

B. — AFFECTIONS VASCULAIRES.

Les anévrysmes artériels, les anévrysmes artério-veineux, les anévrysmes cirsoïdes de la région crânienne, ont été précédemment décrits dans d'autres parties de cet ouvrage. Il ne nous reste donc à étudier ici que les tumeurs veineuses communicantes.

Tumeurs veineuses communicantes congénitales.

Nous avons précédemment étudié les tumeurs veineuses communicantes péricrâniennes consécutives aux traumatismes crâniens. Une seconde variété de tumeurs veineuses communicantes, les tumeurs veineuses communicantes congénitales, mérite également une description.

Historique. — Les tumeurs veineuses communicantes congénitales sont peu communes : nous en connaissons seulement seize cas : cependant d'intéressantes études d'ensemble ont été publiées sur cette affection par Dufour (1858), Duplay, Martin (1885), et enfin par le professeur Lannelongue (1886).

Etiologie. — L'étiologie de cette affection a été longtemps hésitante. Demme invoquait le rachitisme ; Dufour, le professeur Duplay, Gayraud, une atrophie osseuse au niveau du sinus longitudinal ou des cavités pacchioniennes ; Heinecke, Treves, le professeur Lannelongue ont démontré sa nature congénitale, qui doit être, croyons-nous, interprétée de deux manières différentes, suivant les cas.

a. Il y a hernie congénitale du sinus ou mieux sinusocèle : la tumeur communicante, uniloculaire, à paroi identique à celle du sinus,

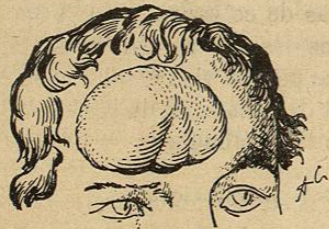


Fig. 54. — Sinusocèle congénitale (Hecker).

étranglée à sa base, joue, relativement à une partie de dure-mère contenant un sinus, le rôle qu'une méningocèle joue vis-à-vis d'une partie de dure-mère dépourvue de cavité veineuse : les cas de Heinecke, Hecker (fig. 54), Ogle, Foucteau, semblent ressortir à cette première variété.

b. Il y a angiome péricrânien, suivi de la dilatation des veines efférentes qui, dans l'espèce, sont les veines mettant en relation les deux circulations extra et intracrânienne. « A la période embryonnaire ou foetale, dit le professeur Lannelongue, c'est-à-dire à une époque où l'ossification du crâne est en voie de formation, siégeant à proximité des sutures ou des fontanelles, aucune résistance osseuse ne saurait s'opposer à la dilatation graduelle de ces veines émissaires. »

Anatomie pathologique. — Ces deux variétés pathogéniques présentent des caractères anatomo-pathologiques un peu différents.

Lors de hernie sinusale, on a affaire à une poche uniloculaire, recouverte des parties molles péricrâniennes saines ou amincies, communiquant avec le sinus longitudinal ou le sinus latéral par un orifice unique.

Lors d'angiome communicant, la poche est aréolaire, cloisonnée en différents sens par des éléments fibreux ou vasculaires ; quelquefois même il n'y a pas de poche, et il s'agit d'un paquet de veines, ou de veinules plus ou moins variqueuses.

Dans les deux cas, la structure du péricrâne est profondément modifiée et la masse parfois recouverte d'une simple couche dermo-épidermique, elle-même très altérée ; quant à l'os sous-jacent, il présente d'ordinaire plusieurs orifices, parfois si ténus, qu'on a pu, dans le cas de Dufour, ne pas les constater directement d'une manière bien évidente « et qu'il fallut recourir à l'injection de liquide et de gaz dans le sinus longitudinal pour s'assurer de leur existence ».

