premier est peu efficace (méthode de VALSALVA); le traitement actif ne comporte que la compression ou la ligature par le procédé de HUNTER; CONSOLINI a guéri une de ces tumeurs par la compression digitale de la carotide. HEINEKE donne ici la préférence à la ligature de la carotide primitive. Il serait encore possible, si l'anévrisme n'est pas trop bas, de porter un fil, par le procédé de P. VOGT ou de G. MARCHANT, sur l'artère méningée elle-même, au moyen d'une couronne de trépan.

B. — ANÉVRYSMES DE LA CAROTIDE INTERNE INTRA-CRANIENS

Bibliographie. — P. VOGT, in *Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie*, Bd. II, n°2, 1872. — HOLMES, *Syst. of Surgery*, 1870, V. III, p. 580. — HEINEKE, in BILLROTH et LUCKE, *Deutsche Chirurgie*, Lief. 31. — HUTCHINSON, *The Lancet*, 1875, vol. I^{er}, p. 546. — HUMBLE, *Ibid.*, vol. II, p. 489 et 874, 1875. — GRÜNIG, in *Arch. f. Ohrenheilk.*, 1876, t. V. — JEAFFRESON, *The Lancet*, 1879, vol. I^{er}, p. 329. — BULL, in *Revue de HAYEM*, t. XV, 1880, p. 548.

Thèses de Paris. — 1866, GOUGUENHEIM. — 1870, DELENS.

On connaît deux variétés d'anévrismes de la carotide interne : 1° les anévrismes vrais; 2° les anévrismes artério-veineux.

Anévrismes vrais. — Ces tumeurs, fort rares, siègent ordinairement au niveau de la selle turcique. Bien que le traumatisme soit invoqué dans quelques cas, en règle générale la tumeur se développe spontanément. D'après HOLMES, ces anévrismes sont susceptibles d'acquies les dimensions d'une noisette ou même d'une noix.

Tantôt les symptômes apparaissent brusquement, tantôt lentement; ce sont de vives douleurs, des battements douloureux dans la tête et un bruit de souffle fort désagréable, isochrone au pouls. Du côté de l'œil, la compression constante des nerfs qui traversent le sinus caverneux détermine du ptosis, du strabisme, de la diplopie. Dans le cas de JEAFFRESON la veine angulaire externe gauche, augmentée de volume, décrivait de nombreuses flexuosités. HUTCHINSON a noté l'anesthésie des téguments de la face, et JEAFFRESON une dilatation vaso-motrice des capillaires. Le stéthoscope appliqué au grand angle de l'œil ou sur la surface du crâne, permet de percevoir un bruit de souffle

intermittent que la compression de la carotide du côté correspondant fait disparaître partiellement.

La marche de ces tumeurs est généralement progressive et la mort succède assez souvent à la rupture de la tumeur; dans le cas de HUTCHINSON il s'était formé un abcès au voisinage de l'anévrisme. La malade de HUMBLE guérit spontanément et presque subitement; celle de JEAFFRESON, malgré la ligature de la carotide primitive succomba. On a conseillé l'iodure de potassium à l'intérieur; ses effets sont très incertains. La compression ou la ligature de la carotide primitive essayées plusieurs fois, sont indiquées en pareil cas.

Anévrismes artério-veineux. — Ils ont été particulièrement étudiés par NÉLATON, HENRY et DELENS. Cette variété d'anévrismes s'explique par les rapports de voisinage de la carotide et du sinus caverneux. L'étiologie est constamment traumatique; parmi les causes ordinaires citons : les fractures de la base du crâne, les ulcérations et les perforations de la carotide par des esquilles, les coups de manche de parapluie. HOLMES note un cas d'anévrisme artério-veineux produit par des grains de plomb. DELENS pense que cette affection peut encore se développer spontanément.

La paroi du sac constituée par celle du sinus caverneux distendu est adhérente aux méninges, et souvent infiltrée par le sang. La veine ophtalmique est flexueuse, augmentée de volume; les rapports intimes de la tumeur avec les nerfs craniens expliquent le gonflement de leur névrilemme.

Le début est habituellement brusque, même dans les cas supposés spontanés et le malade perçoit un bruit de souffle assez gênant, surtout la nuit. De bonne heure apparaissent des douleurs de tête continues et des phénomènes paralytiques des nerfs de l'orbite. Au bout de peu de temps, on constate de l'exophtalmie, de l'œdème des paupières, la dilatation anormale des veines superficielles et en particulier de la veine angulaire. Tout le globe de l'œil est animé de pulsations et si l'on applique le stéthoscope à la partie inférieure du globe et même sur les parties environnantes, l'oreille entend un bruit de souffle continu avec renforcement caractéristique qui cesse quand on comprime la carotide primitive du côté correspondant.

Ces anévrismes artério-veineux constituent une affection sérieuse : si leur marche est ordinairement lente, elle n'en est pas moins progressive; tôt ou tard les vaisseaux de l'orbite, principalement les veines sont notablement altérées. La thérapeutique active reste d'ailleurs grave par elle-même et la récurrence a été notée.

En dehors des cas où la communication entre l'artère et le sinus est probable, le diagnostic devient impossible; trop souvent on peut confondre cette affection à sa période d'état avec une tumeur pulsatile de l'orbite. Le bruit de souffle continu avec renforcement, l'exophtalmie, différencient l'anévrisme artério-veineux de l'anévrisme carotidien simple.

Si l'on veut essayer le traitement interne, c'est à la méthode de VALSALVA qu'il faut donner la préférence. HOLMES a employé le seigle ergoté; NÉLATON dans un cas célèbre, consécutif à un coup de parapluie, a lié la carotide primitive. La compression digitale de cette artère continue ou intermittente sur le tubercule carotidien devra être préalablement essayée.