

mot est prononcé devant lui, il le répète et semble reconnaître qu'il est bien celui qu'il cherchait.

Il ne peut ni lire ni écrire les mots, mais il épelle les lettres et les trace isolément.

Rien dans l'appareil oculaire : pupilles, vision, motilité normales : Température 36°5.

Pouls ralenti, plein, large, 52 pulsations ; mouvements respiratoires peu fréquents. Inappétence : langue saburrale, constipation depuis deux jours ; urines rares, foncées.

Motilité et sensibilité conservées : raideur tétanique des muscles de la nuque. Si quelques oscillations de la tête sont possibles en arrière, aucun mouvement de la tête sur le thorax ne peut être effectué.

Dans les journées du 16 et du 17 juin, les phénomènes cliniques ne se sont que très peu modifiés : abattement plus marqué, pouls plus ralenti « 48 » ; douleurs de tête excessives, soubresauts musculaires ; photophobie. T. 36°5.

Dans la matinée du 18 juin, jour fixé pour l'intervention, les symptômes s'aggravaient en quelques heures. A 9 heures du matin, perte de l'intelligence, ptosis de la paupière supérieure gauche, parésie faciale droite, contractions intermittentes des muscles élévateurs de l'aile du nez à gauche ; gémissements dès qu'on remue le malade ; sensibilité intacte à en juger par les réactions des membres dans le pincement de la peau ; pouls irrégulier, et tombé à 42 P.

Le diagnostic nous sembla hors de doute : abcès sphéno-temporal gauche d'origine otique.

La céphalalgie intense, l'amnésie verbale, la torpeur, le ralentissement du pouls indiquaient une compression cérébrale. L'absence d'agitation nous faisait écarter la méningite.

L'apyrexie ne permettait pas de songer à la phlébite suppurée d'un sinus.

Un abcès extra-dure-mérien aurait eu une marche moins rapide.

Un abcès cérébelleux n'aurait déterminé ni aphasie ni cécité verbale.

Enfin l'apophyse mastoïde n'était pas douloureuse.

Le seul point sensible siégeait sur l'écaïlle du temporal, au-dessus du conduit auditif.

Nous arrêtâmes ainsi les détails de notre intervention : ouvrir l'antre qui était le point de départ de l'infection cérébrale ; perforer l'écaïlle du temporal, au-dessus du conduit auditif et de l'antre et au ras de la crête temporale ; inciser la dure-mère et la substance cérébrale.

La chloroformisation s'est faite facilement et sans période d'excitation.

Par une première incision verticale rétro-auriculaire, la partie antérieure de l'apophyse mastoïde est mise à nu. Apophyse scléreuse, ouverture de l'antre, curettage.

Notre incision est alors coudée en avant, elle passe horizontalement dans la fosse temporale, à la hauteur du pavillon de l'oreille et s'arrête en avant de l'attache antérieure du pavillon.

La section de la peau, de l'aponévrose et du muscle temporal ne donne lieu qu'à une hémorragie insignifiante.

Avec quelques coups de rugine, nous dénudons en bas la crête temporale qui nous sert de point de repère.

La lèvre supérieure de la plaie est relevée dans une étendue de trois centimètres. Nous avons ainsi sous les yeux une surface osseuse, appartenant à l'écaïlle du temporal et dont la partie médiane verticale correspond à l'axe vertical du conduit auditif. Nous constatons, au centre du champ opératoire, une teinte bleuâtre du temporal, indiquant un commencement d'ostéite. Nous étions assuré d'être dans la bonne voie.

Nous avons employé la gouge et le marteau pour perforer, à coups retenus et lamelle par lamelle, la mince écaïlle temporale. Lorsque l'orifice fut assez grand pour admettre les mors de la pince coupante, c'est avec elle que nous avons abrasé la paroi crânienne et fait une solution de continuité grande comme une pièce de deux francs. Le bord inférieur de cette perforation était tangent à la ligne temporale.

La dure-mère fut saisie avec une pince à dents de souris et incisée en croix, en évitant la lésion des plus gros vaisseaux visibles à sa surface.

