

pagnent de troubles nerveux, crises épileptiformes, paralysies incomplètes. Exceptionnellement on a vu des exostoses, même considérables, ne déterminer aucun trouble appréciable; enfin, dans certains cas, les troubles nerveux sont moins nets, ils simulent ceux d'une méningite, d'une hémorragie cérébrale, et si une exostose superficielle ne vient pas donner l'éveil, on ne saurait les rapporter à une compression exercée par une énostose.

Tels sont les symptômes auxquels donnent lieu les diverses manifestations de la syphilis crânienne. Le diagnostic ne présente généralement pas de diffi-

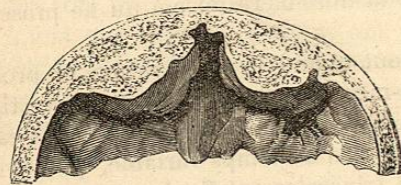


FIG. 210. — Enostose du crâne.
(Musée Dupuytren.)

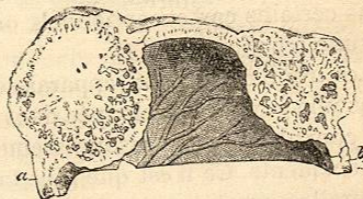


FIG. 211. — Exostose parenchymateuse.
(Musée Dupuytren.)

culté quand les lésions se développent dans le péricrâne. Quand elles siègent à la face interne, l'apparition de crises épileptiformes doit de suite éveiller l'idée de compression, mais il est souvent impossible, en présence de ce symptôme, de dire s'il est sous la dépendance d'une lésion uniquement osseuse agissant sur l'encéphale, ou s'il dépend d'une lésion de l'encéphale lui-même.

Quant au pronostic, il dépend essentiellement du siège et de l'étendue des lésions, et se trouve adouci par l'efficacité presque constante du traitement spécifique, qui, institué à temps, prévient les lésions, et, plus tard, arrête leur évolution.

2° SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Les lésions du crâne comptent parmi les plus fréquentes des lésions osseuses de la syphilis héréditaire et existent à peu près dans les trois quarts des cas. Elles revêtent deux formes : ULCÉREUSE et OSTÉOPHYTIQUE.

La forme ULCÉREUSE, la plus commune, se montre surtout sur les enfants très jeunes. Le frontal et les pariétaux sont les os les plus souvent atteints, l'occipital l'est très rarement. Les lésions siègent autour du bregma, du côté opposé au décubitus, et débutent plus souvent par la table externe que par la table interne. L'ulcération est tantôt régulière, taillée comme à l'emporte-pièce, tantôt, au contraire, ses bords sont très déchiquetés; son étendue est généralement en raison inverse de sa profondeur, et celles qui perforent l'os dans toute son épaisseur sont les plus étroites. On a signalé, chez l'enfant, des perforations d'un autre ordre, qui débutent par la table interne, amènent un amincissement considérable de la table externe, qui n'est réellement perforée que dans une très petite étendue, 1 millimètre à peine. Ces lésions sont regardées par Parrot, comme une manifestation de la syphilis héréditaire, mais la plupart des auteurs les considèrent comme absolument indépendantes. Pour Parrot, les os du crâne sont beaucoup moins résistants chez un syphilitique héréditaire, et la pression seule du cerveau amènerait une usure de l'os, ana-

logue à celle que produit l'anévrisme. Ainsi s'explique la fréquence de ces perforations à la partie postérieure du crâne, au niveau de l'occipital, qui supporte le poids du cerveau, dans le décubitus dorsal. Contrairement à Elssässer, Parrot pense que ces lésions pourraient être congénitales, et siègeraient alors au niveau du bregma.

