

régions (pharynx, fosses nasales, etc.) et seront étudiées ailleurs.

Neus examinerons successivement :

- 1° Les affections aiguës ;
- 2° Les affections chroniques de la voûte du crâne.

**Affections aiguës.** — Elles sont la conséquence à la voûte du crâne, comme dans toutes les autres régions, d'une invasion microbienne, c'est-à-dire d'une infection se manifestant par les signes de l'inflammation et donnant lieu à des abcès.

On devra rechercher s'ils sont la conséquence d'un furoncle, dus à une lymphangite ou bien encore consécutifs à un hématome qui s'est enflammé ou à un tuberculome qui s'est réchauffé.

Ces abcès peuvent être sous-cutanés, sous-aponévrotiques ou sous-périostiques ; mais ils ont tous, comme caractères communs, d'avoir de la tendance à l'extension rapide, de déterminer, sur une grande étendue, de l'empatement et de l'œdème périphérique ; enfin de s'accompagner d'une forte élévation de température et souvent de phénomènes cérébraux.

Rien n'était jadis plus fréquent que les complications graves survenant à propos de la moindre plaie du cuir chevelu et il était alors important de faire le diagnostic d'érysipèle ou de phlegmon diffus. Grâce aux méthodes nouvelles, ces terribles accidents sont devenus rares. Cependant, on peut encore les rencontrer chez des malades livrés à eux-mêmes ou qui ont reçu des soins insuffisants, et il faut savoir les reconnaître.

L'*érysipèle du cuir chevelu* a en effet une physionomie particulière. Les téguments prennent une teinte rosée qui tranche à peine sur la couleur grisâtre du cuir chevelu, tandis que chez des individus chauves on observe la rougeur caractéristique. L'empatement est considérable. Les ganglions cervicaux s'engorgent de bonne heure et les phénomènes cérébraux sont intenses et accompagnés d'un délire violent. Quant au *phlegmon diffus*, nous en parlerons à propos de l'*ostéomyélite des os du crâne*, seule affection avec laquelle il puisse être confondu.

Le tissu osseux, en effet, est au crâne le point de départ d'infections qui se manifestent par des abcès ; les ostéites qui y donnent naissance peuvent être d'origine syphilitique ou bien ostéomyélitique.

La *gomme*, qu'elle naisse du périoste ou de l'os, est fréquente à la voûte et se dévoile par des symptômes qui la rendent facile à reconnaître. C'est d'abord la céphalée avec ses exaspérations nocturnes ; ce sont quelquefois des symptômes cérébraux quand la dure-mère est menacée ; c'est ce phlegmon acuminé, donnant rapidement naissance à un abcès qui s'ulcère, laissant échapper un pus grisâtre épais et formant une cavité anfractueuse à bords décollés au fond de laquelle on rencontre du tissu osseux vermoulu. Ce sont encore les symptômes antérieurs et les tares syphilitiques qu'un examen attentif permet toujours de reconnaître et enfin l'efficacité rapide du traitement spécifique.

Quant à l'*ostéomyélite* elle est plus difficile à déceler. Mais son début brusque, chez un sujet dans la période de croissance ; son évolution rapide en huit jours, quinze jours, un mois ; l'abattement dans lequel se trouve le malade qui a l'air atteint d'une fièvre typhoïde ou d'une méningite, permettront au début, avant l'apparition des signes locaux, d'écarter la gomme syphilitique qui ne présente avec cette affection que le caractère commun de céphalalgie augmentant pendant la nuit. La méningo-encéphalite sera à ce moment plus difficile à différencier. Les cris poussés par le petit sujet, l'état des pupilles, les phénomènes cérébraux concomitants et modifiant la sensibilité ou la motilité mettront encore sur la voie jusqu'au moment où l'apparition des phénomènes locaux viendra donner une certitude.

