

l'histoire d'un céphalématome, d'où il retira 100 grammes de sang par l'aspiration, et qui guérit en neuf jours. Laroyenne conseille de n'employer ce procédé que tout à fait au début. Du reste, nous avons dit plus haut que, après ce traitement, l'épanchement se reproduit fréquemment. Il ne faut donc se servir de ce moyen que dans le cas où il y aurait communication de la tumeur avec l'intérieur du crâne, et où il existerait des phénomènes de compression inquiétants.

Quoi qu'il en soit, notre conclusion est celle-ci : nous avons affaire à une affection bénigne qui guérit toujours, qui n'expose en général l'enfant à aucun accident; pourquoi ne pas la laisser disparaître tranquillement en prévenant les parents que cette résorption sera lente, mais que la maladie ne laissera aucune trace?

Tous les procédés qu'on emploiera seront dangereux ou gênants; préférons-leur la guérison spontanée plus lente, mais certaine.

III

TUMEURS VASCULAIRES DES MÉNINGES

Ce chapitre comprend les *anévrismes intra-craniens*, et les *tumeurs sanguines communiquant avec les sinus crâniens*.

ANÉVRYSMES INTRA-CRANIENS

Nous étudierons les anévrismes de l'artère carotide interne, les anévrismes artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux, les anévrismes de l'artère méningée moyenne dans sa portion intra-cranienne.

I. — ANÉVRYSMES DE LA CAROTIDE INTERNE

« Ils sont situés sur les parties latérales de la selle turcique, au niveau du sinus caverneux, et peuvent faire saillie dans la fosse moyenne du crâne, comme l'a observé Jonathan Hutchinson. Leur volume est parfois assez considérable pour être comparé à celui d'une noisette (Holmes), d'un œuf de pigeon; dans beaucoup de cas, ils refoulent et altèrent les nerfs moteurs oculaires qui passent soit dans la paroi, soit dans l'intérieur même du sinus caverneux; cette altération peut atteindre aussi la branche ophtalmique de Willis, et même le ganglion de Gasser (J. Hutchinson). Le nerf optique est souvent intact, d'où l'absence de névrite.

« Les symptômes apparaissent brusquement, soit après un traumatisme, soit spontanément : le malade perçoit un craquement, ressent une vive douleur de tête, douleur souvent pulsatile; il entend un bruit de soufflet, de scie, de râpe, isochrone aux battements du pouls; ce bruit n'est ordinairement perçu que d'un seul côté. En même temps apparaissent des troubles dans le jeu des muscles moteurs de la paupière supérieure et du globe oculaire (prolapsus palpébral, strabisme interne ou externe, diplopie, dilatation de la pupille, etc.).

« Quelquefois les parties cutanées, correspondant à la distribution de la branche ophtalmique, sont anesthésiées (Hutchinson).

« L'auscultation de la tête permet de reconnaître l'existence d'un souffle intermittent, parfois très intense, correspondant à la diastole artérielle, et qui cesse par la compression de la carotide primitive du côté malade.

« Enfin, le trouble de la circulation cérébrale produit de la céphalalgie, des vertiges, des étourdissements, etc. (S. Duplay).

« L'anévrisme peut se rompre et déterminer alors une mort très rapide; toutefois, on a observé des guérisons spontanées (J. Hutchinson, W.-E. Humble) caractérisées par la diminution, parfois bien rapide, du bruit de souffle, bruit qui peut être assez intense pour priver les malades de sommeil » (Terrier, *Pathologie externe*, t. II, p. 222; voy. Bibliographie).

Le *diagnostic* est facile; il est plus difficile de préciser exactement le siège de la lésion.

Ces anévrismes ne s'accompagnent jamais de *phénomènes d'exophtalmie*, ce qui les différencie des anévrismes artéro-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux, que nous allons étudier.

Traitement. — On emploiera tout d'abord un traitement médical et en particulier l'iode de potassium, qui a donné des résultats à W.-E. Humble. Dans les cas rebelles, on essaiera la compression de la carotide primitive du même côté; si elle est inefficace, on fera la ligature de cette artère, à l'exemple de Coe (de Bristol).

II. — ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX DE LA CAROTIDE INTERNE ET DU SINUS CAVERNEUX

Dans deux thèses inspirées par Nélaton, Henry ⁽¹⁾ et Delens ⁽²⁾ ont étudié ces anévrismes.