La FORME OSTÉOPHYTIQUE se rencontre chez des enfants plus âgés, et ici encore c'est à la table externe que les lésions sont le plus accentuées, bien que, surtout chez les jeunes enfants, la table interne puisse être atteinte. Les *ostéophytes* représentent des *plaques lenticulaires*, plus épaisses au centre qu'à la périphérie, formées par un tissu spongieux, très vasculaire, contenant des trabécules osseuses, et s'incrustant quelquefois de sels calcaires, qui lui donnent une grande dureté. Ces ostéophytes ne se montrent jamais sur l'occipital; ils siègent surtout au niveau du frontal et des pariétaux, et forment quatre saillies symétriques, séparées par des sillons, qui donnent au crâne un aspect spécial, que Parrot a désigné sous le nom de CRANE NATIFORME.

En même temps que se produisent ces ostéophytes, on peut voir des *sutures précoces* s'établir entre les différents os. Ces *sutures précoces* n'existent généralement qu'en certains points, mais quand elles sont nombreuses, elles amènent une diminution considérable de la capacité crânienne, qui s'oppose au complet développement du cerveau, et aboutit souvent à l'idiotie⁽¹⁾.

Parrot a de plus remarqué, dans certains cas, de véritables *segmentations des os*, auxquelles la syphilis ne serait peut-être pas étrangère.

Ces lésions crâniennes de la syphilis héréditaire sont tellement caractéristiques, que la constatation seule de la déformation du crâne a permis de diagnostiquer la syphilis, à la vue de certains crânes péruviens, antérieurs à l'arrivée des Espagnols dans le Nouveau Monde.

Ces lésions crâniennes de la syphilis héréditaire présentent une grande gravité, surtout à cause de l'obstacle qu'elles mettent souvent au développement de l'encéphale. Heureusement, le traitement les modifie sensiblement, aussi doit-il être appliqué rigoureusement, même chez le nouveau-né, auquel on peut sans inconvénient, d'après Parrot, faire prendre 2 grammes de liqueur de Van Swieten par jour.

§ III. — TUMEURS DES TÉGUMENTS DES OS DU CRANE, DES MÉNINGES ET DU CERVEAU

Nous décrirons successivement :

- I. Les tumeurs de parties molles ou des téguments du crâne;
- II. Les tumeurs des os du crâne;
- III. Les tumeurs vasculaires des méninges;
- IV. Les tumeurs crânio-méningo-cérébrales, et cérébrales proprement dites.

(1) Dans ces cas de suture précoce, on sera autorisé à tenter l'opération pratiquée cette année par Lannelongue, la *crâniectomie dans la microcéphalie* (Acad. des sciences, 1896).

I

TUMEURS DES TÉGUMENTS DU CRANE

Tous les tissus ou les éléments qui entrent dans la composition du cuir chevelu, peuvent être le point de départ de tumeurs. Ces tumeurs pourraient être classées, suivant leur siège, dans la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-aponévrotique. Cette classification clinique facilite la description de ces tumeurs. Il nous semble plus scientifique de les envisager d'après leur origine et de les ranger en trois catégories :

Tumeurs dérivées du tissu conjonctif;

Tumeurs provenant de l'épithélium;

Tumeurs vasculaires.

Cette classification, dont les éléments sont empruntés à Terrier et à Kœnig, n'est cependant pas irréprochable, car elle ne sépare pas les tumeurs bénignes des tumeurs malignes.

A. — TUMEURS DÉRIVÉES DU TISSU CONJONCTIF

a. HYPERTROPHIE DE LA PEAU (ÉLÉPHANTIASIS). — La région occipitale est quelquefois le siège d'une sorte d'hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, pouvant acquérir un volume énorme.

Cette affection est rare; Böhm, Al. Auvert, Robert (de Chaumont), Thirion, en ont rapporté des exemples. Bœckel lui donne le nom d'*éléphantiasis du cuir chevelu*.

