

nom de *céphalématocèle* sous lequel elles sont connues. Dans d'autres cas, on se trouve en présence de varices traumatiques des veines du diploé. Un traumatisme peut rompre une veine dans son canal osseux et donner lieu à la formation d'une cavité qui pourra se remplir de sang chaque fois que l'écoulement du sang rencontrera un obstacle. Ces tumeurs présentent une certaine analogie avec les faux anévrysmes, aussi proposerai-je de les désigner sous le nom de fausses varices traumatiques. La figure ci-dessous (fig. 10) est empruntée au travail de Hecker.

La figure se rapporte à un homme de 43 ans chez lequel la tumeur s'est développée pendant l'enfance, consécutivement à des chutes répétées sur la tête. La tumeur, qui occupait presque toute la moitié droite et une partie de la moitié gauche du front, était violacée et disparaissait sous l'influence d'une pression un peu prolongée. On sentait alors sous le sac vide une fossette presque circulaire

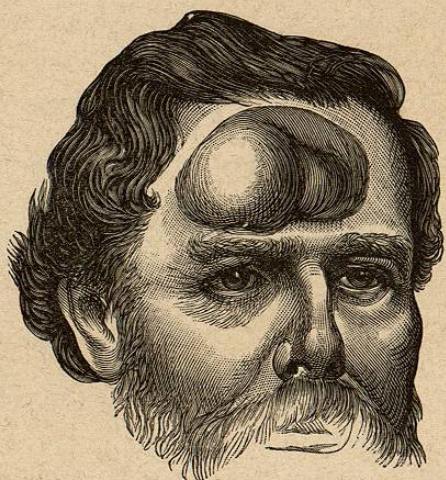


Fig. 10. — Tumeur veineuse de la voûte du crâne (Hecker).

qui paraissait creusée dans l'os. Au fond de cette fossette on percevait facilement les sillons et les aspérités du diploé. Lorsque le malade criait ou toussait ou retenait la respiration, ou encore quand on comprimait les jugulaires — bref chaque fois que l'écoulement du sang veineux rencontrait des obstacles — la tumeur se remplissait immédiatement.

On n'a aucun doute sur la nature de ces tumeurs, car les autopsies ont démontré que ces productions kystiques se trouvaient en relation avec les veines du diploé et, plus loin, avec celles de la dure-mère. L'observation clinique confirme du reste ces données anatomiques, car on sait que les varices du cuir chevelu, également très rares, varices simples ou varices cirsoïdes, se tuméfient chaque fois qu'on comprime les veines externes. On ne peut guère les confondre avec d'autres tumeurs du crâne. Ce qui les distingue des méningocèles, quand

même elles ne présentent pas un aspect bleuâtre, c'est la rapidité avec laquelle elles se vident complètement sous l'influence de la compression. Il ne peut guère être question d'intervention sanglante dans ces kystes hématisés. Stromejer conseille simplement le port d'une pelotte qui garantit la tumeur contre les traumatismes accidentels.

Sarcomes de la voûte du crâne. — Une autre tumeur qui se développe à l'intérieur du crâne et apparaît au bout d'un certain temps à l'extérieur, est le sarcome de la dure-mère, tumeur très rare dont la nature véritable a été établie il n'y a pas bien longtemps. Les chirurgiens français admettaient que la tumeur développée sur la dure-mère apparaissait à l'extérieur après avoir usé les os du crâne, et s'appuyaient dans cette façon de voir sur les pulsations que présente la tumeur, l'existence d'un rebord osseux et la possibilité de réduire complètement la tumeur dans certains cas. Par contre les chirurgiens allemands enseignaient que la tumeur, développée dans le diploé, n'envahissait que secondairement la dure-mère, se refusaient à admettre l'existence d'un rebord osseux et la réductibilité de la tumeur, et attribuaient les pulsations aux vaisseaux de la tumeur elle-même.

La question fut jugée par les travaux de Paletta (1820) et, plus encore, par ceux de Chelius (1831) qui ont démontré que les deux formes existaient et que les deux opinions étaient fondées. Depuis cette époque, les travaux se sont multipliés, et actuellement il est bien démontré que le sarcome du diploé est aussi réel que celui de la dure-mère et que les deux tumeurs donnent lieu à des symptômes analogues. Le diagnostic différentiel clinique de ces deux variétés se trouve donc déjà esquissé dans les lignes précédentes. On fera le diagnostic de sarcome de la dure-mère quand la tumeur extérieure présentera des pulsations et un rebord osseux à sa base, quand elle sera partiellement réductible, la réduction s'accompagnant de phénomènes de compression du cerveau. Tous ces signes manquent dans le *sarcome du diploé*, où l'on sent sur les côtés de la tumeur une sorte de bourrelet osseux assez élevé provenant de la coque osseuse qui enfermait primitivement la tumeur. Ce bourrelet osseux manque justement dans le sarcome de la dure-mère.