L'empatement se montre, en effet, rapidement, puis une inflammation diffuse s'établit, donnant bientôt lieu à une suppuration fétide mélangée de gouttes huileuses. L'exploration au stylet fait sentir un séquestre souvent volumineux représentant une partie de l'os lui-même et bien différent de ces petits séquestres vermoulus à aspect festonné que présente l'ostéite syphilitique. On n'oubliera pas d'explorer toutes les régions juxta-épiphysaires qui pourraient dans



certains cas présenter la même lésion et éclairer ainsi le diagnostic.

Au crâne l'ostéomyélite peut avoir une forme subaiguë ou chronique et pourrait être confondue avec la tuberculose osseuse ; mais l'âge du sujet, les manifestations pulmonaires ou autres, la nature de la fistule qui laisse écouler un pus caséeux, la forme des séquestres qui sont parcellaires, les fongosités qui recouvrent l'os, suffisent pour décèler le caractère bacillaire de l'affection.

**Affections chroniques.** — Le seul diagnostic intéressant, dans les affections chroniques du crâne, a trait aux tumeurs de la voûte.

Leurs variétés sont nombreuses et, comme première classification, elles ont été désignées sous le nom de *gazeuses*, *liquides* et *solides*, ce qui permet déjà de les différencier. Mais il est un caractère plus important qui doit d'abord être recherché, car il permet de diviser ces tumeurs en deux classes : *c'est la réductibilité*. On commencera donc à l'aide d'une pression douce et continue par s'assurer de l'existence de ce symptôme et si on le trouve, on écartera, bien entendu, toutes les tumeurs irréductibles sur l'étude desquelles nous reviendrons plus tard.

**TUMEURS RÉDUCTIBLES.** — A quoi est due cette réductibilité ? Elle peut être 1<sup>o</sup> sous la dépendance d'une communication avec l'intérieur de la cavité crânienne, 2<sup>o</sup> due à une communication avec une cavité extra-crânienne, comme le sinus frontal par exemple. 3<sup>o</sup> Elle peut encore être le fait de la constitution propre de la tumeur (tumeurs vasculaires).

Il faut donc rechercher les signes qui permettent de savoir auquel de ces trois groupes appartient l'affection organique qu'on a à examiner.

**1<sup>o</sup> Tumeurs réductibles par communication avec l'intérieur du crâne.** — Les tumeurs qui communiquent avec l'intérieur du crâne présentent, outre la réductibilité, quelques symptômes particuliers qui permettent de reconnaître cette communication. Ce sont les *battements isochrones à ceux du pouls*

et la *tension* produite par le phénomène de l'effort. Ces signes peuvent, dans certains cas, manquer en partie ou en totalité, mais quand ils existent, la communication est certaine, et on a affaire soit à une tumeur veineuse communiquant avec un sinus du crâne, soit à une collection liquide (abcès, kystes), soit à un fungus de la dure-mère, soit encore à une encéphalocèle et même à une variété rare d'anévrisme artériel.

*Les tumeurs sanguines communiquant avec les sinus crâniens* sont particulières à cette région. Il faut tout d'abord les différencier des anévrismes, ce qui est facile, car elles n'offrent ni expansion, ni battements, ni bruits vasculaires. Elles sont réductibles et leur réduction dans certains cas détermine des symptômes de compression cérébrale, ce qui n'a pas lieu dans les tumeurs artérielles. Leur volume augmente dans le phénomène de l'effort. Mais, ce qui les caractérise tout particulièrement c'est qu'on les voit grossir dans certaines positions de la tête ainsi que par la compression des jugulaires internes et diminuer dans certaines autres inclinaisons du crâne, ou même pendant les inspirations profondes. Ces derniers symptômes peuvent appartenir aux angiomes et pourraient prêter à confusion, mais il faut se rappeler qu'outre la marche de l'affection et ses caractères objectifs, la communication peut être démontrée d'abord par la sensation dans certains cas d'un orifice osseux et de plus par la manœuvre suivante : on fait à l'aide d'un anneau une compression circulaire autour de la tumeur de façon à interrompre complètement toute la circulation extracrânienne. On essaie ensuite de vider la poche. Si elle se vide et se remplit de nouveau malgré cette compression, c'est que la communication existe. Si elle ne se vide pas, c'est qu'on a affaire à une tumeur érectile. Chez certains sujets la palpation attentive permet aussi de reconnaître quelques inégalités et quelquefois même une petite ouverture, qui, lorsqu'elle est bouchée par le doigt, ne permet plus au liquide réduit de revenir distendre la poche préalablement débarrassée de son contenu.