ROBERT (de Chaumont), Hypertrophie du cuir chevelu. *Journal de chirurgie*, 1845, p. 125. — THIRION, Tumeur formée chez la femme. *México-chirurgie*, 1852, t. XI, p. 100. — BÖHM, BRÜNS Hypert. der Kopfhaut. *Handb. der prakt. Chir.*, Bd. I, S. 90. Tubingue, 1854. — FOLLIN et DUPLAY, Traité, t. III, p. 569. — W. HEINECKE, Jäsegeschwüls, Fibrome. *Handb. der allgem. u. spec. Chir. von Pitha u. Billroth*, Bd. III, Abth. 41, H. II, S. 53. Erlangen, 1875. — TERRIER, Manuel de pathologie et de clinique, p. 218. — KÖNIG, Traité de pathologie chirurgicale spéciale, 1888, t. I, p. 172.

Pour Kœnig, sa lésion initiale consisterait, tantôt en un œdème du tissu sous-cutané avec allongement des téguments, tantôt principalement en une dégénérescence éléphantiasiforme de la peau; cette hypertrophie s'observe surtout chez la femme, et le poids de la chevelure, les manipulations de la frisure ont été invoqués (Kœnig).

« La maladie débute ordinairement à la région occipitale par une tuméfaction des téguments, qui augmente graduellement, de manière à former une espèce de bourrelet divisé par des plis transversaux, se continuant insensiblement en avant et latéralement avec la peau du cuir chevelu, et retombant en arrière, comme une sorte de besace, sur la peau environnante. Cette tumeur est molle, pâteuse, elle est mobile et peut être prise à pleines mains. Elle est complètement indolente et ne gêne que par son volume, et par la difformité qu'elle occasionne » (Duplay).

Le traitement consiste à exciser transversalement un large lambeau de la tumeur, et à réunir les bords de la plaie; cette opération, qui devint nécessaire

dans les cas de Böhm et de Robert (de Chaumont), nous semble supérieure, surtout avec l'antisepsie, aux injections de teinture d'iode, à la compression, qui cependant a donné un succès entre les mains de Thirion.

b. PRODUCTIONS CORNÉES. — FIBROMES. — LIPOMES. — Ces tumeurs ont été décrites dans une autre partie de cet ouvrage; il suffit de faire ressortir les particularités inhérentes à leur siège crânien.

Les TUMEURS FIBROMATEUSES sont très rares. Le *fibrome* peut être simple, unique, comme dans les observations de Richerand, de Bruns, Stokes, Lucke, Van Engeler.

Christiani a décrit un névrome constitué par cinq tumeurs siégeant sur les grands nerfs occipitaux.

Chipault signale encore un neuro-fibrome cutané, dans lequel les petites tumeurs du cuir chevelu coexistent avec des tumeurs analogues disséminées sur toute la surface du corps: ils sont développés aux dépens des terminaisons dermiques des nerfs et sont assez difficiles à distinguer des lipomes multiples de même siège.

A côté de ces tumeurs multiples fibromateuses, il faut mentionner les tumeurs diffuses, la *neuro-fibromatose plexiforme* et la *lymphangio-fibromatose diffuse*.

Chipault a pu réunir 29 observations de névrome plexiforme du cuir chevelu: il occupe généralement les parties latérales du crâne, depuis une ligne allant de l'angle interne de l'orbite à la protubérance occipitale externe. Il se présente sous la forme d'une masse de volume variable, mamelonnée, ou bien pédiculisée en bourrelets superposés. Cette tumeur est mobile sous la peau et sur les parties profondes, pâteuse, molle, et contient, signe pathognomonique, des cordons enchevêtrés et des noyaux plus abondants au niveau de son insertion que dans ses parties périphériques: elle est indolente: elle coexiste avec d'autres tumeurs similaires. Son origine est congénitale.

La lymphangio-fibromatose est constituée par l'hypertrophie du tissu fibreux dermique et sous-cutané, ainsi que des espaces lacunaires lymphatiques qu'il contient: elle se distingue du névrome plexiforme par l'absence d'altération des nerfs, et par l'envahissement immédiat de la peau. Elle se localise le plus souvent au vertex ou à la région occipitale supérieure. Elle forme au début une ou plusieurs saillies verruqueuses: plus tard, lorsqu'elles se pédiculisent, elles présentent l'aspect d'anses intestinales ou de circonvolutions cérébrales: il semblerait à les voir, suivant la comparaison très juste de Lisfranc, qu'on ait sous les yeux le cerveau mis à nu (Chipault).

