

méningo-encéphalocèle qui siège, en avant ou en arrière, sur les sutures et les fontanelles, s'accompagne assez fréquemment de battements, est plus ou moins réductible, n'offre point de bourrelet périphérique. Les kystes dermoïdes ont aussi pour lieu d'élection la région des fontanelles, surtout l'antérieure. Les bosses sanguines du cuir chevelu n'ont pas le même siège et se résorbent plus vite.

Traitement. — Le céphalématome tend naturellement à la guérison. Donc, en dépit de l'inquiétude fréquente des parents, il n'y a qu'à attendre, en faisant une légère compression sous un petit bonnet. Il est rare qu'on ait à intervenir par une ponction.

CHAPITRE III

TUMEURS ET INFLAMMATION DE LA VOÛTE

I. — CANCER DES OS DU CRANE

Trois types peuvent s'observer. Un épithélioma des téguments épicroaniens, progressivement ulcéré, envahit la voûte : il s'agit alors d'une propagation cancéreuse à l'os et le cas est net.

Deuxième variété : un cancer, généralement un sarcome, débute par les os du crâne, dans le tissu spongieux du diploé ;

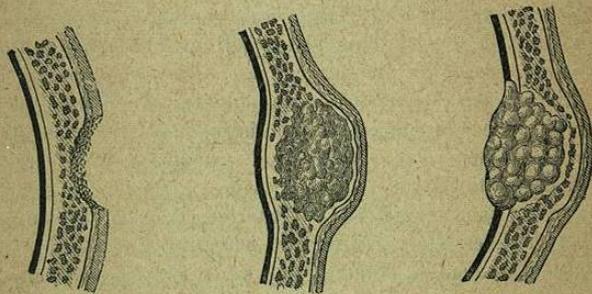


Fig. 44.

Cancer du cuir chevelu, propagé à la voûte.

Cancer primitif de la voûte.

Cancer de la dure-mère

depuis le travail de WALTHER, en 1820, cette variété est reconnue par les chirurgiens.

Enfin, troisième type, plus intéressant par les discussions qu'il a suscitées que par son importance clinique réelle, car c'est une variété rare : le *fungus de la dure-mère*, développé

primitivement ainsi que Louis l'a établi dans sa monographie de 1774, aux dépens de la face externe de la dure-mère et finissant par perforer la voûte de dedans en dehors. Entre ces deux dernières espèces de tumeurs malignes de la voûte, le diagnostic est souvent difficile.

Il peut arriver, comme nous en avons observé un exemple, qu'un malade atteint d'un sarcome siégeant en un point quelconque, présente ultérieurement, au niveau de la voûte, une tumeur, plus ou moins molle, avec amincissement de la lame externe à son niveau et production d'une crépitation parcheminée : il s'agit alors d'une infection sarcomateuse secondaire, dont le point de départ probable occupe la voûte elle-même et sa lame diploïque. La marche en est généralement rapide; des symptômes de compression ou d'irritation cérébrale ne tardent point à se montrer : vertiges, convulsions, paralysies. Le chirurgien est à peu près désarmé devant cette infection sarcomateuse, à foyers ordinairement multiples.

Le fungus dure-mérien est, au point de vue histologique, tantôt un carcinome épithélial (WIRCHOW et RINDFLEISCH), pouvant avoir son point de départ dans l'endothélium des sinus, tantôt un sarcome. Tant que la tumeur est contenue dans la cavité crânienne, son diagnostic est impossible; elle ne se révèle que par de la céphalalgie, des irradiations douloureuses, parfois des phénomènes de compression ou d'excitation cérébrale, vomissements, perte de connaissance, parésie. Ce n'est qu'à partir de son apparition à l'extérieur, que la tumeur peut être reconnue : elle est ronde ou bosselée, tantôt dure, tantôt molle et fongueuse, donnant par sa dépression une sensation de crépitation osseuse tant que la lame externe amincie persiste, fixe dans la région qu'elle occupe sur le crâne, siège de battements qui correspondent au pouls et à la respiration, partiellement réductible et quelquefois accompagnée dans sa réduction d'accidents de paralysie, encadrée à son pourtour d'un rebord osseux inégal. Le fungus dure-mérien a une marche lente. Le traitement consiste dans une craniectomie large, avec excision de la dure-mère au delà du néoplasme.