De ces tumeurs sanguines, il faut rapprocher les *collections liquides qui se sont frayées un passage à travers le crâne.*



Nous ne parlerons pas du céphalœmatome interne et externe presque toujours mortel et qui ne se voit que chez le nouveau-né; mais il existe des *kystes hydatiques* des os frontal et temporal, exceptionnels du reste, plus faciles à confondre avec l'encéphalocèle qu'avec une autre tumeur dont le diagnostic est incertain. Il faut simplement savoir qu'ils existent et essayer de les différencier d'un kyste de même nature, né aux dépens des muscles qui recouvrent le squelette, du muscle temporal par exemple.

L'*abcès tuberculeux* né de l'os peut aussi perforer la voûte crânienne et devenir une tumeur pulsatile et réductible. La longueur de l'affection, sa marche, ses caractères subinflammatoires, son bourrelet périphérique, sa fistulisation très fréquente qui montre un pus particulier permettront de faire le diagnostic. Il faut aussi savoir que les abcès tuberculeux des os du crâne sont surtout fréquents chez les tout jeunes enfants et se méfier de les prendre pour une tumeur congénitale.

Il nous reste encore à étudier deux variétés de tumeurs communicantes : l'une très rare, le *fungus de la dure-mère*, affection de l'âge adulte quoiqu'on en ait observé chez les enfants. C'est avec l'encéphalocèle qu'on pourra le confondre de préférence; mais il s'en distingue par les caractères suivants : de toutes les tumeurs réductibles c'est celle qui présente constamment la consistance la plus grande; elle n'est jamais fluctuante. Avant de faire saillie à l'extérieur le malade raconte qu'il a souffert, qu'il a eu des troubles cérébraux qui correspondent à la période latente pendant laquelle la perforation osseuse s'est produite. Le *fungus de la dure-mère* peut s'ulcérer et donner lieu à des hémorragies, mais à ce moment la réductibilité n'existe plus à cause du volume de la tuméfaction et des adhérences contractées; de plus les signes du cancer sont devenus caractéristiques et c'est avec les néoplasmes de la voûte qu'il est intéressant de faire le diagnostic.

A l'aide d'une aiguille enfoncée dans les tissus, on verra d'abord si l'os est atteint et dans quelle proportion. Si la

pointe s'enfonce sans résistance jusque dans l'intérieur du crâne la communication est évidente et on aura simplement à se demander d'où est parti le cancer, des parties molles, du squelette ou des méninges. Ce n'est que par l'histoire de l'affection et par sa marche qu'il sera possible d'arriver à ce diagnostic.

L'*encéphalocèle* présente, comme premier caractère, sa fréquence par rapport aux autres tumeurs de la voûte du crâne. Son diagnostic comporte deux points :

- 1° Le diagnostic de l'affection elle-même;
- 2° La détermination de sa variété; car on sait qu'on lui a décrit trois manifestations anatomiques.

En présence d'un malade portant une tumeur sur le crâne, le premier point à établir est de savoir si cette tumeur est congénitale? Cette notion de la congénitalité est de la plus haute importance, mais elle manque quelquefois : de là les erreurs de diagnostic. Lorsque le sujet est un nouveau-né, la question est résolue de suite. Cependant comme l'encéphalocèle n'est pas incompatible avec l'existence, il importe de la reconnaître chez l'adulte.

Nous laissons de côté, bien entendu, l'*encéphalocèle traumatique* ou *hernie du cerveau* qui ne ressemble en rien à l'encéphalocèle congénitale.

En palpant la tumeur on trouve que dans la plus grande majorité des cas elle est très fluctuante, transparente et bien entendu réductible, pulsatile et tendue par l'effort. Ce sont là des signes communs aux kystes hydatiques et aux abcès qui ont perforé la voûte; nous avons indiqué les caractères qui permettaient de reconnaître ces dernières collections; nous n'y reviendrons pas.

