

appeler l'attention. Très fermes à leur origine, elles se ramollissent à mesure qu'elles augmentent de volume et finissent par devenir fluctuantes. Tumeur arrondie, lisse, faisant corps avec le tégument, mobile sur les os, absolument indolente, tels sont les caractères cliniques qui permettent d'établir le diagnostic d'une loupe du crâne. Il est sans doute arrivé que, croyant enlever une loupe, on a rencontré un fibrome ou un lipome, mais ces deux dernières affections sont si rares par rapport aux premières qu'elles sont presque négligeables, d'autant plus que l'erreur n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour le malade. C'est principalement sur les confins du crâne que ces diverses tumeurs se rencontrent et peuvent être confondues.

A la longue, la loupe est susceptible de s'enflammer, de se ramollir et de s'ouvrir spontanément. La guérison en peut être la conséquence, mais il survient parfois une phase nouvelle dans son évolution. De la surface interne de la poche naissent des bourgeons charnus qui la remplissent, la débordent et s'épanouissent ensuite à la surface du crâne comme un véritable fungus de la dure-mère ou un épithéliome primitif du cuir chevelu. On conçoit toute l'importance du diagnostic en pareil cas. Indépendamment des signes propres aux fungus de la dure-mère sur lesquels je n'ai pas à revenir, la marche de l'affection sera suffisante pour la faire reconnaître; l'important est d'y songer quand on se trouve en présence d'une tumeur ulcérée et végétante du crâne.

Une tumeur solide peut être développée aux dépens des téguments du crâne, et ses caractères n'ont en général rien de spécial à la région qui nous occupe: c'est ainsi qu'un carcinome du cuir chevelu présentera des signes cliniques analogues à ceux du carcinome évoluant sur d'autres parties du corps. Mais, lorsque la tumeur est non seulement solide, mais dure et manifestement constituée par les os du crâne, le diagnostic peut offrir la plus grande obscurité.

h. *Tumeur de consistance osseuse.* — Trois problèmes se posent alors devant le clinicien: La tumeur est-elle une simple exostose, développée à la face externe du crâne? — Est-elle constituée seulement par la table externe de l'os que distend un produit quelconque occupant le diploé? — La paroi crânienne tout entière est-elle soulevée par une tumeur intra-cranienne, un fungus de la

dure-mère, par exemple, qui ne s'est pas encore fait jour à l'extérieur?

Si la tumeur fait sur le crâne un relief très accusé, si elle est en quelque sorte pédiculée, on peut admettre qu'elle est développée à la surface du crâne; mais, lorsque celui-ci est uniformément distendu, lorsque la tumeur se continue insensiblement avec les parties voisines, les signes physiques seuls sont impuissants à faire reconnaître si elle siège sur l'os, dans l'épaisseur de l'os ou bien à sa face profonde. Il est même difficile de reconnaître si l'os lui-même est tuméfié, ou bien s'il ne s'agit pas d'un épaississement du périocrâne, tant les deux sensations se confondent: c'est à la marche et aux signes physiologiques qu'il faut avoir recours pour arriver au diagnostic.

Une tumeur de date relativement récente remontant à plusieurs mois seulement ne peut être une exostose simple, car la marche en est beaucoup plus lente: mais il faut songer à une exostose ou une périostose syphilitique, à une gomme sous-périostale, lorsqu'il existe en même temps de violentes douleurs et surtout des douleurs nocturnes, ce qu'on n'observerait pas dans une exostose simple.

Je suppose que l'emploi méthodique et prolongé du traitement spécifique, par lequel il convient de toujours commencer, n'a produit aucune modification dans l'état du malade: il faut renoncer à l'idée de syphilis.

La tumeur provient-elle de l'intérieur du crâne, ou bien a-t-elle pris son point de départ dans le diploé?

Si la tumeur s'est primitivement développée dans la cavité crânienne, elle a donné naissance à des phénomènes graves avant d'apparaître à l'extérieur, en particulier à des douleurs violentes qu'on ne savait à quelle cause attribuer, ou même à des phénomènes de compression cérébrale, si le point de départ était à la surface du cerveau.

Donc, si la saillie extérieure de la tumeur est sensiblement contemporaine de la période des douleurs, le point de départ n'est pas intra-cranien, car il faut un temps assez long pour que la paroi crânienne soit refoulée à l'extérieur.