Il devint évident que le cerveau n'était pas animé de ses battements normaux. Il paraissait immobile ; et ce n'est qu'en le regardant au jour frisant qu'on pouvait en apercevoir un très léger et très lent soulèvement isochrone au pouls. Il fit rapidement hernie dans l'orifice de trépanation. Sa surface avait une teinte jaune clair due à une infiltration purulente de la substance cérébrale.

Le couteau de Grœfe nous a servi à la ponction du cerveau. A peine a-t-il pénétré d'un demi-centimètre que le pus s'écoule ; et quand nous le retirons, la sortie du liquide se fait par un jet assez fort qui s'affaiblit progressivement, et finit en bavant par gouttes isochrones aux battements cérébraux (car il faut remarquer que les battements du cerveau ont paru pendant l'écoulement du liquide, dès que la compression a diminué). On peut évaluer à 150 gr. environ la quantité de pus évacuée ; il était séro-purulent, jaune-verdâtre et sans odeur. Le cerveau fut incisé transversalement d'un bord à l'autre de l'orifice de trépanation et drainé avec une mèche de dix fils de catgut de six à huit centimètres de longueur, enfoncée dans la cavité de l'abcès avec une pince hémostatique.

L'extrémité libre du drain capillaire fut portée en bas vers l'apophyse mastoïde, c'est-à-dire dans la position la plus déclive pendant le décubitus dorsal. Les fibres du muscle temporal furent réunies par un surjet et la peau par des points séparés jusqu'au bord antérieur du trou crânien. En bas et en arrière, nous ne mîmes que deux points de suture à l'angle inférieur de la plaie, en sorte que la moitié médiane de l'incision resta béante. Pansement à la gaze naphtholée recouverte de coton hydrophile.

L'opération avait duré trois quarts d'heure.

Nous avons relevé, avec beaucoup de soin, l'état cérébral du malade dans les heures qui ont suivi l'intervention. A midi, une heure après l'opération, S... est éveillé, tout en présentant une légère tendance à la somnolence qu'on peut attribuer à l'anesthésie. Ni vomissements, ni nausées. Il déclare se trouver très soulagé, la céphalée frontale et occipitale a disparu. Il accuse une douleur dans la région temporale gauche, mais il reconnaît que cette douleur, peut-être consécutive à la plaie opératoire, diffère de celle qu'il éprouvait auparavant. Le ptosis persiste à gauche, mais il est moins marqué que le matin.

La mémoire de certains mots est revenue; il énonce un verre, une cuillère, une fourchette, ce mot qu'il avait oublié depuis le 8 juin. Il épelle les lettres et lit à peu près correctement les mots faciles à lire. Mais il est visible que l'idéation est très lente; car les réponses ne suivent pas immédiatement la demande et en insistant, on épuiserait vite le peu de forces cérébrales du malade. A deux heures, facies reposé, plus de ptosis, plus de contraction dans la partie gauche de la face. Douleurs de tête moindres, localisées dans la région de l'opération. Pas de vomissements; pouls 52 régulier, difficulté de trouver certains mots: cravate, épingles.

A 5 heures, le malade a une expression de gaieté; il nous reçoit en souriant, mais ce sourire décèle la persistance d'une très légère parésie faciale droite, limitée au releveur de la commissure labiale; car l'occlusion des paupières est complète. Pouls fort, plein, régulier: 52 P. Lit couramment son billet d'hôpital, température 37°2.

19 juin, S... a bien dormi. La physionomie est calme, il n'a pas souffert de la tête, mais il a une sensation douloureuse persistante au niveau de la plaie. T. 36°9, pouls régulier 88.

L'idéation reste paresseuse et au bout de quelques réponses, les noms qu'on veut faire prononcer viennent plus lentement.

En poursuivant l'examen de l'état de la paralysie faciale droite, nous remarquons que la conjonctive droite est plus humide que la gauche, et que les larmes s'amassent dans l'angle interne de l'œil. La fermeture

des paupières n'est pas hermétique, et, suivant l'expression du malade, il voit encore clair l'œil fermé. A la fin de la journée, S... a écrit correctement quelques mots qui lui ont été dictés. Inappétence, constipation.

