

pouvait reconnaître l'existence d'une lacune dans la paroi osseuse du crâne. Il s'agissait très probablement d'un diverticule du sinus longitudinal supérieur.

§ 74. **Anévrismes.** — Parmi les tumeurs vasculaires occupant le domaine artériel nous avons à étudier en premier lieu l'anévrisme. On peut l'observer sur les différentes artères de la tête, mais son siège de prédilection est la temporale. Comme la cause de ces anévrismes consiste presque toujours en un traumatisme, on comprend qu'autrefois la temporale devait en être souvent le siège, cette artère étant volontiers choisie pour l'artériotomie pratiquée dans un but thérapeutique. Que l'anévrisme soit dû à une plaie de l'artère par instrument piquant ou tranchant, ou à une contusion, il revêt dans tous les cas les caractères anatomiques de l'hématome. Le sang s'écoule par la plaie du vaisseau et se répand dans les parties molles circonvoisines qui lui forment une enveloppe de tissu conjonctif. Les anévrismes de la temporale peuvent atteindre le volume d'un œuf de poule. Les deux bouts, périphérique et central, de l'artère présentent presque toujours une dilatation cylindrique, qui peut s'étendre également à l'une ou l'autre branche périphérique. Si l'art n'intervient pas, la portion de la paroi osseuse sous-jacente à l'anévrisme s'amincit progressivement et subit une dépression. La peau qui recouvre la tumeur, par suite des causes d'irritation auxquelles elle est soumise, peut contracter des adhérences inflammatoires avec le sac anévrisimal, et une perforation de ce dernier avec hémorragie en est finalement la conséquence.

Les anévrismes de la temporale, de même que ceux des autres artères du crâne, sont, grâce à leur situation superficielle, très accessibles au chirurgien, et une intervention opératoire ne fait pas courir au malade de danger sérieux. Du reste on peut toujours tenter d'abord la guérison au moyen de la compression digitale, ou exercée à l'aide de bandes ordinaires ou de bandelettes de sparadrap, en prenant la précaution de recouvrir préalablement la tumeur, ainsi que les vaisseaux afférents et efférents, d'une pelote de coton. La ligature de l'artère afférente après qu'elle a été mise à nu, et la ligature médiante à travers la peau (percutane Umstechung), ont été souvent suivies de la guérison de l'anévrisme; ces procédés méritent sans doute la préférence sur tous les autres moyens de traitement à cause de leur simplicité et de leur innocuité. Si l'on n'obtient pas la guérison de cette manière, on pratiquera l'incision suivie de l'extirpation du sac et de la ligature des deux bouts du vaisseau.

Dans les cas de lésion simultanée de l'artère et de la veine il s'établit parfois une communication permanente entre ces deux vaisseaux; c'est l'**anévrisme artérioso-veineux**. On en a observé des exemples au niveau de la temporale et de l'auriculaire postérieure. Outre la présence au point blessé d'une tumeur animée de pulsations et d'un frémissement vibratoire, on observe toujours dans le voisinage de l'anévrisme une

dilatation notable des veines et des artères, et lorsque cette dilatation arrive à un degré extrême, il peut être difficile ou même impossible de distinguer l'anévrisme artérioso-veineux de l'anévrisme cirsoïde, dont nous aurons encore à parler.

La guérison de l'anévrisme artérioso-veineux peut être obtenue par les mêmes procédés que celle de l'anévrisme artériel simple. L'extirpation du sac et la ligature des vaisseaux constituent évidemment le moyen le plus sûr d'arriver au but désiré.