Étiologie. — La solution de continuité est due le plus souvent, sinon toujours, à un *traumatisme* : tantôt c'est une fracture du crâne avec esquille qui perfore l'artère à son passage dans le sinus caverneux; le plus souvent, il s'agit d'un mécanisme direct, d'une déchirure produite par un corps vulnérant, venu du dehors et pénétrant dans l'orbite et de là dans le crâne (coup de parapluie, grains de plomb).

Delens admet aussi un anévrisme spontané, dû à la rupture d'un sac anévrysmal préexistant, ou d'une paroi athéromateuse. Mais le fait n'a pas encore été prouvé anatomiquement, malgré l'observation de Gendrin; aussi Terrier ⁽³⁾ rejette-t-il cette étiologie.

Anatomie pathologique. — La lésion principale est constituée par une perforation simple de l'artère, ou par une division complète, ou à peu près complète,

⁽¹⁾ HENRY, *Considérations sur l'anévrisme artério-veineux*. Thèse de Paris, 1856.

⁽²⁾ DELENS, *De la communication de la carotide interne et du tissu caverneux (anévrisme artério-veineux)*. Thèse de Paris, 1870. — Ce travail remarquable contient une bibliographie complète.

⁽³⁾ TERRIER, *Des tumeurs pulsatiles ou anévrysmoïdes de l'orbite*. *Archives gén. de méd.*, t. II, p. 174. — *Traité de pathologie externe*, t. II, p. 224.

avec écartement des deux bouts. Elle a pour résultat immédiat le mélange du sang artériel au sang veineux du sinus (Delens).

La dure-mère, qui constitue la paroi externe du sinus caverneux, est distendue et soutenue.

Il existe le plus souvent une ectasie de la veine ophtalmique (fig. 214), qui décrit des flexuosités nombreuses et dont les parois s'hypertrophient. Les nerfs moteurs oculaires sont comprimés, leur névrilème peut être infiltré de sérosité (Henry). Le nerf optique est généralement intact.

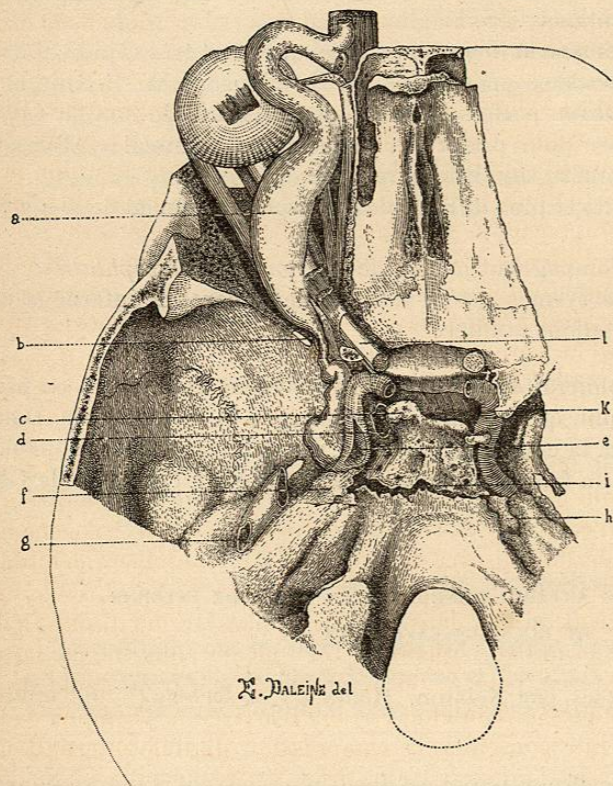


FIG. 214. — Anévrysme de la carotide interne et du sinus caverneux (thèse de Delens).

a, Veine ophtalmique dilatée et flexueuse. — b, Fente sphénoïdale. — c, Apophyse clinéoïde postérieure gauche. — d, Orifice du sinus caverneux. — e, Perforation de la carotide interne. (La paroi inférieure de l'artère a été incisée pour montrer l'orifice de communication.) — f, Esquille pointue du sommet du rocher gauche, ayant déterminé la perforation de l'artère. — g, Sinus pétreux supérieur gauche. — h, Esquille du sommet du rocher droit. — i, Fracture transversale du sphénoïde immédiatement au-devant de l'apophyse basilaire. — k, Carotide interne du côté droit. — l, Nerf optique gauche pénétrant dans l'orbite avec l'artère ophtalmique.

de l'orbite, où ils produisent de l'exophtalmie, des pulsations isochrones aux battements artériels, un bruit de souffle continu (*piatement*), avec redoublement, et plus tard une tumeur pulsatile à la partie supérieure et interne de l'orbite. Cette tumeur est formée par la dilatation de la veine ophtalmique, qui est le phénomène caractéristique de l'affection (Delens).

