

produire à distance et dans la partie diamétralement opposée, car il existe très certainement des contusions du cerveau par contre-coup. Il me paraît rationnel de choisir le lieu où siègent et d'où rayonnent les douleurs. Nos connaissances, si élémentaires qu'elles soient, sur les localisations cérébrales, pourront être un guide précieux. Si, par exemple, le malade est atteint de monoplégie brachiale droite avec aphasie, il est vraisemblable que la lésion porte sur le pied de la circonvolution frontale ascendante.

Un foyer de suppuration intra-cranien peut s'être développé sans violence extérieure préalable sous l'influence de la tuberculose ou de la syphilis : c'est un tubercule ramolli ou bien une gomme suppurée. Les accidents sont à peu près les mêmes que dans le cas précédent et varient d'ailleurs nécessairement suivant le point du crâne où siège l'abcès. Le diagnostic et les indications opératoires sont encore bien plus obscurs que dans les cas précédents, car, pour la syphilis en particulier, on peut se demander s'il s'agit d'une périostose, d'une exostose, d'une gomme ou d'une ostéite syphilitiques. Un malade me fut adressé à l'Hôtel-Dieu en mai 1885 par le docteur Gaube, du Gers, pour une perforation du voile du palais d'origine syphilitique. Il fut pris subitement, sous nos yeux, de monoplégie brachiale gauche et de parésie du membre inférieur du même côté avec mouvements convulsifs généralisés ; la sensibilité était conservée. Notre diagnostic avait été : gomme siégeant probablement dans l'écorce de la circonvolution frontale ascendante droite. A l'autopsie nous trouvâmes un foyer de ramollissement dans la pariétale ascendante avec oblitération complète de l'artère de cette circonvolution. Qu'eût produit une intervention dans un cas semblable ? rien absolument.

Je suis d'avis, jusqu'à nouvel ordre au moins, qu'on se contente de la médication interne dans le traitement des abcès ou autres tumeurs développées *spontanément* dans la cavité intra-cranienne.

### CHAPITRE III

#### AFFECTIONS ORGANIQUES DU CRANE.

Nous désignons sous le nom d'affections organiques du crâne les diverses tumeurs dont est atteinte cette région. Elles procèdent des téguments, des os ou de la cavité crânienne.

Les tumeurs développées dans la cavité crânienne constituent un groupe spécial relevant du domaine de la pathologie interne tant qu'elles ne font pas saillie à l'extérieur ; nous en avons parlé suffisamment dans le chapitre précédent à propos des abcès. Nous étudierons donc exclusivement les tumeurs faisant relief à la voûte du crâne. En voici tout d'abord un tableau synoptique ; je ferai remarquer que pour dresser ce tableau je me suis guidé sur l'ordre qu'il convient de suivre dans l'interrogatoire du malade.

#### Classification des tumeurs faisant relief à la voûte du crâne.

CONGÉNITALES.....	}	Méningocèle.					
		Encéphalocèle.					
ACQUISES.....	}	Bosse sanguine.					
		Céphalématome.					
		Kyste dermoïde.					
		Réductibles.....	}	Fongis de la dure-mère.			
				Tumeur veineuse communicante.			
		Irréductibles....	}	Angiome.			
				Anévrysmes....	}	Artériel.	
						Cirsoïde.	
						Artérioso-veineux.	
				Solides.....	}	Kyste sébacé.	
Corne épidermique.							
Epithéliome.							
Carcinome.							
Sarcome.							
Lipome.							
Fibrome.							
Liquides.....	}	Fibro-adénome.					
		Exostose.					
		Hypérostose.					
Gazeuses.....	}	Kyste séreux.					
		Kyste sébacé ramolli.					
			Pneumatocèle.				

En présence d'une tumeur du crâne, on doit résoudre les problèmes suivants :

1° La tumeur est-elle congénitale ou bien est-elle acquise ?

2° La tumeur est-elle réductible ?

3° Si la tumeur est réductible, la réduction s'opère-t-elle dans la cavité crânienne ou bien au dehors de cette cavité, autrement dit, communique-t-elle ou ne communique-t-elle pas avec la cavité du crâne ?

4° Si la tumeur n'est pas réductible, appartient-elle au groupe des tumeurs solides, liquides ou gazeuses ?

Développons sommairement ce programme.