II. — TUMEURS VASCULAIRES EN COMMUNICATION AVEC LA CIRCULATION VEINEUSE ENDO-CRANIENNE

On observe sur la voûte du crâne des tumeurs sanguines communiquant avec le sinus longitudinal supérieur. Deux variétés, selon LANNELONGUE, doivent être distinguées : 1° les unes, exceptionnelles d'ailleurs, sont des *hématomes épicroaniens d'origine traumatique* restés en communication avec le sinus ou avec la veine émissaire de SANTORINI dont l'ouverture leur a donné naissance; 2° les autres, plus fréquentes, sont des *angiomes congénitaux*, extra-crâniens, constitués tantôt par une dilatation flexueuse des veines, tantôt par un état caverneux ou aréolaire, et qui se sont mis en rapport avec le sinus longitudinal par de véritables canaux veineux perforants.

Les sièges d'élection de ces tumeurs vasculaires communicantes sont : la région occipitale, au voisinage des pariétaux; la région frontale. Elles sont situées entre le péricrâne et la couche fibro-musculaire; leur paroi profonde présente les pertuis osseux plus ou moins larges, selon l'ampleur des vaisseaux perforants; leur paroi externe est recouverte de téguments généralement intacts. La tumeur ne présente ni battements, ni souffle. Elle est réductible, avec lenteur, et quelquefois incomplètement. Le caractère par lequel peut se reconnaître un angiome communiquant est la rapidité avec laquelle cette tumeur se met en tension lorsque le malade penche la tête en avant, le brusque accroissement qui en résulte et la détente considérable qui se produit quand la tête se relève. Ces angiomes veineux, avec communication endocrânienne, doivent être traités par l'extirpation : nous l'avons fait avec succès.

III. — OSTÉITES DE LA VOUTE CRANIENNE

Trois variétés d'ostéite s'observent à la voûte du crâne : 1° l'ostéomyélite aiguë; 2° la tuberculose; 3° la syphilis tertiaire.

1° OSTÉOMYÉLITE INFECTIEUSE

L'ostéomyélite staphylococcique ou streptococcique frappe les jeunes sujets. Son début est brusque, marqué par une violente céphalalgie, par de l'hyperthermie, du délire. En trois ou quatre jours, se manifeste un gonflement fluctuant de l'épicroâne. Cette ostéite infectieuse est d'une haute et prompt gravité, par le double péril de la sinusite et de la méningite: les veines du diploé sont le siège d'une thrombo-phlébite qui gagne les sinus: d'autre part, l'inflammation septique du diploé entraîne, sur les deux faces de la voûte, la production d'une périostite suppurée, qui se propage aux méninges. Si, par exception, et grâce à une incision précoce du foyer, le malade ne succombe point à cette infection, la lame osseuse, dépériostée sur ses deux faces se nécrose; et, particularité intéressante, la formation et l'élimination du séquestre ne sont pas accompagnées de la production d'un os périostique engageant; la cavité de nécrose se ferme par une membrane fibreuse. A côté de ces formes hypertoxiques, on peut observer des ostéopériostites, limitées à la face externe, de moindre gravité, curables par une intervention rapide, comme nous en avons observé deux exemples.

2° TUBERCULOSE DE LA VOUTE

La tuberculose crânienne a pour sièges d'élection les pariétaux et le frontal. Une forme est particulièrement fréquente: c'est la « nécrose perforante ». La plaque frappée d'ostéite nécrosante présente ordinairement une forme arrondie; ses dimensions varient d'une pièce de dix sous à cinq francs. Le séquestre, d'une coloration blanche ou jaunâtre, entouré de substance caséuse, présente souvent un véritable « enclassement »: le sillon, qui limite la nécrose, offre un biseau taillé aux dépens de la face interne, par suite, le séquestre, plus large que le trou à travers lequel on l'aperçoit, ne peut sortir spontanément; il est nécessaire de faire sauter à la gouge le

biseau qui l'enclasse. La tuberculose de la voûte n'est pas toujours « perforante » selon le mot de VOLKMANN: il est des cas de nécrose non pénétrante et des faits, plus rares, d'ostéite fongueuse, non nécrosante.

3° SYPHILIS TERTIAIRE DE LA VOUTE

La voûte est un lieu d'élection pour les lésions tertiaires surtout dans ses parties frontales et pariétales. Deux formes s'observent, selon que le processus gommeux aboutit à l'ostéite destructive ou à la néoformation osseuse: la *forme ulcéreuse*; la *forme hyperostotique*; mais, ainsi que le dit GANGOLPHE, ces deux modes anatomiques se combinent souvent.

Une gomme se développe dans le périoste du crâne; né des couches internes du périérâne, le bourgeon gommeux, mou, rose ou grisâtre, perce, par ostéite raréfiante, la surface de l'os et tend à envahir le tissu spongieux du diploé, où il décrit ses rampes hélicoïdales, dont les tours de spire deviennent d'autant plus grands que le bourgeon s'éloigne davantage de son point de pénétration. Un point est important: la table interne résiste, ordinairement, à

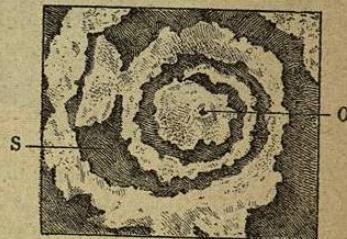


Fig. 15.