Les douleurs sont parfois assez vives; on a signalé un engourdissement au niveau de l'orbite, de l'anesthésie des téguments de l'aile du nez et du front (Hirschfeld).

Symptômes. — Le début est variable avec la cause : brusque dans les cas de traumatisme, mais souvent masqué par les lésions encéphaliques contemporaines (commotion, contusion cérébrale). Il est plus facilement appréciable dans les anévrysmes spontanés. Une sensation subite de craquement dans la tête, un bruit analogue à la détonation d'une arme, suivis aussitôt du bruit de rouet entendu par le malade, marquent le moment de la rupture et l'établissement de la communication anévrysmale (Delens, *loc. cit.*, p. 50).

A la période d'état, on constate des dilatations veineuses; ces symptômes se développent du côté

Les malades se plaignent d'entendre du côté de la lésion un bruit de rouet, un bourdonnement, quelquefois assez fort pour troubler le sommeil (Delens).

Les complications les plus ordinaires consistent en lésions des nerfs moteurs des muscles de l'œil (paralysie de la 3^e et de la 6^e paire). La vision est généralement respectée.

Le développement des symptômes est graduel : la tumeur veineuse pulsatile n'apparaît qu'au bout d'un certain temps, mais la durée et la terminaison naturelle de l'affection ne nous sont pas connues (Delens).

Diagnostic. — Lorsque les symptômes que nous venons d'exposer succèdent à un traumatisme, ils sont caractéristiques de l'anévrysme artério-veineux.

Dans les cas où la lésion est spontanée et lorsque le symptôme morbide principal se traduit par une tumeur pulsatile du côté de l'orbite, le diagnostic devient incertain. Faut-il rapporter cette tumeur anévrysmoïde de l'orbite à un anévrysme intra-orbitaire, à un anévrysme cirsoïde de l'ophtalmique, soit à une communication artério-veineuse du sinus, soit enfin à une simple dilatation de la veine ophtalmique? (Terrier, *Pathologie externe*, p. 256.) Le diagnostic différentiel sera mieux placé à l'histoire des tumeurs pulsatiles de l'orbite.

Le pronostic est grave, mais Delens pense que la guérison peut être et a été obtenue dans un certain nombre de cas.

Traitement. — « Il est médical ou chirurgical. Le traitement médical n'a jamais été employé que pour des tumeurs pulsatiles de l'orbite, c'est-à-dire que nous le croyons insuffisant dans les cas d'anévrysme artério-veineux; cependant, on peut essayer la méthode de Valsava (Langenbeck), le traitement débilitant (Collard), l'ergot de seigle (Holmes). »

« Le traitement chirurgical, utilisé dans les anévrysmes traumatiques, a été la ligature de la carotide primitive (Nélaton); on a même conseillé de lier en même temps la carotide externe, pour éviter le rétablissement trop rapide de la circulation artérielle (Legouest). Toutefois, avant d'arriver à pratiquer cette grave opération, on pourrait conseiller la compression digitale intermittente (Nélaton). »

III. — ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE MÉNINGÉE MOYENNE DANS SA PORTION INTRA-CRANIENNE (1)

Les observations sur ce sujet sont rares, et, d'après un intéressant mémoire de de Santi (*Des tumeurs anévrysmales de la région temporale*, in *Archives générales de médecine*, novembre et décembre 1885), il n'en existerait que 7 observations dans la littérature médicale (2); or, sur ces 7 observations, une seule serait valable, l'observation de Gairdner.

(1) Nous signalerons simplement une observation douteuse d'anévrysme de l'artère méningée moyenne dans sa portion extra-crânienne. Voy. l'observation de A. SPENCER, *Transact. of the American otological Society*, 21 juillet 1886, et *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, mars 1881, p. 61.