A. **Tumeurs congénitales.** — Les tumeurs du crâne con-

génitales sont : la hernie du cerveau ou de ses enveloppes (méningo-encéphalocèle); la bosse sanguine; le céphalématome; les kystes dermoïdes.

a. *Méningo-encéphalocèle.* — La méningo-encéphalocèle est un vice de conformation, un arrêt de développement, résultant d'une sorte de spina-bifida crânien, comme disait Cruveilhier. Tantôt les méninges seules, beaucoup plus souvent le cerveau et les méninges avec une quantité plus ou moins grande de liquide céphalo-rachidien, constituent la tumeur. Celle-ci présente un volume très variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui de la tête même de l'enfant, de telle sorte que la presque totalité de l'encéphale peut être comprise dans la tumeur. Elle est peu ou pas réductible. Le caractère clinique le plus important de la méningo-encéphalocèle est son siège : elle occupe toujours la ligne médiane ou le voisinage de cette ligne, au niveau des sutures. C'est aux régions occipitale et fronto-nasale qu'on l'observe presque constamment.

Les méningo-encéphalocèles étant compatibles avec l'existence, surtout lorsqu'elles n'atteignent qu'un petit volume, peuvent être observées chez l'adulte. Elles ne se révèlent alors par aucun caractère spécial, et présentent l'indolence des loupes : on devine aisément le désastre qui peut résulter de la confusion de ces deux affections. En conséquence, *lorsqu'une tumeur de la voûte crânienne est congénitale et siège sur la ligne médiane, ou à son voisinage, il faut songer à une méningo-encéphalocèle, et bien se garder d'y toucher.*

b. *Céphalématome.* — Le céphalématome consiste en une collection sanguine siégeant entre le péri-crâne et les os. Il existe dès la naissance, et augmente dans les jours qui suivent; son siège est à peu près constamment le même, l'angle supérieur et postérieur du pariétal droit. Cependant on peut l'observer à gauche dans le point correspondant, et il peut même être double; les deux céphalématomes sont séparés l'un de l'autre par la ligne médiane, car, à l'inverse de la méningo-encéphalocèle, ils ne sont jamais médians. Après quelque temps la base s'indure et se trouve circonscrite par un bourrelet circulaire osseux.

Ces caractères me paraissent suffisants pour distinguer à la naissance un céphalématome d'une méningo-encéphalocèle, et ce sont

en réalité les deux seules affections que l'on pourrait confondre. La *bosse sanguine des nouveau-nés* ne présente en effet aucun des caractères précédents, et je ne la mentionne que pour mémoire.

Quant aux *kystes dermoïdes* qui résultent d'un pincement de la peau dans une fente branchiale au moment de la fermeture de cette fente, ils sont aussi par cela même congénitaux. Mais à la naissance ils sont à peine appréciables et, comme ils occupent un siège à peu près constant, la queue du sourcil et la région mastoïdienne, j'y reviendrai à propos de ces régions.

**B. Tumeurs acquises.** — Le groupe des tumeurs du crâne acquises, c'est-à-dire développées après la naissance, est beaucoup plus nombreux que le précédent.

Après vous être assuré que la tumeur n'est pas congénitale, exercez à sa surface une certaine pression pour rechercher si elle est réductible et dans quelle proportion elle se réduit. Informez-vous auprès du malade lui-même pour savoir si la tumeur présente des oscillations dans son volume : c'est à un renseignement de ce genre que je dus un jour d'éviter une grave méprise.

*La tumeur est réductible.* — Vous êtes selon toute probabilité en présence d'une des tumeurs suivantes : un fungus de la dure-mère (terme générique d'un certain nombre de tumeurs de nature diverse), une tumeur veineuse en communication avec la circulation intra-crânienne; un angiome; un anévrysme artériel vrai ou cirsoïde; un anévrysme artérioso-veineux.

a. *Fungus de la dure-mère.* — Les fungus de la dure-mère ont été désignés sous ce nom alors que l'histologie pathologique n'existait pas encore. Basé sur les caractères extérieurs, ce nom signifiait que la tumeur avait la forme d'un champignon et qu'elle dépendait de la dure-mère, ce qui est exact. Le plus souvent en effet les fungus naissent de la face externe de cette membrane, et histologiquement ce sont en général des *sarcomes*. Le carcinome et l'épithéliome de la dure-mère sont rares et presque toujours secondaires.

Les fungus présentent dans leur évolution deux périodes : une première pendant laquelle ils sont situés dans la cavité du crâne, échappent à nos explorations et ne peuvent être que soupçonnés. Dans une seconde période, ils perforent les os du crâne et viennent faire saillie sous les téguments. Dès lors la marche est ra-

pide ; la peau distendue ne tarde pas à s'amincir et à se perforer. C'est bien alors un véritable champignon, grisâtre, fongueux, saignant, pouvant acquérir un volume énorme et qui, implanté dans le crâne, s'épanouit au dehors.

On y observe souvent des battements, quelquefois du bruit de souffle, et enfin la tumeur est en partie réductible.