Sphère décrite par un bourgeon gommeux à la surface du crâne (RICARD et BOUSQUET).

l'envahissement du processus gommeux: mais il est des cas où l'ostéite syphilitique est perforante et se complique de *pachyméningite gommeuse*, entraînant la destruction de la vitrée. La nodosité gommeuse, composée d'éléments de faible vitalité, se transforme par dégénérescence grasseuse de ces éléments en une masse caséuse: cette masse peut disparaître par résorption évoluant « à sec » sans ulcération, ni séquestre, et laissant à la surface de la voûte une érosion en godet, d'où résulte une cicatrice déprimée caractéristique.

Dans d'autres cas, la gomme ramollie s'enflamme, ulcère la peau : de là, une ulcération anfractueuse, tendant à s'accroître par la périphérie, entraînant une nécrose de l'os sous-jacent ainsi découvert; ces séquestres mettent un temps prolongé à se limiter et à s'éliminer en raison de leurs relations persistantes avec l'os sain avoisinant. — Un fait est frappant, sur

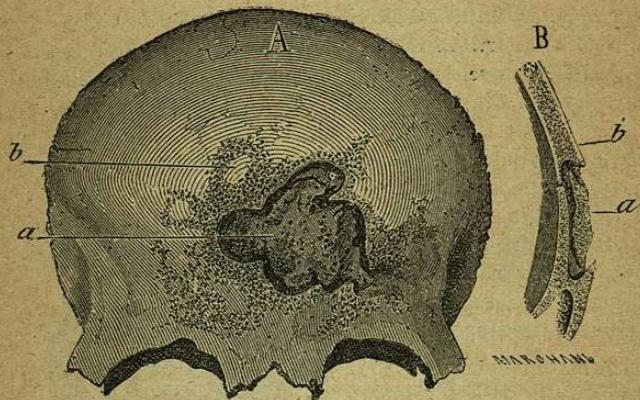


Fig. 16.

Nécrose syphilitique du frontal avec ostéite productive

A, frontal, vu de face; a, séquestre; b, productions osseuses; B, coupe longitudinale comprenant le séquestre a et la partie b de l'os vivant qui l'enclasse.

ces crânes syphilitiques, vermoulus et ravagés par les bourgeons gommeux : c'est la coexistence avec ce processus de raréfaction d'une ostéite condensante aboutissant à des hyperostoses locales formant de véritables plaques éburnées, dures et lourdes comme l'ivoire. Dans les nécroses syphilitiques limitées, incurables par le traitement spécifique, l'ablation du séquestre abrège les lenteurs de l'élimination et prévient la pachyméningite gommeuse et l'encéphalite : nous avons ainsi réséqué la presque totalité d'un frontal.

CHAPITRE IV

DES HYDROCÉPHALIES

Définition. — L'hydrocéphalie est constituée par l'accumulation anormale et sous tension du liquide céphalo-rachidien dans la cavité des ventricules. De cette hydropisie ventriculaire résultent : 1° la distension des hémisphères cérébraux ; 2° la dilatation de la boîte crânienne.

Cette forme ventriculaire — *hydrocéphalie interne* des auteurs — est celle qu'on observe dans la grande majorité des cas. Sous le nom d'*hydrocéphalie externe*, on a décrit, par abus de langage, des collections séreuses siégeant entre la dure-mère et le crâne ou entre la dure-mère et l'arachnoïde (résultant de la transformation d'hémorragies méningées) et même les infiltrations séreuses de la pie-mère (œdème pie-mérien) qui doivent être rayées du cadre de l'hydrocéphalie. Dans quelques cas d'hydropisie ventriculaire, il arrive, selon West, que les commissures cérébrales distendues cèdent et que du liquide se répand sous les méninges ; ailleurs, d'après d'Astros, le cerveau mal conformé montre une ouverture large entre les cavités ventriculaires et les méninges : dans ces cas, une nappe liquide sous-arachnoïdienne s'ajoute à l'hydropisie des ventricules et le cerveau baigne entre deux eaux.

Étiologie et pathogénie. — Deux éventualités expliquent la production de l'hydropisie ventriculaire : 1° une hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien ; 2° un trouble dans ses conditions normales de filtration et d'écoulement.

1. *Hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien.* — La sérosité des hydrocéphalies chroniques se rapproche absolument, par ses caractères et sa composition, du liquide céphalo-rachidien