Les VERRUES du cuir chevelu s'observent surtout chez les gens âgés: ce sont de vrais papillomes, qui tantôt revêtent la forme de *verruques molles et saignant très facilement*, tantôt présentent à leur surface des *excroissances en forme de corne*, dues à une hypertrophie de l'épithélium; ces papillomes sont parfois le point de départ de tumeurs volumineuses (Kœnig, Virchow, Chipault).

Les LIPOMES sont multiples ou solitaires, pédiculés ou étalés: le lipome pédiculé est rare; le *lipome étalé* s'observe sous l'aponévrose temporale ou dans la région frontale: dans ce dernier cas, il occupe la partie la plus élevée et externe de la bosse frontale, et la pression du chapeau a été incriminée, comme favorisant son apparition (lipome du chapeau).

Lorsqu'il occupe la région temporale, le lipome se présente sous la forme d'une tumeur large qui, grâce à l'aponévrose fortement tendue qui la recouvre, est très élastique, et peut même donner la sensation de fluctuation (Kœnig).

Dans une étude intéressante Chipault a réuni 55 observations de lipomes sous-épicroaniens. Six étaient congénitaux. Leur moment d'apparition est surtout de quarante à soixante ans chez l'homme. Chez une malade de Rosser la tumeur tombait jusqu'aux genoux.

B. — TUMEURS PROVENANT DE L'ÉPITHÉLIUM

1. KYSTES DU CUIR CHEVELU. — Sous ce nom, les auteurs classiques distinguent les *kystes séreux*, les *kystes dermoïdes* et les *kystes sébacés ou loupes*. Dans ce chapitre nous n'étudierons que les loupes; en voici les raisons :

Les *kystes séreux* se rattachent pour la plupart à l'histoire de la *méningocèle* : le fait rapporté par Billroth d'un *kyste séreux* occupant l'occiput d'un nouveau-né, et situé dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans connexion avec les os (qui n'étaient ni perforés ni amincis), *reste toujours comme une exception*, et nous sommes disposé à accepter l'hypothèse de Terrier, qui considère ce cas comme un épanchement traumatique de sérosité, peut-être en rapport avec le traumatisme de l'accouchement.

Les *kystes dermoïdes*, étant liés à l'évolution de la paroi crânienne, et présentant des adhérences plus ou moins étendues avec les os, rentrent pour nous dans la catégorie des tumeurs des os du crâne.

Les *kystes glandulaires du cuir chevelu ou loupes* sont produits par l'oblitération du conduit excréteur des glandes sébacées, et par l'accumulation dans la cavité de la glande du produit de sécrétion. Sous l'influence de cet apport incessant de matériaux épidermiques, le kyste sébacé se développe et peut acquérir de grandes dimensions. Rien de plus divers que le volume de ces kystes, qui varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un gros œuf de poule. Cooper cite un malade qui portait au vertex une loupe des dimensions d'un chapeau.

Les dimensions sont en rapport avec l'âge du kyste, et il est de règle, dans les cas de kystes multiples, de rencontrer de petites tumeurs, à côté de tumeurs moyennes et de loupes volumineuses. Le nombre de ces kystes est très variable : nous en avons enlevé 28 sur une même malade. Il résulte de nos observations que ces loupes sont surtout fréquentes chez la femme.

Toutes les questions relatives à l'anatomie et à la physiologie pathologique de ces tumeurs, à leurs transformations, à leurs symptômes et à leur diagnostic, ont été étudiées par notre collègue Broca. Nous renvoyons donc au tome I, page 605.