A sa dernière période, le sarcome de la dure-mère est d'un diagnostic facile, mais il n'en est pas de même aux périodes précédentes. Lorsqu'il est encore enfermé dans le crâne, nous sommes livrés à de pures hypothèses, mais, lorsqu'après avoir usé et perforé les os il fait relief sous la peau intacte, on le confondrait facilement avec les tumeurs du crâne ayant pour caractères cliniques d'être réductibles, de présenter de la rénitence, des battements et du bruit de souffle. J'estime, par exemple, que, lorsqu'une pareille tumeur se trouve située sur le trajet de l'artère méningée moyenne, le diagnostic est presque impossible, car l'anévrysme de l'artère méningée parcourt aussi les deux périodes intra et extra-craniennes.

On confondrait moins facilement le sarcome de la dure-mère avec une tumeur vasculaire primitivement extra-cranienne (angiome, anévrysme). Dans ce dernier cas, en effet, il n'y a pas eu de première période avec son symptôme douleur, et la réductibilité n'entraîne aucun trouble cérébral, ce qui est le contraire lorsque l'on comprime le fongus. De plus, les angiomes et les anévrysmes présentent des caractères qui leur sont propres, et que je signalerai dans un instant.

b. *Tumeur veineuse communiquant avec la circulation intracranienne.* — Décrite pour la première fois en 1858 par le docteur Dupont, cette tumeur est un véritable kyste sanguin. Généralement de petit volume, elle est lisse, régulière, molle, fluctuante et réductible. La réductibilité présente ce caractère important d'être complète, c'est-à-dire que la tumeur disparaît entièrement, ce qui n'arrive pas dans le fongus de la dure-mère. Après la réduction, on sent nettement le petit pertuis osseux par lequel sort le sang veineux. Il n'existe d'ailleurs ni battement ni bruit de souffle ; l'inclinaison en bas de la tête détermine l'apparition de la tumeur ou bien la fait augmenter de volume. Il en est de même des efforts d'expiration. Ces oscillations très appréciables constituent l'un des principaux éléments du diagnostic. Elle est

complètement indolente. On se fera d'ailleurs une idée nette de la symptomatologie de cette affection en se rappelant que la tumeur est une petite poche sanguine communiquant largement, soit avec les veines du diploé, soit avec l'un des sinus de la dure-mère.

Il est possible que ce soit une varice d'une veine émissaire, ou bien le prolongement à l'extérieur, par usure des os du crâne, d'un des laes dérivatifs de sûreté des sinus décrits dans ces derniers temps par MM. Trolard et Ch. Labbé.

c. *Angiome.* — Il est assez fréquent d'observer des angiomes sur le crâne.

Ils s'y présentent sous les deux formes classiques : angiome simple ou tache érectile, et angiome caverneux ou tumeur érectile. Ils ne diffèrent pas de ceux qu'on observe dans les autres régions du corps : inutile donc d'y insister. Je reviendrai sur le diagnostic de l'angiome caverneux avec l'anévrysme cirsoïde.

d. *Anévrysmes artériels.* — On observe au crâne deux sortes d'anévrysmes artériels : l'anévrysme vrai et l'anévrysme cirsoïde.

L'anévrysme vrai peut atteindre toutes les branches collatérales et terminales de l'artère carotide externe, mais c'est principalement sur le trajet de l'artère temporale qu'on le rencontre. Il reconnaît presque toujours pour cause un traumatisme, et la saignée de cette artère, jadis en honneur, en était assez fréquemment le point de départ. Le diagnostic en est facile, grâce à sa situation superficielle : tumeur circonscrite, molle, dépressible, réductible, située sur le trajet de la temporale, s'accompagnant de battements et de bruits de souffle intermittent.

Le diagnostic est beaucoup plus obscur, si l'anévrysme siège sur l'artère méningée moyenne, affection d'ailleurs très rare et le plus souvent confondue au début avec un fongus de la dure-mère, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer. Ces deux maladies ont beaucoup de caractères communs : renfermées dans l'intérieur du crâne au commencement de leur évolution, elles arrivent, en usant les os par pression continue, à faire relief à l'extérieur. A ce moment encore le diagnostic reste obscur : consistance à peu près identique, battements, bruit de souffle et réductibilité dans les deux cas. Ces derniers signes sont, il est vrai, plus accusés dans l'anévrysme que dans le fongus, mais au total ce ne sont que des nuances qui les distinguent, et l'on conçoit que des chirurgiens

giens expérimentés aient confondu ces deux affections au point de lier la carotide primitive sur un malade atteint de fungus et non d'anévrysme. Plus tard, lorsque la peau est détruite, et que le néoplasme bourgeonne à l'extérieur, le doute n'est plus possible.