La transformation du malade a donc été presque instantanée. Les symptômes graves de compression ont disparu dès le réveil chloroformique. En quelques heures les atroces douleurs de la céphalée fronto-pariétale ont cessé, la mémoire des mots, la lecture et l'écriture sont revenues, le ptosis gauche a disparu, le pouls a repris son ampleur, sa régularité et sa fréquence physiologiques. La parésie faciale mit plus de temps à disparaître. Dix jours après l'opération, les muscles du côté droit de la face ne se contractaient pas aussi bien que ceux du côté gauche, et le malade remarquait qu'il ne fermait qu'incomplètement l'œil droit. Mais le 15^e jour, tout trouble moteur avait cessé.

La mémoire des faits et des lieux n'a pas faibli un seul instant; le malade nous a conté, après sa guérison, son entrée à l'hôpital, ses impressions, la rédaction de son observation et même son arrivée dans la salle d'opération.

Si les phénomènes cérébraux se sont rapidement amendés; si l'opération a été suivie d'un prompt retour des fonctions physiologiques de l'encéphale, nous n'avons pas eu la satisfaction de constater une évolution parallèle du traumatisme chirurgical. S... a été atteint pendant son traitement d'un érysipèle de la tête et d'une hernie du cerveau.

L'érysipèle débuta dans la nuit du 25 au 26 juin, c'est-à-dire au commencement du neuvième jour après l'opération, à un moment où la hernie cérébrale avait à peu près le volume d'une noix. Il se caractérisa par de l'élévation de la température, des douleurs céphaliques pariétale gauche et frontale, de la tuméfaction du cuir chevelu et une adénite sterno-mastoïdienne et sus-claviculaire; il dura six jours. La fièvre oscilla pendant les deux premiers jours autour de 39° matin et soir, et dans la suite autour de 38°. La respiration et le pouls étaient en rapport avec l'élévation de température. La céphalalgie fut éphémère; elle fut remplacée dès le 27 juin par une lourdeur de tête et des douleurs lancinantes superficielles que le malade savait différencier de la céphalalgie et qui rayonnaient dans la région temporale gauche.

L'infiltration érysipélateuse commença par les lèvres de la plaie qui devinrent épaisses, rouges, sèches et douloureuses à la pression. Sur le pavillon de l'oreille et sur la région pariétale rasée pour l'opération, le bourrelet était nettement visible et perceptible au toucher. Il s'étendit en haut à trois travers de doigt au-dessus de la plaie. Il y eut une pla-

que isolée d'érysipèle, de la largeur d'une pièce de deux francs, au niveau de la bosse frontale gauche.

Nous avons attribué cette complication à l'occlusion partielle des lèvres de l'incision. Nous avons eu soin pourtant de ne réunir que les angles de la plaie et de laisser ouverte la portion correspondante à la trépanation crânienne, nous méfiant de la rétention des liquides septiques. Le traitement par les pulvérisations phéniquées fut très efficace. Placé dans un cabinet d'isolement, avec deux infirmiers dévoués, le malade eut toutes les trois heures, jour et nuit, une pulvérisation d'une durée d'une heure avec un pulvérisateur à vapeur et une solution au 1/100. Le dernier jour seulement on en fit trois dans les 24 heures; dès la première, le malade fut soulagé, et il éprouvait un bien-être particulier après chacune d'elles. Les urines, examinées tous les jours, ne continrent jamais d'acide phénique.

L'évolution de la hernie cérébrale mérite une plus longue description. Nous nous sommes aperçu de son développement le 20 juin, deux jours après l'opération. Le cerveau, encore facile à reconnaître par sa coloration, faisait, entre les lèvres de la plaie, une légère saillie au centre de laquelle émergeaient les fils de catgut.