Un seul mot sur le traitement. Avant l'avènement de la méthode antiseptique, la crainte de l'érysipèle arrêta les chirurgiens, et ces tumeurs étaient ouvertes au moyen de caustiques (acide nitrique, pâte de Vienne, etc., etc.). Ces procédés sont abandonnés aujourd'hui, et l'énucléation après incision est devenue la méthode courante. *Ne laisser dans la plaie aucun débris du sac est une règle absolue.*

Dans les kystes non enflammés, il n'existe pas d'adhérence, et, avec une spatule ou une curette, il est aisé de circonscrire la tumeur, de la séparer du tissu cellulaire lâche qui l'entoure, et de l'enlever sans l'ouvrir; une dissection minutieuse est nécessaire dans les kystes adhérents.

Un procédé rapide consiste à plonger un bistouri à la base de la tumeur, à la

transpercer, et à la diviser en deux moitiés (des parties profondes vers la peau), qui sont successivement énucléées; l'inconvénient de ce procédé est de souiller le lit du kyste par des produits de rétention et de nécessiter un lavage soigné.

Dans les kystes volumineux, il est bon de circonscrire, dans deux incisions elliptiques, un lambeau de peau qui restera adhérent au sac enlevé; de cette façon, on supprime l'excès de tégument qui, par suite de la distension qu'il a subie, se froisse, se ride et laisse après la suture une poche. Il ne faut pas ignorer cependant que cette peau qui paraît si lâche revient peu à peu sur elle-même, se rétracte et s'affronte définitivement bien.

La suture au catgut convient dans la plupart des cas.

Le pansement sera *occlusif* ou *contentif*. L'*occlusion* par du *collodion iodoformé* ou *salolé* suffit dans les cas de kystes isolés, de petit ou de moyen volume, c'est-à-dire permettant un affrontement exact de la peau, sans vide sous-jacent. Dans les conditions contraires, un pansement antiseptique compressif est nécessaire; l'iodoforme appliqué à proximité des fosses nasales gêne souvent les malades par son odeur; et une de nos opérées ne put supporter que le pansement au salol.

2. ÉPITHÉLIOMA OU CANCROÏDE DU CUIR CHEVELU. — L'épithélioma primitif diffus ou circonscrit des téguments du crâne est rare, comparé à sa fréquence sur la face (1); il succède le plus souvent à un papillome ou bien à une loupe qui, sous l'influence de l'irritation (dents du peigne), se transforme en cancroïde.

Le cancroïde s'observe chez *des personnes âgées, bien que Lossen* en ait rapporté un exemple chez une jeune fille de dix-huit ans.

L'ulcération (forme végétante ou serpigineuse) ne reste pas toujours limitée aux téguments, et peut se propager à l'os sous-jacent, amenant plus ou moins rapidement une perforation de la paroi crânienne (variété perforante).

Le docteur Alfred Pousson, agrégé de la Faculté de Bordeaux, a rapporté une observation intéressante d'*épithélioma perforant du pariétal gauche*, chez une femme de soixante et onze ans (Soc. de chir., 1889); l'os était perforé dans toute son épaisseur, mais la dure-mère était saine au-dessous de la tumeur (2).

Pour l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, le pronostic de ces tumeurs, nous renvoyons au tome I de cet ouvrage (*Épithélioma*, p. 361).

C. — TUMEURS VASCULAIRES DES TÉGUMENTS DU CRANE

Anévrysmes vrais, anévrysmes artério-veineux, anévrysmes cirsoïdes, angiomes, constituent la série complète des tumeurs vasculaires et pulsatiles des téguments du crâne. La circulation si riche de cette région, ses sources multiples et ses anastomoses, les changements si complets qu'elle subit durant la vie embryonnaire, les traumatismes enfin, dont elle est si souvent le siège, expliquent suffisamment la fréquence de ces affections. Et, pour certains, les quatre cinquièmes des tumeurs pulsatiles s'observeraient à l'extrémité céphalique.

(1) Sur 163 tumeurs du cuir chevelu et du crâne, Gurlt en compte 44; von Bergmann sur un total de 675 épithéliomas observés par Weber, Thiersch, Billroth, et à la clinique de Dorpat de 1842 à 1869, en compte 56, soit 5,35 pour 100. Heinecke sur 526 épithéliomas observés en douze ans à Erlangen, en trouve 54 siégeant au péri-crâne, soit 6,28 pour 100 (Chipault).