e. *Anévrysme cirsoïde.* — L'anévrysme cirsoïde, appelé encore varice artérielle, anévrysme par anastomose, angiome rameux, est caractérisé par la dilatation et les flexuosités infinies d'un département artériel. Il affecte une certaine prédilection pour le crâne et siège en général à la tempe. Au début, les sinuosités normales et le volume de l'artère temporale paraissent seulement exagérés, mais plus tard les rameaux et ramuscules se prennent et s'enchevêtrent à leur tour, de façon à constituer une tumeur diffuse d'un aspect tout spécial, et qui donne au toucher la sensation d'un paquet de ficelles ou de vers de terre enroulés. De consistance molle, la tumeur est facilement réductible. Agitée de battements violents, elle donne naissance à un bruit de souffle intense et souvent très pénible pour le malade. Ce souffle a pour caractère d'être continu avec redoublement; le doigt appliqué à la surface de la tumeur perçoit le frémissement spécial appelé *thrill*, lequel est également continu, avec redoublement à chaque systole du cœur. Les vaisseaux ainsi distendus marquent leur empreinte sur les os du crâne et arrivent même parfois à les user de dehors en dedans. Des prolongements peuvent gagner l'orbite, déterminer de l'exorbitisme et la cécité. D'autre part la peau est susceptible de s'ulcérer, d'où la production d'hémorragies d'une gravité extrême.

Le diagnostic de l'anévrysme cirsoïde ne présente en général aucune difficulté. Bien qu'appartenant de très près à la famille des angiomes caverneux artériels, il en diffère en ce que ces derniers sont plus circonscrits, mieux limités, et ne présentent pas ces énormes dilatations d'une artère. De plus, si on observe dans l'angiome du bruit de souffle et des battements, ce n'est jamais au même degré que dans l'anévrysme cirsoïde, et il n'y a pas de *thrill*. Il est cependant une affection qui se rapproche par certains côtés de l'anévrysme cirsoïde et dont je dois présenter maintenant une courte description.

f. *Anévrysme artérioso-veineux.* — L'anévrysme artérioso-veineux du crâne a été observé surtout sur le trajet de l'artère tem-

porale. Déjà peu commun autrefois, il est devenu infiniment rare depuis que l'on ne pratique plus la saignée de la temporale, cause habituelle de cette affection. En général, la communication s'établit directement entre l'artère et la veine temporales, sans l'intermédiaire d'un sac, c'est donc plutôt une varice anévrysmale. Les veines se dilatent, s'artérialisent en quelque sorte (phlébartérie) et acquièrent parfois un volume énorme; la veine frontale a pu atteindre les dimensions de la veine sous-clavière. Tous ces vaisseaux distendus donnent naissance à une tumeur ayant de l'analogie avec l'anévrysme cirsoïde, d'autant plus qu'elle est agitée de battements, et qu'on y trouve le bruit de souffle et le *thrill* avec ce même caractère d'être continu avec redoublement.

Le diagnostic entre ces deux affections peut cependant s'établir assez facilement, et j'ajoute qu'il y a intérêt à le faire, car le traitement est loin d'être le même dans les deux cas. Bien que l'anévrysme cirsoïde puisse succéder à un traumatisme, c'est loin d'être constant, tandis que nous avons toujours une blessure comme point de départ de la phlébartérie; le bruit de souffle et le *thrill* s'entendent dans les deux cas à une grande distance, mais dans l'anévrysme artérioso-veineux il existe un point maximum qui correspond à l'orifice de communication entre l'artère et la veine, ce qui n'a pas lieu dans l'anévrysme cirsoïde. Enfin, et c'est là l'élément principal du diagnostic différentiel, si on applique le doigt sur cet orifice de façon à l'oblitérer, l'anévrysme se tait à l'instant, ce qui ne peut arriver pour l'anévrysme cirsoïde.

*La tumeur est irréductible.* — Est-elle solide, liquide ou gazeuse? c'est ce qu'il convient de rechercher tout d'abord.

Si la tumeur est solide, vous devrez songer à une *tumeur sébacée* (kyste sébacé, loupe), à une *corne épidermique*, un *épithéliome*, un *carcinome*, un *sarcome*, un *lipome*, un *fibrome* ou *fibro-adenome*, une *exostose*, une *hyperostose*.

Il est inutile de prendre en détail chacune de ces tumeurs dont la plupart ne présentent rien de spécial à la région crânienne. Exceptons-en cependant les loupes ou kystes sébacés dont le siège de prédilection est le cuir chevelu.

g. *Kystes sébacés.* — Développés aux dépens des glandes sébacées, dans l'épaisseur du derme, les loupes du crâne sont extrêmement communes et présentent une marche sur laquelle je désire