§ 75. — Nous avons encore à nous occuper ici d'une altération grave de l'appareil circulatoire de l'orbite, altération qui est due en partie à une lésion morbide de la portion correspondante de la carotide cérébrale, et pour une bien plus grande part, à des affections qui intéressent la partie de ce vaisseau en rapport avec le sinus caverneux. Ce n'est que dans ces derniers temps, grâce aux travaux anatomiques et critiques de NÉLATON, DELIES, HIRSCHFELD, SCHLAFKE, RIVINGTON, que l'**exophtalmie pulsatile** a pu être ramenée à une lésion de la carotide cérébrale dans son trajet à travers le sinus caverneux. D'après les recherches de ces auteurs il est probable que le tableau morbide dont nous allons donner la description, ne peut être dû qu'à une **communication de l'artère avec la veine**, et non à un anévrisme simple de l'artère ophthalmique, ni à un anévrisme par anastomose développé dans la cavité orbitaire. On fera donc bien, à l'avenir, de remplacer la dénomination d'exophtalmie pulsatile par celle d'**anévrisme artérioso-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux**.

La lésion de la carotide dans le point en question peut être produite, soit par une fracture de la base, soit par une violence traumatique pénétrant par l'orbite ou le maxillaire. Dans le cas de NÉLATON le bout d'un parapluie avait pénétré dans l'orbite. Dans un autre cas observé par nous, un coup de feu tiré dans la bouche, dans une tentative de suicide, avait provoqué ultérieurement les symptômes de l'exophtalmie pulsatile.

Lorsque l'anévrisme est complètement développé, c'est l'**exophtalmie** qui en constitue le symptôme le plus frappant; le bulbe oculaire fait saillie non pas directement en avant, mais un peu en dehors. En l'absence de complications particulières, l'acuité visuelle peut rester normale. Quant à la pupille, elle est assez souvent dilatée lorsque l'oculomoteur commun a été blessé en même temps que l'artère à laquelle il se trouve accolé dans le canal carotidien, et qu'il en est résulté une paralysie de ce nerf (SCHALKAUER). L'œil proéminent est animé de pulsations, et il peut être refoulé jusqu'à un certain point dans l'orbite par une légère pression. La main perçoit alors un frémissement vibratoire, et le malade accuse la sensation d'un bruit intense dans la tête. Les paupières sont gonflées, l'inférieure en état d'ectropion. Toutes les veines visibles à la périphérie de l'orbite sont gorgées de sang et présentent des pulsations.

Elles forment même de véritables poches sanguines, surtout au niveau de la paroi supérieure et interne de l'orbite. Lorsqu'on comprime la carotide, les pulsations s'arrêtent pour reparaitre aussitôt que cesse la compression.

La ligature de la carotide primitive doit être certainement tentée dans ces cas bien qu'elle offre quelque danger, et qu'elle ne constitue pas un moyen certain de guérison; avant de pratiquer l'opération il est peut être utile d'exercer de temps en temps sur l'artère la compression digitale. Dans le cas opéré à la clinique de Göttingue la ligature de la carotide fut suivie d'une récurrence de l'anévrisme, et l'opéré succomba, en outre, aux conséquences de la ligature. C'est à l'avenir qu'il appartiendra de décider si les résultats de cette opération doivent être définitivement considérés comme étant aussi favorables qu'ils semblent l'avoir été jusqu'à présent d'après les travaux de RIVINGTON et de NIEDEN. D'après NIEDEN, sur 49 opérés il y aurait eu 33 guérisons, 6 améliorations, 3 résultats nuls et 7 morts. Mais quel que soit d'ailleurs le résultat final, la ligature de la carotide reste en tous cas le seul moyen qui nous permette actuellement de tenter la guérison de cette pénible maladie.

§ 76. **Néoplasmes vasculaires.** — Jusqu'ici nous avons étudié les tumeurs sanguines résultant principalement de la dilatation des vaisseaux préexistants. Or le crâne est, en outre, le siège de prédilection des véritables néoplasmes vasculaires, c'est-à-dire de l'**angiome simple**, de l'**angiome caverneux**, et de l'**angiome ou anévrisme cirsoïde**. Très souvent ces tumeurs sont congénitales ou du moins se développent très peu de temps après la naissance. D'après les chiffres fournis par différents auteurs, on peut admettre que les $\frac{4}{5}$ de tous les angiomes ont leur siège à la surface du crâne; ce fait tient sans doute en partie au mode d'évolution compliqué que présente le système vasculaire du crâne dans le cours du développement de la tête fœtale. L'apparition fréquente d'angiomes dans les points de la tête où se développent les sutures chez le fœtus est si frappante, que l'on doit attribuer à la formation de ces dernières l'origine d'une partie de ces tumeurs (*angiomes fissuraux*). Il est possible aussi que les pressions et tractions auxquelles est soumis le cuir chevelu du fœtus pendant l'accouchement, soient le point de départ d'un certain nombre d'angiomes.