Mais ces signes ne sont pas très accusés dans tous les cas, aussi ne sera-t-il pas inutile d'insister un peu sur ces cas douteux. Dans les sarcomes volumineux de la dure-mère, la réductibilité de la tumeur n'existe plus. Quant aux pulsations cérébrales et aux pulsations appréciables à la main posée sur la tumeur et isochrones aux battements des artères, elles peuvent être aussi bien autonomes que résultant

ter de la propagation des pulsations du cerveau. Enfin, quand la tumeur prend l'aspect d'un champignon, il devient fort difficile de se prononcer sur la conformation du rebord osseux. On conclura à l'origine intra-crânienne du sarcome dans les cas où la tumeur s'accompagnera de douleurs et aura provoqué de bonne heure des vertiges et des vomissements. Néanmoins le diagnostic dans ces cas doit rester réservé, car les mêmes symptômes s'observent dans le sarcome du diploé à développement rapide.

Mais si par places la tumeur présente une consistance très dure rappelant celle du tissu osseux, on se prononcera pour un sarcome du diploé (fig. 41). Dans d'autres cas on essaiera l'acétopéirastique ; si



Fig. 41. — Sarcome du crâne.

l'aiguille, en pénétrant au centre de la tumeur, perçoit au fond une surface osseuse, il s'agit d'un sarcome du diploé qui n'a pas encore usé la lame vitrée. Dans d'autres cas encore, surtout quand la tumeur est déjà ramollie par places, on peut sentir, avec les doigts enfoncés dans la masse cancéreuse, si la tumeur a simplement traversé une perforation osseuse sur les bords de laquelle elle reste mobile (sarcome de la dure-mère) ou si elle adhère intimement à l'os (sarcome du diploé). En dernière instance on peut mettre à nu, sur une petite surface, le rebord osseux et examiner la tumeur à travers la petite plaie.

Le diagnostic différentiel du sarcome avec les autres tumeurs développées primitivement dans la cavité du crâne n'est pas difficile. Les céphalocèles sont d'origine congénitale ; les sarcomes de la dure-mère et du diploé se développent à l'âge adulte ; les méningocèles et, plus particulièrement encore, les hydrencéphalocèles sont transparentes et nettement fluctuantes ; les cénencéphalocèles n'augmentent pas de dimensions. Quant aux céphalématocèles, elles disparaissent à la moindre pression.

Depuis l'avènement de l'antisepsie, un grand nombre de sarcomes du diploé ont déjà été opérés. L'opération est bien moins dangereuse qu'on ne l'aurait pensé. Sur 49 cas de résection du crâne pour tumeurs des os ou de la dure-mère, Riedel n'a trouvé qu'un seul

cas de mort dû à la pénétration de l'air dans le sinus longitudinal. A ces cas sont venus s'en ajouter d'autres, dont un qui m'est personnel, tous avec une terminaison heureuse. Seulement il faut savoir que la récurrence est pour ainsi dire inévitable, de sorte que les avantages de l'opération sont des plus problématiques.

On peut dire la même chose de quelques sarcomes de la dure-mère qui ont été opérés : la récurrence a été constante. Le pronostic est bien meilleur dans les sarcomes périostiques du crâne, qui ne nécessitent qu'une opération très simple.

Dans les tumeurs très molles du diploé on peut éprouver de grands embarras, principalement dans les tumeurs strumeuses des os qu'on prend parfois pour des sarcomes ; l'hémorragie dans ces cas peut être énorme.