Nous avons aussi montré quels étaient les signes propres des tumeurs veineuses communicantes, signes qui permettent de les différencier de l'encéphalocèle. Les angiomes ne seront pas non plus confondus; mais on cite des exemples dans lesquels une tumeur érectile vient compliquer l'encéphalocèle et il est important de faire la part qui appartient à chacune de ces néoformations.

Il nous reste à énumérer quels sont les signes qui permettent de reconnaître le *kyste dermoïde*, *bregmatique* ou *fonta-*



nellaire de ce qu'on a appelé aussi le *spina bifida cranien*. Ces kystes peuvent communiquer avec l'endocrâne, mais ils ne sont jamais réductibles, et, par contre, la pression exercée sur leur enveloppe ne détermine pas de phénomènes cérébraux. Les battements peuvent aussi exister par propagation et ces kystes sont congénitaux comme l'encéphalocèle; mais leur siège n'est pas le même; tandis que cette dernière tumeur se montre principalement dans cette région qui s'étend de l'inion au trou occipital, les kystes s'observent surtout sur le vertex, soit sur la suture sagittale, soit au niveau du bregma, régions où ne se rencontre pas l'encéphalocèle; enfin les kystes sont toujours sessiles, tandis que certaines encéphalocèles sont pédiculées. La ponction exploratrice permettant de vérifier le contenu de la poche a été recommandée, mais c'est un moyen auquel il ne faut avoir recours qu'en dernier ressort.

Signalons encore, comme tout à fait exceptionnel, le cas présenté à la Société anatomique (1890), d'un fibrome mou, implanté sur la face externe de la dure-mère, transparent et donnant lieu à une fausse fluctuation; il avait été pris pour une méningocèle. Il nous reste maintenant pour compléter le diagnostic de l'encéphalocèle à examiner les caractères qui permettront de reconnaître ses différentes variétés.

On sait que malgré les tendances actuelles à faire de toutes ces tumeurs des hydrencéphalocèles, c'est-à-dire des tumeurs contenant toujours de la substance cérébrale, on divise les encéphalocèles en trois groupes : 1° les *méningocèles*; 2° les *encéphalocèles proprement dites*; 3° les *hydrencéphalocèles*. Voilà, d'après le professeur Berger, les signes qui permettraient de les distinguer les unes des autres.

Les *méningocèles* sont des tumeurs fluctuantes, égales, sans bosselures et généralement pédiculées. La pression diminue leur volume et amène, quand elle est forte et prolongée, des cris, des vomissements, des convulsions, de la stupeur.

Les *encéphalocèles proprement dites* n'ont pas de fluctuation; elles sont molles et pâteuses, le plus souvent sessiles. Une pression légère n'occasionne ni douleur, ni malaise; une pression plus forte, pouvant amener ou non la réduction com-

plète, détermine de la dilatation de la pupille, du strabisme, de la perte de connaissance, des paralysies, de l'anesthésie même, mais rarement des vomissements et des convulsions.

Enfin les *hydrencéphalocèles* ont surtout des caractères négatifs : l'irréductibilité est complète. La compression ne détermine pas de douleurs et pas de troubles cérébraux. Il peut y avoir absence de pulsations et absence de tension de la tuméfaction pendant les efforts.

**2° Tumeurs réductibles par communication avec une cavité extra-cranienne.** — La réductibilité n'implique pas nécessairement la communication avec l'intérieur du crâne. Il existe, en effet, dans la voûte osseuse des cavités creusées à ses dépens et dans lesquelles une collection sous-tégumentaire peut se réduire. Ces cas sont rares; il faut cependant les connaître pour pouvoir éviter des erreurs.