L'**angiome simple (télangiectasie)** est celui qu'on rencontre le plus fréquemment à la tête; tantôt il s'étend en surface, tantôt il forme une véritable tumeur. On observe sur le crâne un certain nombre d'angiomes, qui se développent sous la forme de tumeurs pédiculées de volume variable, et constituant de véritables excroissances polypeuses. Les plaques connues sous le nom de *nævus* ou *taches de naissance*, subissent assez souvent après l'accouchement une régression spontanée. Ces taches s'observent surtout au front, au niveau de la bosse nasale du frontal (glabella); elles sont caractérisées par une rougeur modérée qui pâlit

peu à peu et finit par disparaître entièrement. Plus l'angiome simple se rapproche d'une tumeur, plus sa surface rouge irrégulière fait saillie au-dessus de la surface cutanée, et moins elle a de tendance à disparaître; ces caractères indiquent, au contraire, que la tumeur tend à se développer d'une façon indépendante. Dans ces dernières formes d'angiomes l'accroissement se produit évidemment par voie de néoplasie vasculaire, comme le prouvent la forme et la disposition des portions périphériques nouvellement formées de la tumeur; on peut s'assurer, en effet, par l'examen de ces dernières, qu'il ne s'agit nullement d'une dégénérescence de vaisseaux préexistants, mais bien d'une néoplasie vasculaire. Au début du développement de la tumeur, les vaisseaux dont celle-ci se compose ne sont pas encore différenciés, et ressemblent à de jeunes capillaires à parois hyperplasiées. Suivant que ces capillaires donnent ensuite naissance à des artères et veines en nombre égal et modérément développées, ou qu'au contraire l'une ou l'autre catégorie de vaisseaux prend un développement prépondérant, on verra se produire soit un angiome proprement dit, soit une tumeur animée de pulsations (angiome simple artériel), soit enfin une tumeur présentant des mouvements d'expansion isochrones aux mouvements respiratoires (angiome simple veineux).

L'observation clinique des différentes formes d'angiome que nous venons de passer en revue est d'une importance décisive au point de vue de leur pronostic. L'angiome qui s'étend simplement en surface, n'a que rarement la tendance à prendre un développement considérable, et une régression spontanée est même possible dans ces cas. Mais plus le *nævus* affecte les caractères d'un néoplasme, et moins on peut espérer un arrêt dans son développement ou une guérison spontanée. La dilatation consécutive des veines et des artères mentionnée plus haut, vient constituer une nouvelle cause d'accroissement de la tumeur, par suite de la stase veineuse qui se produit dans le premier cas, et du flux artériel que l'on observe dans le second.

C'est la peau qui est le siège de prédilection de l'angiome simple; mais dans le cours ultérieur de son développement il envahit en les détruisant d'autres parties, telles que le tissu conjonctif sous-cutané, les muscles, etc.

L'**angiome caverneux**, par contre, siège essentiellement dans le tissu conjonctif sous-cutané, et s'y développe à la manière des néoplasmes. Grâce à ses grandes cavités en communication avec les veines, il possède toujours un degré d'érectilité supérieur à celui de l'angiome simple. Quelquefois la tumeur est compliquée d'un lipome, et il n'est pas rare que l'une ou l'autre poche sanguine se sépare pour former un petit kyste isolé du reste de la tumeur.

§ 77. — **Le traitement des angiomes de la tête** est très simple lorsqu'ils n'ont qu'une faible étendue, mais il présente de très grandes