Angiomes des parties molles. — Parmi les autres tumeurs du crâne, nous mentionnerons encore brièvement les angiomes. A côté de l'angiome simple, qui se présente sous forme d'une tumeur aplatie ou légèrement proéminente (télangiectasie), et de l'angiome caverneux, tous les deux assez fréquents au niveau de la face, on rencontre sur les parties molles du crâne des *anévrysmes cirsoïdes* (angiome artériel rameux de C. Heine). Ils sont si fréquents sur les parties molles du crâne que cette région passe pour être leur siège de prédilection. Les régions frontale, pariétale ou occipitale sont le plus souvent atteintes. Très souvent, comme l'a démontré Heine, ils proviennent d'un simple angiome congénital ; mais dans d'autres cas ils s'observent à la suite d'un traumatisme. Quelquefois ils atteignent des dimensions considérables, et alors toute une moitié de la tête paraît entourée d'un vaste réseau d'artères tortueuses, dilatées, présentant très nettement des pulsations. La peau se dépouille des cheveux, s'atrophie, s'excorie et se rompt même par places, en donnant lieu à des hémorragies abondantes, pouvant devenir mortelles lorsqu'elles se répètent souvent.

Certains malades porteurs de ces tumeurs échappent non seulement aux dangers de rupture spontanée ou traumatique, mais peuvent même atteindre un âge avancé sans éprouver des troubles particuliers. On croirait à peine que l'homme puisse s'habituer aux sifflements et autres bruits qui se passent dans sa tête. Le traitement est très difficile. J'ai vu un cas guérir après l'injection de perchlorure de fer ; mais je n'oserais guère recommander cette conduite car, sans parler des difficultés de la compression de la tumeur pendant l'injection, on peut craindre la gangrène étendue et les hémorragies secondaires. L'électro-puncture est inutile, la compression simple ne

sert à rien, l'ablation de la tumeur avec le galvano-cautère serait de la folie, la ligature de la carotide seule ne donnerait aucun résultat. Du reste, je pense que dans le plus grand nombre de cas on devra essayer de faire de la compression suivie d'application de la bande d'Esmarch qui devra passer sur le front et sous les apophyses mastoïdes¹.

Pneumatocèle de la tête. — Il me reste à dire quelques mots de la pneumatocèle de la tête, affection très rare. Sous le nom de pneumatocèle de la tête, pneumatocéphalie, physocéphalie, on comprend une tumeur des parties molles du crâne, tumeur nettement circonscrite et remplie d'air. Les dimensions considérables et la proéminence de la tumeur la distinguent de l'emphysème ordinaire qui s'observe quelquefois à la suite des fractures des os du nez, du frontal ou de l'ethmoïde. Les anciens cas de physocéphalie se rapportent ordinairement à l'insufflation artificielle des téguments du crâne et constituent des curiosités qui ne sont pas dépourvues d'un certain intérêt. De nos temps, la pneumatocèle a été observée dans le cours de certaines affections du crâne, principalement au niveau de deux régions : 1° dans le voisinage de l'apophyse mastoïde en communication avec les cellules mastoïdiennes remplies d'air ; quand on comprime la tumeur, le malade perçoit un sifflement dans l'oreille ; 2° dans le voisinage des cavités du front en communication directe avec ces dernières. L'examen détaillé de ces cas montre que l'air s'accumule entre le crâne et le péricrâne. Les ponctions répétées ne donnent aucun résultat ; seules les incisions, amenant la suppuration

(1) On a beaucoup discuté sur la pathogénie exacte des anévrysmes cirsoïdes. Cliniquement, leurs symptômes ont sans contredit une grande analogie avec ceux des anévrysmes artério-veineux et depuis longtemps certains auteurs ont admis que la phlébartérie était le fait capital, phlébartérie facile à comprendre lorsqu'une violence atteint un angiome. Dans deux cas récents, traités avec plein succès par l'extirpation, Terrier a vérifié cette donnée, pièces en main. Il a constaté une fois un orifice artério-veineux proprement dit ; une autre fois un gros vaisseau central dans lequel les deux sangs se mélangeaient largement. Il avait établi cliniquement cette disposition par l'étude attentive du thrill et du souffle, par la détermination de leur siège maximum ; cela fait, il a pratiqué en cette région une extirpation limitée, après laquelle les dilatations serpentineuses du cuir chevelu sont revenues sur elles-mêmes. Pour les cas de ce genre, c'est là, incontestablement, la méthode de choix, très efficace et très bénigne. On n'a pas à craindre l'hémorragie si on assure l'hémostase pendant l'opération en serrant autour du plan naso-occipital un tube de caoutchouc, qu'on retire après avoir fait une suture exacte.

(A. B.).

et quelquefois la nécrose d'une partie de l'os, sont suivies de guérison. Quelquefois il persiste une fistule qui conduit directement dans la cavité osseuse contenant de l'air¹.

(1) On a obtenu quelques succès par la compression ouatée prolongée pendant quelques semaines. On peut citer à cet égard un fait de Denouvilliers. (A. B.).