C'est bien entendu, au voisinage des sinus, qu'on peut rencontrer cette particularité et on a signalé des exemples de collections purulentes faisant saillie sous la peau et communiquant avec le sinus frontal; toutefois la tumeur à qui appartient en propre ce caractère est le *pneumatocèle*, affection curieuse et d'ailleurs assez rare. Son diagnostic est facile, car il présente un signe presque pathognomonique dans cette région, c'est la *sonorité tympanique* que donne la tumeur à la percussion. C'est, en effet, une tumeur gazeuse qui se forme aux dépens de l'air contenu dans les sinus frontaux ou dans les cellules mastoïdiennes. On n'aura donc chance de la rencontrer que dans la région frontale sur les parties latérales, vers l'une des apophyses orbitaires externes, ou bien encore derrière le conduit auditif externe au niveau de l'apophyse mastoïde et beaucoup plus rarement au-dessus de ce même conduit dans la région temporale. L'étude du siège de la tumeur est donc très importante. Le pneumatocèle est lisse, élastique, non fluctuant; à la région frontale, il augmente par le phénomène de l'effort, quand le malade se mouche par exemple, et sa réduction peut produire des étourdissements, de l'angoisse et de la suffocation; ce qui dans certains cas pourrait faire croire à une communication avec la cavité crânienne, si les autres signes n'étaient pas là



pour prouver le contraire. La réduction détermine encore de la toux et du larmolement, quelquefois à la région mastoïdienne un bruit de sifflement ; mais jamais de troubles, ni de la sensibilité, ni de la motilité.

La tumeur réduite, le palper peut faire percevoir des dépressions et des saillies irrégulières, dures, produites par l'altération des os sous-jacents. Une seule affection pourrait être confondue avec le pneumatocèle, c'est l'*emphysème*, produit par l'infiltration de l'air dans le cuir chevelu, et résultant de la propagation au crâne d'un emphysème généralisé ou dû à un traumatisme ayant établi une communication entre les sinus frontaux et le tissu cellulaire sous-cutané. On reconnaîtra aisément ces deux tuméfactions l'une de l'autre aux signes suivants : le pneumatocèle est une tumeur limitée à cause de son siège sous l'épicrâne. Il n'a aucune tendance à envahir le cou ou la face. Il augmente d'une façon lente et graduelle. L'emphysème, au contraire, s'étend rapidement, n'est pas limité et la palpation peut le déplacer en faisant cheminer les bulles d'air dans les mailles du tissu cellulaire.

**3<sup>e</sup> Tumeurs réductibles à cause de leur constitution vasculaire.** — La réductibilité de ces tumeurs est due à ce que la pression chasse le sang dans les vaisseaux qui y arrivent ou qui en partent. Ce sont donc des tumeurs vasculaires, très fréquentes à la voûte crânienne et se manifestant sous la forme d'anévrismes, de tumeurs cirsoïdes et d'angiomes.

Les *anévrismes* portent le plus souvent sur les artères temporale, auriculaire, occipitale et quelquefois même sur l'artère frontale. Ils peuvent être artériels ou artério-veineux ; on les différenciera les uns des autres d'après les signes propres à chacune de ces deux espèces. Le point important est de ne pas les confondre avec les tumeurs précédemment étudiées communiquant avec l'intérieur du crâne, ce qui offre une certaine difficulté, car ils sont réductibles. Mais cette réductibilité n'occasionne jamais de symptômes cérébraux ; le phénomène de l'effort n'augmente pour ainsi dire pas leur tension ; enfin leurs battements sont toujours isochrones avec ceux du pouls.

Ils présentent de plus un signe pathognomonique : l'expansion ; et l'auscultation permet de reconnaître le bruit de souffle ou de thrill. Ajoutons à cela que la compression de la carotide primitive du côté affecté fait disparaître les bruits et les battements dans la tumeur, tandis que pour faire disparaître les battements des tuméfactions non artérielles, il faut interrompre momentanément la circulation cérébrale, c'est-à-dire comprimer les deux carotides (Gosselin).

Un anévrisme artériel, l'anévrisme de l'artère méningée moyenne, peut par son augmentation de volume arriver à perforer la voûte osseuse et déterminer ainsi une tumeur réductible par elle-même. La pression peut réduire cette tumeur dans la cavité crânienne. C'est là une rareté clinique qu'il fallait citer.