(2) Ces observations appartiennent à Bertrandi, à Krimer, à Kremnitz, à Lebert, à Gairdner, à Consolini, à Gamgee. Les faits attribués à Begin et à Stephen Smith, par Kremnitz et Heinecke, ne sont que la réédition de l'observation de Krimer : ce qui réduit de 9 à 7 les cas d'anévrysmes de l'artère méningée moyenne (de Santi).

Gairdner rencontra un gros anévrysme de la méningée moyenne développé dans l'épaisseur même de la dure-mère et dont la rupture avait provoqué une hémorragie intra-cranienne mortelle. Or, la tumeur s'était développée tout entière du côté de la cavité crânienne, refoulant et comprimant le cerveau, sans qu'on pût constater la moindre trace d'érosion à la paroi osseuse.

Ces anévrysmes sont spontanés (Gairdner), ou peuvent succéder au traumatisme : il s'agit, dans ce dernier cas, d'anévrysmes faux, qui viennent faire saillie à l'extérieur, à travers une fracture préalable (Consolini, Gamgee).

C'est à tort qu'on a pensé que ces tumeurs pouvaient perforer les os du crâne et venir faire saillie à la région temporale. « L'existence des anévrysmes perforants de la méningée moyenne doit être sinon niée, du moins mise en doute, jusqu'à ce que de nouvelles observations, suivies d'autopsie, en démontrent la réalité. » (De Santi, *loc. cit.*)

IV

TUMEURS SANGUINES COMMUNIQUANT AVEC LES SINUS CRANIENS

Synonymie. — Tumeurs variqueuses veineuses (Chassaignac), tumeurs sanguines réductibles (Azam), hernies sanguines de la voûte du crâne, etc. (Dufour), céphalématocèle (Stromeyer, Heinecke), varices traumatiques simples, varices vraies circonscrites (Bruns), kystes sanguins extra-craniens communiquant avec le sinus de la dure-mère (Demme), tumeurs veineuses en communication avec la circulation intra-cranienne (Duplay, Mastin), hématomes communicants, ou anévrysmes veineux et angiomes proprement dits (Lannelongue), tumeurs pulsatiles de la tête (Treves).

Définition. — Tumeurs de nature veineuse siégeant entre les différentes couches de la voûte du crâne et communiquant directement ou indirectement avec les sinus de la dure-mère, presque toujours avec le longitudinal supérieur.

Historique. — Nous diviserons l'histoire de ces tumeurs en deux périodes. La première débute en 1760 pour finir en 1858, époque à laquelle paraît la première monographie sérieuse sur ce sujet, la thèse de doctorat de E. Dupont. La deuxième période commence à cette date. Dans la première, nous ne trouverons que des cas épars plus ou moins bien interprétés ; dans la deuxième, des monographies basées sur des faits minutieusement étudiés.

Première période. — C'est en 1760 que Percival Pott publia la première observation indiscutable. Pelletan (1810) décrit un cas trouvé dans le service de Moreau. Chassaignac (1848), dans sa thèse de concours, réunit 5 cas de Bérard, de Busch et de Flint, sous le nom de tumeurs variqueuses veineuses du crâne. G. Dufour (1851) présente à la Société de biologie « une variété nouvelle de tumeur sanguine de la voûte du crâne » ; c'est un cas des plus nets. Bruns (1854) rapporte plusieurs observations de ce genre, de Hecker et Stromeyer : varices traumatiques simples, et 5 cas de tumeurs veineuses spontanées. Ce sont des faits de tumeurs veineuses en communication avec les sinus. La même année (1854), Azam (de Bordeaux), le professeur Verneuil, Hutin, chirurgien en chef

des Invalides, publie chacun un cas. Enfin Azam, en 1857, décrit un autre cas personnel.

Deuxième période. — En 1858, E. Dupont, ayant eu l'occasion de voir un cas de tumeur de ce genre dans le service de Nélaton, cas que A. Michaud présenta à la Société de chirurgie, en fit l'objet de sa thèse inaugurale ; c'est, comme nous l'avons dit, le premier travail d'ensemble. Basée sur 15 observations, dont quelques-unes inédites (A. Michaud, H. Larrey, Middeldorff), sa description est aussi détaillée qu'intéressante. Comme nos prédécesseurs, nous la mettrons largement à contribution.