Le 23, la hernie a le volume d'une noix. Sa surface prend une teinte grisâtre, pulpeuse, avec quelques taches noires de sphacèle. Elle émerge entre les lèvres de la plaie et refoule en bas et en avant la lèvre inférieure qui supporte le pavillon de l'oreille.

Au moment où l'érysipèle éclate (26 juin), elle est grosse comme une demi-mandarine, reposant sur une large base et tellement molle et fluctuante que nous l'avons ponctionnée en trois endroits avec la seringue de Pravaz et une fois avec un couteau de Græfe pour y chercher du pus. Sa base était comprise entre les deux lèvres de la plaie qui formaient un losange antéro-postérieur.

Tant que dura l'érysipèle, la hernie cérébrale ne put être l'objet d'aucun traitement. Celui-ci disparu, il fallut prendre un parti.

Essayer la compression nous sembla inutile, bien que celle-ci fût aisément supportée, le malade n'éprouvant aucun phénomène spécial quand on la pratiquait avec la pulpe des doigts. Mais la tumeur était trop largement étalée à la surface du crâne.

Abraser la tumeur au thermo-cautère, c'était aller à l'imprévu et s'exposer à la voir récidiver; nous avons choisi la constriction lente.

Le 1^{er} juillet, nous avons nettoyé avec le plus grand soin au sublimé et au chlorure de zinc toute la surface de la plaie, et nous avons prudemment détaché de la substance cérébrale chacune des lèvres du tégument crânien.

Quand celles-ci furent mobiles, nous avons entouré la base de la hernie

avec une bande de gaze de naphthol camphré que nous avons serrée légèrement. Le pansement consista en application de la même gaze entre les lèvres de la plaie et sur la tumeur. De larges compresses de sublimé et du coton hydrophile recouvrirent toute la région et la tête.

L'intervention fut très bien supportée. Le pansement fut refait le sixième jour, la plaie était détergée, mais la hernie encore très étalée. Nous essayons de la pédiculiser en serrant davantage la nouvelle mèche de gaze dont nous entourons sa base.

Pendant les trois jours qui ont suivi, la température descendit au-dessous de 36°; une fois même elle atteignit 35°1.

Le 9 juillet, la hernie s'étant allongée et rétrécie, nous appliquons par dessus la gaze naphtholée un lien élastique «petit tube à drainage» qui étreint la base de la tumeur et que nous serrons fortement en le portant aussi près que possible des parois crâniennes.

Le champignon cérébral avait alors un aspect rosé, un peu sale par endroits.

Aucune douleur, aucun malaise.

Dès le 17 juillet, le fongus prend une teinte jaune noirâtre indiquant un commencement de mortification. Le pédicule est très bien formé, et la tumeur ressemble, si nous osons dire, à un bouchon de champagne.

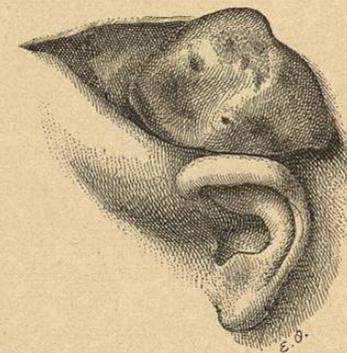


Fig. 99.

La hernie cérébrale de S**, 17 jours après la ligature de sa base.

Le premier drain constricteur est remplacé par un autre drain qui est serré plus fortement afin de hâter l'élimination; le malade est insensible à cette constriction.

Le 23 juillet, nous trouvons à la hernie une teinte noire violacée. Son volume est plus petit. Le pédicule est mieux formé encore que la

fois précédente, son épaisseur est très minime et il semble que l'élimination soit imminente. Le drain en caoutchouc est enlevé et remplacé par un triple fil de soie qui étirent très fortement le pédicule de la hernie.

La tumeur complètement sphacélée se détache le 28 juillet : elle est noire, sèche et grosse comme une petite noix, mais la partie du pédicule adhérente au cerveau reste saillante à travers la perte de substance osseuse. Il y a là une nouvelle masse cérébrale du volume d'une grosse olive.