(2) Il y avait chez cette malade coexistence de cette tumeur du cuir chevelu, greffée sur une loupe, avec un épithélioma du sein; elle guérit de l'ablation de ces deux tumeurs.

L'intérêt de leur étude a séduit de nombreux auteurs, parmi lesquels nous citerons :

BALLINGALL, Clin. Lectures. Edinburgh, 1829. — CARLSWELL, *The Lancet*, 1856. — HOUSTON, *Gaz. méd. de Paris*, 1859. — PÉTREQUIN, Acad. des sc., 1845. — CHASSAIGNAC, Tumeurs de la voûte du crâne. Thèse de concours, 1848. — ROBERT, Thèse de Paris, 1851. — F.-M. VERNEUIL, Thèse de Montpellier, 1851. — DECÈS, Thèse de Paris, 1857. — BROCA, Traité des tumeurs, t. II, p. 551. — HEINE, *Vierteljahrschrift für pract. Heilkunde*, 1869. — TERRIER, Thèse d'agrég. de Paris, 1872. — ROTH, Angioma arteriale racemosum am Kopf. Francfort, 1875. — HEINECKE, *Handb. der allg. und spec. Chir. von Pitha u. Billroth*. Bd III, A. I, L. 1, H. II, S. 22, bibliogr. Erlangen, 1875. — RIZET, *Gaz. des hôp.*, 1878. — POINSOT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — RICHELOT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — DE SCHUTTELÈRE, Thèse de Paris, 1881. — LE FORT, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1^{re} série, t. XVII. — DU MÊME, art. CIRSOÏDES (tum. anévr.) du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1^{re} série, t. XXVII. — DE SANTI, Des tumeurs anévrysmales de la région temporale. *Arch. gén. de méd.*, nov. et déc. 1881. — FRANZ KÖNIG, Traité pratique de chirurgie. — POULET et BOUSQUET, Traité de pathologie externe, 1885. — TERRIER, *Revue de chir.*, 10 janv. 1890

1^o ANÉVRYSMES ARTÉRIELS

C'est, dans l'immense majorité des cas, à la suite d'un traumatisme, qu'on voit se développer les anévrysmes artériels proprement dits; cependant on pourrait en observer de spontanés, et de Santi en a cité trois exemples, dans son mémoire. Chute sur la tête, coup de pierre, coup de bâton, ou coup de poing, contusions multiples, en sont les causes les plus habituelles. Autrefois la saignée de l'artère temporale, aujourd'hui sortie de la pratique, en était fréquemment le point de départ.

Par son réseau vasculaire si étendu, la temporale l'emporte sur les artères voisines; aussi est-elle le siège ordinaire des tumeurs anévrysmales (Pétrequin, Decès, Malgaigne), Frestel, Ravet, Fisher, Fontagnères, de Santi (56 cas).

Plus rarement la lésion occupe la temporale profonde (Orioli, Dupuytren, Velpeau, Vidal), mais ces cas paraissent douteux à de Santi. Deslongchamps a vu un anévrysme de l'artère sus-orbitaire; Boyer et Laugier, de l'auriculaire postérieure; Malgaigne, Servier, Richelot, Poulet et Bousquet, de l'artère frontale; enfin l'occipitale n'en serait point exempte (Gichel, Willet, Poinsot, Lane, Lombard, Cisset, Olivariès, Rizzoli).

Symptômes. — Les anévrysmes présentent d'ailleurs peu de particularités : leur siège au niveau d'une cicatrice, leur volume qui peut égaler celui d'une noix, d'un œuf de poule et même d'une orange, surtout leur multiplicité. Cloquet et Malgaigne avaient déjà insisté sur ce fait; l'artère peut revêtir un aspect uniforme, et ses deux bouts présentent souvent une dilatation cylindrique très marquée.