L'*anévrisme cirsoïde* est fréquent à la région temporo-frontale. Il a les mêmes caractères que les anévrismes dont nous venons de parler : battements isochrones au pouls, expansion, thrill murmur, influence de la compression artérielle ; mais la pression appliquée sur les veines augmente l'extumescence et de plus la physionomie de la tuméfaction n'est pas la même. Sa surface est tourmentée, bosselée. Des anses flexueuses en partent et y arrivent de tous côtés, formant une espèce de tête de Méduse. La palpation fait manifestement sentir une masse peu uniforme sans homogénéité et on a l'illusion de sentir sous les doigts des paquets de ficelle ou d'intestin de poulet.

Enfin, dans les tumeurs réductibles par leur constitution vasculaire, il faut aussi citer l'*angiome*, qui peut se rencontrer sur les parties molles du crâne et dont nous avons déjà parlé. Lui aussi se réduit par la pression et augmente de volume pendant l'effort ; mais il n'a ni souffle, ni battements. Sa coloration est bien spéciale et permet de le distinguer des autres affections organiques. Sa surface présente une teinte d'un rouge bleuâtre qui modifie son aspect sous la pression du doigt.

**TUMEURS IRRÉDUCTIBLES.** — On devra immédiatement s'assurer de leur consistance, ce qui permettra de les classer parmi les tumeurs *gazeuses*, *liquides* ou *solides*.



Les *tumeurs gazeuses* non réductibles sont rares à la voûte du crâne et, en tant que tumeurs, n'existent pour ainsi dire pas; cependant dans certains cas l'*emphysème* fait une saillie assez notable et devra être diagnostiqué. Nous avons donné plus haut (voir p. 98) les caractères qui permettent de le différencier.

Les *tumeurs liquides* sont assez nombreuses dans la région qui nous occupe et présentent quelques particularités dans leur diagnostic. On y rencontre les kystes sébacés du cuir chevelu, les bosses sanguines et le céphalématome.

Le *kyste sébacé*, dit encore *loupe* ou *tanne*, est la tumeur la plus fréquente de la voûte crânienne. Le cuir chevelu est, en effet, son siège de prédilection. On le reconnaît à ces caractères: il peut avoir des dimensions variables et change de forme en augmentant de volume, devenant hémisphérique au fur et à mesure qu'il grandit. La peau est normale à sa surface et les cheveux y paraissent parsemés. Il a une consistance variable, molle, demi-fluctuante mais en général un peu pâteuse. Les tumeurs sébacées sont souvent multiples et à leur début font partie de la peau même. On peut en les saisissant les mobiliser sur le plan profond. Au cuir chevelu, elles présentent rarement comme dans les autres régions un point noir un peu déprimé à leur centre. Leur diagnostic est facile, mais il faut cependant avoir l'attention portée du côté du lipome ou du fibrome et surtout du côté du kyste dermoïde qui, lui, garde l'empreinte du doigt. La marche de l'affection, son siège, les connexions du kyste fontanelleaire avec les parties profondes, la communication possible avec l'intérieur de la cavité crânienne seront les éléments qui serviront pour distinguer ces deux néoplasies malgré leurs caractères communs.

Les tumeurs liquides sanguines sont au nombre de deux: les unes sont appelées *bosses sanguines* proprement dites et se reconnaissent facilement à l'existence d'un traumatisme antérieur; nous en avons déjà parlé. (Voir *Lésions traumatiques*.)