En procédant par élimination nous arrivons ainsi à cette conclusion: la tumeur de consistance osseuse que nous avons sous les yeux n'est ni une exostose simple, ni une périostose, ni une exostose

syphilitique, ni une tumeur intra-cranienne. Son siège est par conséquent dans le diploë; la table externe est soulevée par un produit quelconque développé entre les deux tables de l'os. Mais quel produit? S'agit-il d'une inflammation du tissu osseux ou bien d'un néoplasme tel qu'un sarcome, par exemple? Cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable, mais il est impossible de l'affirmer avant que le produit se soit fait jour à l'extérieur en usant la paroi osseuse. Cette incertitude ne porte pas d'ailleurs grand préjudice au malade, car, si l'intensité des douleurs obligeait à intervenir, le même traitement, c'est-à-dire la trépanation, serait applicable aux deux cas.

Une tumeur liquide irréductible de la voûte crânienne est en général un kyste séreux ou un kyste sébacé ramolli. Songez toujours à la possibilité d'une méningocèle irréductible lorsque le kyste occupe la ligne médiane ou le voisinage d'une suture, et ne négligez pas de demander au malade ou bien aux parents si la tumeur est congénitale.

i. *Tumeur gazeuse ou pneumatocèle du crâne.* — Denonvilliers, percutant un jour dans son service de la Charité une tumeur de la voûte du crâne, fut très surpris de la trouver sonore; elle contenait de l'air atmosphérique. Son interne Louis Thomas (de Tours) étudia ce fait curieux et en fit l'objet de sa thèse inaugurale en 1865. J'ai établi ailleurs (*Anat. top.*) le mode de production de cette tumeur, qui constitue une curiosité clinique sur laquelle il est inutile d'insister plus longuement ici.

C. Traitement des tumeurs du crâne. — Il faut se garder de toucher au céphalématome et surtout à la méningo-encéphalocèle.

Le traitement des fungus de la dure-mère est palliatif ou curatif. Lorsqu'un champignon fongueux fournit une quantité considérable de sanie purulente et saigne abondamment, je crois le chirurgien autorisé à le sectionner à ras du crâne. Faut-il aller plus loin, agrandir l'ouverture du crâne par l'application successive de plusieurs couronnes de trépan et enlever la totalité du sarcome avec la dure-mère qui en est le point de départ? Cette pratique est évidemment plus rationnelle, mais aussi infiniment

plus dangereuse. L'expérience des chirurgiens en général, et la mienne en particulier, sont nulles à cet égard, car cette affection est heureusement très rare. Il doit être surtout difficile d'apprécier à l'avance l'étendue qu'il faudra donner à la perte de substance. Toutefois cette opération est praticable, et je suis loin de la repousser d'emblée.

Le traitement des tumeurs vasculaires du crâne mérite d'attirer l'attention. Respectez soigneusement les tumeurs veineuses communiquant avec la circulation intra-cranienne et protégez-les à l'aide d'une douce compression.

Les angiomes au contraire nécessitent un traitement chirurgical. Lorsqu'on vous présentera un enfant atteint d'angiome simple, d'une de ces petites taches rouges appelées *nævi*, n'hésitez pas à conseiller tout de suite un traitement, si petite que soit la tache. Ces taches peuvent, il est vrai, rester stationnaires, mais elles sont aussi fréquemment le point de départ d'angiomes caverneux, de véritables tumeurs érectiles dont vous pourrez ainsi arrêter le développement. Si l'enfant n'est pas vacciné, on recommande de vacciner sur cette tache, mais ce procédé n'est pas certain. Celui que j'emploie d'habitude est si sûr, si simple et si inoffensif, que je le préfère à la vaccination. Il consiste à piquer la tache jusqu'à sa face profonde avec une pointe de thermo-cautère très fine chauffée au rouge sombre; on fait un nombre de piqûres en rapport avec la largeur de la tache de façon à détruire tout le tissu. On se servirait au besoin d'une aiguille fine à tricoter chauffée à la lampe à alcool.

La thérapeutique de l'angiome caverneux ou tumeur érectile est parfois entourée de sérieuses difficultés. On a proposé un grand nombre de traitements: c'est encore la cautérisation ignée interstitielle que je conseille, et à laquelle j'ai le plus souvent recours. Il faut cerner en une ou plusieurs séances la tumeur avec des pointes de feu introduites jusqu'au centre, tout autour de la base, à 1 centimètre environ d'intervalle l'une de l'autre. On en applique ensuite quelques-unes au centre, perpendiculairement à la surface. Ayez grand soin que le cautère ne soit porté qu'au rouge sombre, afin d'éviter tout écoulement de sang. On détruit ainsi une partie du tissu érectile, et la cicatrice qui résulte des brûlures étouffe le reste. Ce traitement m'a réussi dans la grande majorité des cas; il peut échouer cependant, si la tumeur offre un volume considérable,

celui du poing, ou même d'une tête de fœtus. Voici ce que j'ai fait dans un cas semblable. Après avoir passé un certain nombre de broches de fer au-dessous de la tumeur en long et en large, je glissai par-dessous une chaîne d'écraseur et pédiculisai la masse en serrant fortement la chaîne. Je coupai ensuite ce pédicule avec une anse de platine chauffée au galvano-cautère. Le malade ne perdit pas une goutte de sang.