A partir de cette époque, ces tumeurs attirent l'attention des chirurgiens ; des faits nouveaux sont publiés (ceux de J. Dubois, d'Abberville, de Giraldès, de Duplay, de J. Rex, etc.), et elles font l'objet de plusieurs travaux, dont deux parus dernièrement (1886), remarquables à plus d'un titre, dus au professeur Lannelongue et à Mastin. Citons encore le travail de Demme (1861), l'article que Heinecke leur consacre dans la *Deutsche Chirurgie* de Billroth et Lucke (1882), l'article de Gayraud dans le *Dictionnaire encyclopédique* (1879), la courte mais excellente description qu'en donne Duplay dans son *Traité de pathologie externe*, enfin le récent travail de Treves (1886).

Tous les travaux que nous venons de citer cherchent surtout à préciser la pathogénie de ces tumeurs, point à peine effleuré par Dupont. Aujourd'hui encore, malgré les efforts de Duplay, Heinecke, Lannelongue, Mastin et Treves, la pathogénie de ces tumeurs est loin d'être complètement élucidée.

PERCIVAL POTT, Œuvres chirurgicales, trad. franç., t. I, p. 151, obs. 27, 1760. — BUSCH, *Heidelberger klinische Annalen*, t. II, p. 249, 1826. — PELLETAN, *Clinique chir.*, t. II, p. 76, 1810. — CHASSAIGNAC, Sur les tumeurs de la voûte du crâne. Thèse de concours de Clinique chirurgicale, Paris, 1848. — G. DUFOUR, Mémoire sur une variété nouvelle de tumeur sanguine de la voûte du crâne. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1^{re} série, t. III, p. 155, 1851. — VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 412 et 450, 1853-1854. (Présentation du malade et discussion.) — BRUNS, *Handbuch der prakt. Chir.*, 1844, I, 188. — HUTIN, *Mém. de méd. et de pharm. milit.*, 2^e série, t. XIV, 1854. — DU MÊME, *Bull. de la Soc. de chir.*, 2^e obs. et discussion, t. VIII, p. 246, 265, 1857-1858. — E. DUPONT, Essai sur un nouveau genre de tumeurs de la voûte du crâne, etc. Thèse de Paris, 1868, n° 78. — DEMME, Ueber extra-cranienne mit den Sinus durae matris communicirende Blutcysten. *Virchow's Arch.*, 1861, Bd. XXIII, S. 48. — GIRALDÈS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 2^e série, t. V, 1864, p. 557. — J. REX, Ektasie einer diploetischen Vene. *Böhm. ärztl. Corr.-Blatt*, Bd. II, n° 21, S. 420, 1874. — E. GAYRAUD, art. CRANE du *Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1879, p. 544. — HEINECKE, Die chirurgischen Krankheiten des Kopfes. *Deutsche Chirurgie*, 1886, liv. XXXI, p. 56. — W.-M. MASTIN, Venous blood-tumours of the cranium in communication with the intra-cranial circulation. *Journal of Amer. med. Assoc.*, VII, n° 12, 1886. — F. TREVES, A case of pulsating tumour of the head. *British med. Journal*, p. 721, oct. 1886. — LANNELONGUE, Tumeurs sanguines du crâne communiquant avec le sinus longitudinal supérieur, etc. *Congrès franç. de chir.*, 2^e session, 1886, p. 411.

Anatomie pathologique. — Le siège le plus fréquent de ces tumeurs est la région occipitale, au voisinage des pariétaux (Stromeyer, Rex, Duplay, Flint, Ogle, Lannelongue, Treves) ; dans quelques cas, elles occupaient la région frontale (Hecker). Marcacci et Treves signalent des tumeurs de ce genre au niveau de la région mastoïdienne. Le siège occipital serait plutôt l'apanage des tumeurs congénitales ; à la région frontale, on rencontrerait plutôt les traumatiques (Lannelongue). D'après Mastin, il n'y aurait pas d'exemple d'une semblable tumeur (traumatique), occupant la région occipitale.

Entre quels éléments anatomiques de la voûte du crâne le sang vient-il se placer ? D'après Dupont, le plus souvent la tumeur siège entre le péricrâne et la couche fibro-musculaire (aponévrose épicrotiale) ; pour le professeur Duplay, le sang se trouve placé constamment, du moins au début, entre l'os et