Les autres sont des tumeurs congénitales auxquelles on a donné le nom de *céphalématome*. Gosselin a bien décrit un céphalématome tardif dans lequel l'épanchement sanguin

est consécutif à la rupture de certains vaisseaux du diplôé sous l'influence de l'ostéite. Mais ces faits sont très rares; ils deviennent alors une complication et au point de vue du diagnostic il n'y a véritablement à envisager que le céphalématome du nouveau né. Il se reconnaît d'abord à ce premier caractère, l'âge du sujet, ensuite à son siège presque toujours constant sur les parties latérales au niveau de l'angle postéro-supérieur des pariétaux et par conséquent jamais sur la ligne médiane. C'est de plus une tumeur nettement circonscrite, n'empiétant pas, comme la bosse sanguine, sur les sutures crâniennes et enfin présentant à sa périphérie un bourrelet osseux qui pourrait le faire prendre pour un abcès tuberculeux. La marche de l'affection, l'état subinflammatoire des parties qui recouvrent la collection purulente, la douleur à la pression et les signes particuliers du céphalématome que nous venons d'indiquer, permettront d'éviter l'erreur.

On a aussi confondu le céphalématome avec des encéphalocèles irréductibles et sans battements; le siège de ces dernières tumeurs sur la ligne médiane et de préférence dans la région occipitale, l'absence de transparence, de bourrelet osseux, leur persistance, tandis que le céphalématome diminue petit à petit pour disparaître, sont autant de signes capables de nous guider dans ces cas difficiles.

Les *tumeurs solides* qu'on rencontre à la voûte du crâne peuvent présenter tous les degrés de consistance. Il en est, en effet, d'osseuses faciles à diagnostiquer, ce sont les *exostoses syphilitiques*. On les reconnaît facilement à leur dureté, aux autres symptômes de syphilis que présente ou qu'a présenté le malade et enfin on saura que les manifestations osseuses de cette diathèse sont fréquentes dans la région qui nous occupe. Quand ces exostoses se développent à la surface externe du crâne, elles ne déterminent aucun phénomène cérébral. Il n'en est pas de même quand elle croissent à la face interne de la voûte; la douleur fixe et les symptômes de compression cérébrale permettront de soupçonner leur marche envahissante de ce côté.

Les autres tumeurs de consistance variable sont des *fibromes*, très rares dans les téguments du crâne et montrant



dans cette région les caractères qu'ils présentent ailleurs.

Les *lipomes* sont un peu plus fréquents et affectent en général la forme étalée. C'est surtout sous l'aponévrose temporale ou dans la région frontale (*lipome du chapeau*) qu'on les trouve. Le diagnostic de tumeur graisseuse se fait encore ici comme partout ailleurs. Nous en dirons de même de l'évolution sarcomateuse de ces néoplasmes quand elle se manifeste, ce qui est exceptionnel.

Quant au cancer, son début est presque toujours pour ne pas dire toujours osseux et nous en avons parlé à propos du fongus de la dure-mère.

## COLONNE VERTÉBRALE

### ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

S'il est logique d'étudier, en anatomie descriptive, le sacrum et le coccyx avec la colonne vertébrale, il convient en clinique, de considérer la colonne vertébrale comme s'arrêtant en bas à la base du sacrum ; c'est, en effet, avec les affections du bassin qu'on décrit celles du sacrum et du coccyx.

Il est assez difficile d'explorer la colonne vertébrale qui, profondément située, n'est accessible à l'extérieur que par la saillie des apophyses épineuses des vertèbres. Encore la plupart de ces apophyses ne font-elles relief sous la peau que dans les mouvements de flexion forcée de la tête et du tronc.

Quand on examine un sujet dans la station debout, dans la position du soldat sans armes (regard horizontal, bras pendants le long du corps) on ne constate guère la saillie des apophyses épineuses qu'à la partie inférieure de la région cervicale et à la partie toute supérieure de la région dorsale. Ce qu'on voit, c'est une gouttière s'étendant de la protubérance occipitale externe à la crête sacrée, assez large au cou, étroite au dos, profonde aux lombes. Si on dit au sujet de fléchir la tête et le tronc en avant, les apophyses épineuses des deux dernières vertèbres cervicales, celles des vertèbres dorsales se dessinent vite, parfois celles de la région lombaire, mais non toujours ; car si les muscles des gouttières vertébrales sont bien développés, on observe dans cette dernière région, de petites dépressions cutanées qui correspondent au sommet des apophyses épineuses.

Les apophyses épineuses qu'on peut assez facilement