Ce procédé de diérèse est précieux lorsque les malades sont épuisés par des hémorrhagies antérieures, mais, s'ils sont suffisamment résistants pour perdre sans danger une certaine quantité de sang, on peut tout simplement enlever la tumeur au bistouri. Même dans ce cas, lorsque l'angiome n'est pas pédiculé, qu'il présente une large base renfermant de nombreux vaisseaux, je pense qu'il y a intérêt à pédiculiser la tumeur avant d'y porter le bistouri : les vaisseaux sont aplatis, donnent moins de sang ; la section est plus rapide, la plaie moins large.

Les *anévrismes vrais* des artères du crâne sont généralement de petit volume, et le meilleur traitement consiste à disséquer la poche sans l'ouvrir, et à l'enlever après avoir lié l'artère au-dessus et au-dessous.

Le traitement de l'anévrisme cirsoïde du crâne est l'un des plus difficiles de la chirurgie. Il semble tout naturel *à priori* de faire la ligature du tronc artériel principal, mais on échoue le plus souvent en raison du développement anormal des anastomoses. Bien des fois on a lié, sans résultat, la carotide primitive d'un et même des deux côtés : mauvaise ligature d'ailleurs, dans le cas particulier, à moins qu'il n'y ait une large communication de la faciale avec l'artère ophthalmique. C'est la carotide externe qu'il faut lier, car ce vaisseau commande le département artériel envahi. On a quelquefois réussi, mais le plus souvent échoué, en injectant du perchlorure de fer dans plusieurs petits segments d'artère préalablement isolés par la compression sur le crâne.

Lorsque l'anévrisme s'est étendu à une grande partie du crâne, à l'orbite, considérez-le comme au-dessus de nos ressources, abstenez-vous ; mais, s'il est limité et s'il compromet l'existence du malade ou la rend insupportable, je pense que la meilleure pratique est celle-ci : commencez par lier l'artère carotide externe, disséquez ensuite l'anévrisme à la surface du crâne et enlevez-le.

L'anévrisme artérioso-veineux peut ne nécessiter aucun trai-

tement, quand il n'y a pas de sac intermédiaire à la veine et à l'artère, ce qui est la règle à la tempe. Si, pour une raison quelconque : hémorrhagies, douleurs, etc., une intervention active est jugée nécessaire, voici ce que je conseille : découvrir l'artère et la veine au niveau de leur communication et lier les deux vaisseaux au-dessus et au-dessous. Si de grosses collatérales apparaissent dans le voisinage de l'orifice, en faire également la ligature.

Toutes les autres tumeurs solides du crâne peuvent être enlevées au bistouri. Je ferai une exception pour les kystes sébacés d'un certain volume, auxquels la pâte de Vienne me paraît mieux convenir. Appliquez à la surface de la tumeur une couche linéaire de pâte de Vienne pendant un quart d'heure, et recouvrez l'eschare d'une plaque de diachylon. Cinq ou six jours après, lorsque l'eschare commence à se détacher, fendez-la avec des ciseaux, et enlevez la poche par simple traction avec une pince ou en opérant le décollement avec une spatule.

La contention est le seul traitement applicable à la pneumatocele du crâne ; il n'y aurait aucun inconvénient à faire une évacuation du gaz avec l'aspirateur, mais il se reproduira fatalement.

Il existe un vice de conformation du crâne, l'*hydrocéphalie*, constitué par une hydropisie intra-ventriculaire. L'hydrocéphalie peut être très légère, distendre modérément la voûte crânienne, le front surtout, et guérir spontanément. Mais elle peut atteindre des proportions énormes, et l'on voit alors une voûte du crâne, deux fois plus volumineuse quelquefois que celle d'un adulte, surplomber à la manière d'un immense chapiteau une petite face d'enfant. Dans ces cas, quelques chirurgiens, Malgaigne entre autres, ont essayé d'intervenir par la ponction et la compression de la cavité crânienne, mais sans résultats favorables. Cependant, en présence d'une affection qui ne peut guérir, qui condamne le malade à une sorte de vie végétative, on est autorisé, ce me semble, à tenter de nouveaux efforts pour arriver sinon à le guérir complètement, du moins à améliorer son état. La ponction ne pourra être tentée que dans les premiers temps de la vie, alors que le crâne est mou et encore susceptible de subir un mouvement de retrait. Si la voûte crânienne est ossifiée, aucune intervention chirurgicale ne sera rationnelle, puisque la ponction produirait un vide que rien ne saurait combler, si ce n'est un nouvel épanchement.