Nous avons essayé de la réduire par une compression lente et soutenue. Elle fut recouverte par une plaque d'ébonite glissée sur les lèvres de la plaie, et fixée par des fils parallèles passant au-dessus d'elle et allant d'une lèvre de l'incision à l'autre.

Voyant qu'elle commençait à surpasser le niveau du cuir chevelu, et craignant la reproduction de la tumeur précédente, nous n'avons pas hésité le 7 août à chloroformiser notre malade et à couvrir d'un lambeau autoplastique protecteur la substance cérébrale. Les surfaces bien granulées, nous semblaient aptes à la réunion secondaire et nous permettaient cette intervention.

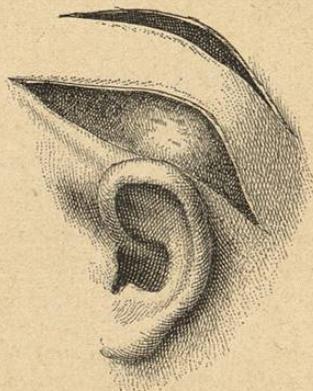


Fig. 100.

La même hernie, après la chute du fongus. On voit qu'elle tend à se reproduire. Au-dessus d'elle, incision des téguments du crâne pour préparer le lambeau autoplastique.

Les deux lèvres de la plaie étant avivées, pour faire descendre la lèvre supérieure jusqu'à la rencontre de la lèvre inférieure, nous avons fait à 4 centimètres de la lèvre supérieure, parallèlement à elle et aussi longue qu'elle, c'est-à-dire environ 8 centimètres, une incision allant jusqu'au périoste. Nous avons disséqué le lambeau, l'avons fait

glisser sur la hernie et l'avons suturé au bord de la lèvre inférieure, laissant béante la plaie supérieure. Le résultat fut excellent. La réunion se fit dans toute la longueur de la plaie. Nous avons drainé l'angle postérieur, dont la cicatrisation progressive eut lieu trois semaines après. La longue brèche supérieure a mis 45 jours à se combler.



Fig. 101.

Résultat définitif du traitement de la hernie cérébrale de S***. Entre les deux cicatrices, on apercevait les battements du cerveau.

La ligature, l'élimination de la hernie, la cicatrisation du lambeau protecteur se sont faites sans accidents, ni cérébraux, ni généraux, sans douleurs, sans fièvre (fig. 99, 100, 101).

Le malade était gai, mangeait, lisait, et ne montrait jamais d'impatience.

Les fonctions cérébrales sont restées normales, et aujourd'hui 3 octobre 1894, trois mois et demi après le début des accidents, la guérison peut être considérée comme complète. Plus d'amnésie verbale, mémoire parfaite, lecture et écriture faciles. Un peu de susceptibilité de caractère qui n'existait pas auparavant. S*** s'impatiente vite dans une discussion avec ses camarades et déclare avoir une intolérance dont il reconnaît lui-même le manque de raison; il est d'ailleurs sympathique à tous.

Embonpoint et force musculaire aussi marquée à droite qu'à gauche au dynamomètre. Jamais de maux de tête. Du côté de la plaie, les deux cicatrices séparées l'une de l'autre de trois centimètres et demi sont régulières et indolores.

Au-dessus du pavillon de l'oreille, on sent à travers les téguments le bord de la perte de substance osseuse et au centre un tissu mou et animé de battements qui se soulève légèrement pendant l'effort.

Du côté de l'oreille, sifflement permanent, montre entendue à 20 centimètres.

S... nous écrit deux fois par an. Voici sa lettre de juillet 1897 : « quant à ma tête, c'est toujours la même chose. Il y a des jours, je ne la sens pas. Mais mon métier de maçon est trop fatigant. Je souffre un peu ; mais enfin ça se passe tout de même. »

En janvier 1898, il ne nous parlait plus des douleurs de tête et ne nous exprimait que ses regrets d'être réformé, ce qui l'empêchait de trouver facilement du travail.

Thrombose suppurée du sinus latéral. — Depuis 1880, et à l'instigation de Zaufal, la thrombose suppurée du sinus latéral est l'objet d'un traitement méthodique.