Tantôt la tumeur peut guérir spontanément, par le dépôt sur les parois du sac, de caillots actifs; tantôt, et le plus souvent, elle s'accroît lentement; le sac contracte des adhérences avec la peau, et l'on a pu observer sa rupture, généralement bénigne, car la compression en est facile (Paletta, Bryant, König).

Diagnostic. — Les antécédents, le siège de la tumeur, ses caractères au toucher et à l'auscultation en rendront le *diagnostic* aisé. Cependant un anévrysme de la temporale profonde, dont les battements sont amoindris et masqués par l'aponévrose temporale, pourrait être confondu avec un anévrysme de l'artère méningée moyenne, après perforation de la boîte osseuse. Mais ici on constatera,

au contraire, l'absence de lésions osseuses derrière la tumeur, dont le volume s'affaîssera par la compression de la temporale. A rapprocher de ce cas, le fait plus rare d'un fungus de la dure-mère, que les mêmes remarques permettront facilement d'écarter; malgré la confusion commise en pareil cas pour de Santi, par les auteurs qui ont rapporté des exemples d'anévrysmes de la temporale profonde, l'anévrysme artério-veineux aura pour lui son souffle continu avec renforcement, et thrill caractéristique. L'angiome s'accompagnera le plus souvent d'un nævus nettement reconnaissable; d'ailleurs, il n'aura ni souffle, ni battements aussi marqués. Signalons enfin l'erreur de Fretel, Halb, Barbette, March, Willet, qui prirent pour un kyste un anévrysme artériel spontanément oblitéré, et dont les battements avaient disparu.

Traitement. — Diagnostic aisé, pronostic bénin, traitement facile aussi pour Broca, car ces tumeurs sont superficielles, d'un petit volume, et voisines d'une surface osseuse, où l'on peut les comprimer. Cependant nombreux sont les moyens de guérison proposés. Deslongchamps a obtenu un succès avec le perchlorure de fer, employé par la méthode endermique. Parezi et Rizet se sont utilement servis des injections coagulantes, dans le sac. Pétrequin a essayé de la galvano-puncture; Murat et Fontagnères, de la cautérisation du sac avec la pâte de Canquoin. La suture entortillée, pratiquée sur deux épingles passées en croix sous le tronc de l'artère, a réussi dans les mains de Fleming et de Malgaigne. Mentionnons, pour la déconseiller, la compression indirecte, douloureuse, souvent dangereuse et presque toujours inefficace; même observation pour la ligature de la carotide primitive, malgré l'exemple de Barrier.

Restent les méthodes qui paraissent les plus rationnelles : la compression directe: la ligature de l'artère, à la manière d'Anel, très près de la tumeur, conseillée par Broca, mais dont l'efficacité a été mise en doute; enfin et surtout la ligature médiante à travers la peau, vantée par König, et l'incision du sac avec ligature du tronc. C'est à ce dernier procédé qu'on devra recourir le plus souvent.

2^o ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX

Leur rareté a été mise sur le compte de la direction des veines collatérales, qui s'écarteraient de leurs artères, et n'en épouserait point les nombreuses flexuosités. Pour certains auteurs cependant, la veine temporale serait intimement accolée à l'artère du même nom, qui lui serait sus-jacente. Quoi qu'il en soit, on connaît 5 cas d'anévrysme artério-veineux de l'auriculaire postérieur rapportés par König, Laugier et Broca, et 11 cas d'anévrysme de la temporale, dont 7 seulement doivent être sûrement acceptés (Bush, Green, Rufz, Moore, Gabe de Mazarellos, Lister et Czerny).

Comme pour l'anévrysme artériel, c'est à un traumatisme qu'il faut les rapporter : saignée, plaies diverses; application de ventouses scarifiées dans un cas de Green.

Symptômes. — C'est insidieusement, et peu de temps après la lésion initiale, que se développe une tumeur d'abord insignifiante, puis bosselée, bleuâtre, et rameuse; le palper révèle des pulsations isochrones à celles du pouls, et un frémissement vibratoire parfois intense; l'auscultation, un bruissement et un