Le thrombus suppuré est considéré comme un abcès inclus dans la cavité du sinus ; et traité ainsi qu'un abcès ordinaire, par l'incision, l'évacuation du contenu et le drainage.

Mais comme les éléments septiques intrasinusiens sont exposés à pénétrer dans le courant circulatoire, on a admis comme corollaire du principe précédent la nécessité de la ligature de la veine jugulaire interne pour barrer la route aux embolies.

Si ces propositions sont nouvelles en otologie, elles ne le sont pas en pathologie chirurgicale, car il y a longtemps que les chirurgiens ont essayé d'opposer la ligature des veines à l'extension de l'infection purulente.

L'accueil très favorable fait à la méthode de Zaufal nous oblige de la présenter comme la méthode thérapeutique de choix des thromboses suppurées.

L'opération comprend deux temps principaux :

- a) La ligature de la veine jugulaire interne ;
- b) La désinfection de la gouttière pétro-mastoïdienne et du sinus latéral.

1^{er} temps. — Ligature de la veine jugulaire interne.

Si l'on en avait la liberté, c'est évidemment au-dessus du tronc

veineux thyro-linguo-facial qu'il faudrait fermer la jugulaire, pour supprimer le plus grand nombre possible de voies de retour du sang infecté dans la circulation générale. Mais le processus inflammatoire descend souvent au delà de l'embouchure de ce tronc ; et surtout, l'opération est d'une extrême difficulté non seulement parce que la situation de la veine est profonde, qu'elle est entourée d'organes très importants, mais parce que l'affection auriculaire a produit des adénites, des infiltrations œdémateuses ou purulentes qui masquent la veine et l'enfoncent au milieu d'une gangue d'où on ne peut la tirer.

Heureusement que la ligature de la veine jugulaire faite plus bas, un peu au-dessous du bord supérieur du thyroïde, ou aux environs du cartilage cricoïde, en un mot aux lieux d'élection de la ligature de la carotide primitive, produit les mêmes résultats thérapeutiques. C'est là qu'il faut la découvrir et la lier. Le procédé de recherche du vaisseau veineux est le même que celui de la carotide primitive.

2^e temps. — Désinfection du sinus latéral.

L'antrotomie est préalablement pratiquée suivant le procédé exposé page 169.

On sait que la portion sigmoïde du sinus latéral descend en arrière de l'antre à une distance de 6, 7 et 10 millimètres. Mais les exceptions sont nombreuses ; et nous avons déjà dit que le sinus passait quelquefois en avant de l'antre. On a voulu préciser par des recherches anatomiques les rapports de l'antre et du sinus. Mais ces rapports sont tellement variables que les résultats des recherches n'ont pas d'utilité pratique. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que le sinus est d'autant plus rapproché de l'antre que l'apophyse mastoïde est plus petite et plus dure. L'opérateur ne peut en réalité procéder que par tâtonnement à la découverte du sinus. — Pour ce faire, on agrandit en arrière, à l'aide de la gouge et du maillet, et en se tenant à la hauteur du méat auditif, le canal opératoire déjà formé par l'ouverture de l'antre ; on ciselle jusqu'à ce qu'on ait enlevé un copeau de la gouttière pétro-mastoïdienne et mis à nu un point de

la paroi sinusienne. La première partie découverte est généralement le coude antérieur du sinus qui est situé sur un plan plus superficiel que le reste du vaisseau, et qui devient le point de repère pour le défoncement du reste de la gouttière sinusale. Il faut dégager autant que possible le coude antérieur du sinus qui est le centre du débouché des veines mastoïdiennes et se porter de là vers le pressoir d'Hérophile, si c'est nécessaire ; et toujours vers le bulbe de la jugulaire interne. Chipault reproche aux opérateurs d'avoir trop laissé de côté ce bulbe jugulaire comme inabordable. « Or il est beaucoup plus facile qu'on ne pourrait croire « d'arriver jusqu'à lui, si profond qu'il soit. En effet la paroi « antérieure osseuse du coude sinusale étant réséquée, on n'a qu'à « décoller la dure-mère en dedans de ce coude et la refouler en « arrière, pour avoir sous les yeux une crête de tissu compact « formant la paroi externe du dôme osseux qui contient le bulbe. « En faisant sauter de dehors en dedans cette crête peu épaisse, « on pénètre dans la partie la plus élevée du dôme, partie qui « est située au même niveau horizontal que le coude sinusale, bien « au-dessus de la communication étranglée du sinus et de la « veine, que le dôme bulbaire surmonte d'un centimètre à un « centimètre et demi. Suivant son épaisseur, avec ces précau- « tions, on ouvrira tous les points les plus gravement atteints de « la loge sinuso-jugulaire, ceux qui formeraient, avec une inter- « vention moins vigoureusement conduite, des diverticules im- « possibles à désinfecter. En outre, on ne courra risque de léser « aucun organe important, tandis qu'en réséquant l'os de haut « en bas, suivant la direction du sinus, on blesserait presque « sûrement le nerf facial en arrière du conduit auditif externe, « près du trou stylo-mastoïdien. » (Chipault, Chir. op. du système « nerveux, t. I, p. 556.)

Difficile sur le cadavre, l'ouverture de la loge sinusale l'est beaucoup moins sur le vivant où l'os est carié et le sinus décollé par des fongosités ou des matières purulentes. Il n'est même pas rare de voir sortir le pus en bouillonnant et mélangé à des gaz d'une odeur très fétide. Toute la loge doit être désinfectée avec soin, sans oublier un prolongement fréquent de l'abcès épiméningé sur la face postérieure du rocher.

Puis on aborde le sinus. Il est quelquefois partiellement sphacélé, ou il apparaît dur, tendu et sans battements. Une exploration de son contenu avec une seringue de Pravaz a été souvent pratiquée.

La technique de la désinfection du sinus mérite d'être présentée avec quelques détails. Nous les emprunterons à Broca qui les a empruntés lui-même à A. Lane et à Macewen.

On incise la paroi externe du sinus sur une longueur de 2 à 3 centimètres, en évitant de blesser la paroi interne, ce qui amena une hémorragie intra-crânienne mortelle chez un malade de Brieger (Dis. inaug. Wurzburg, 1892).

Le caillot mis à nu est saisi avec une pince et est mobilisé par des tractions exercées alternativement sur les deux extrémités. Le bout jugulaire sera, en principe, extrait le premier. Mais il va sans dire qu'on commencera par le bout qui semblera se mobiliser le mieux. Au reste, c'est d'ordinaire le bout jugulaire qui vient le plus aisément, et on a noté que lorsqu'une extrémité reste dans le sinus, c'est en général celle du pressoir d'Hérophile. C'est heureux puisque la ligature au delà étant impossible, il a une certaine utilité pour éviter l'hémorragie, sans être très dangereux au point de vue des embolies.

Lorsque le golfe jugulaire est débarrassé, l'hémorragie est le plus souvent minime : les sinus pétreux supérieur et inférieur thrombosés d'ordinaire, n'amènent que peu ou pas de sang. Il n'en est pas de même, cela va sans dire, lorsqu'on débouche le pressoir d'Hérophile, ce que Parker et Pritchard conseillent de faire de parti pris, à la curette, au besoin, si le caillot se fragmente. Alors s'élançait un énorme jet de sang noir, utile jusqu'à un certain point pour laver le caillot infecté, mais qu'il importe d'arrêter au plus vite. Heureusement qu'à cela suffit toujours le tamponnement à la gaze iodoformée ou au cagut, ce dernier agent ayant l'avantage d'être résorbable, en sorte qu'on n'a plus à s'occuper du tampon. Dans aucun cas, on n'a observé d'hémorragie consécutive.

Après avoir ainsi arrêté le sang du bout central, on a tout loisir pour nettoyer la cavité veineuse entre le sinus latéral ouvert et la ligature de la jugulaire. Rien n'est plus facile, après avoir