La tumeur extracrânienne communique avec la circulation veineuse intracrânienne, soit par la cavité sinusale, « soit par l'intermédiaire des veines méningées qui, partant du sinus, s'accollent à l'os et présentent au niveau des orifices de ce dernier des solutions de continuité de sa paroi adhérente (G. Dufour), soit par l'intermédiaire des veines émissaires de Santorini (Bérard, Flint), ou des veines du diploé (Stromeyer, Rey) ». (Gérard Marchant.)

Symptomatologie. — Les deux variétés de tumeurs veineuses communicantes congénitales que nous avons distinguées présentent des symptômes communs et des symptômes distincts.

A. SYMPTÔMES COMMUNS. — Ce sont de beaucoup les plus nombreux. — Le *siège*, toujours superposable à celui d'un sinus découvert, est habituellement occipital. — Le *volume*, ordinairement régulier, très exceptionnellement irrégulier (Duplay), ne dépasse guère celui d'une noix. On ne l'a vu varier dans les mouvements respiratoires normaux qu'une seule fois (Dupont), mais il augmente dans les expirations forcées, et diminue dans les inspirations profondes (Duplay, Rose). Il est ordinairement, mais non toujours, très influencé par la position de la tête : si elle est tenue droite et fixe, sa diminution peut aller jusqu'à disparition complète ; si elle est fléchie, il augmente considérablement ; si elle est étendue et rejetée en arrière, il diminue (Verneuil, Dupont) ou augmente (Larrey, Duplay). Le volume de la tumeur augmente également par compression des veines jugulaires internes, par compression directe. Lorsque la masse a été isolée de la circulation péricrânienne voisine par un anneau circulaire (Dupont, Middeldorpf, Duplay), on peut, la réduction faite, l'empêcher de se reproduire, en appuyant avec le doigt sur la surface osseuse sous-jacente (Gayraud), surface qui parfois présente des inégalités ou des irrégularités appréciables (Middeldorpf, Giraldès, Dupont). — Il y a de la *fluctuation*. — Il n'y a ordinairement

point de *battements*; quelquefois de légères pulsations isochrones au pouls; — à l'auscultation, on constate parfois du *pialement* (Duplay), du *thrill* (Treves). — Les *symptômes subjectifs* sont variables et inconstants: d'une manière générale, la tumeur est indolente; quelques sujets éprouvent du malaise, des douleurs vagues et même des vertiges lorsqu'ils penchent la tête en avant, ou qu'ils lui font exécuter des mouvements rapides; le malade de Treves souffrait depuis un an de céphalée, de vertiges et de vomissements. Dans quelques cas, la réduction complète s'accompagne de douleurs de tête, d'étourdissements, d'éblouissements, de tintements d'oreille. A la suite d'un examen, même peu prolongé, on a vu survenir des vertiges, des vomissements, de la diarrhée, des envies continuelles de dormir. En règle générale, ces tumeurs n'exercent aucune influence fâcheuse sur la santé. (Gérard Marchant.)

B. SYMPTÔMES DISTINCTIFS. — A côté de ces symptômes communs au sinusocèle et à l'angiome communicant, la tumeur veineuse présente parfois des caractères plus particulièrement applicables à l'une ou à l'autre de ces deux variétés. L'aspect des téguments peut être différent. Les varicosités à distance (Duplay), pouvant aller, comme dans le cas de Treves, jusqu'à la dilatation des jugulaires, sont caractéristiques de l'angiome. Le sinusocèle est fluctuant et l'angiome plutôt mou et spongieux (Lannelongue). La réduction du second est moins complète. Ce sont là, on le voit, des nuances bien délicates.

Diagnostic. — Le diagnostic des tumeurs veineuses communicantes congénitales est généralement facile à poser. Lorsque les symptômes sont au complet, on ne peut les confondre qu'avec une tumeur veineuse traumatique, qui se distinguera par la notion étiologique, le siège frontal, parfois les symptômes fracturaires. Lorsque les symptômes sont moins probants, on aura à éliminer, et ce sera parfois délicat, l'angiome sous-cutané qui n'est pas réductible, l'encéphalocèle, qui présente des battements synchrones au pouls, la méningocèle qui est transparente, pédiculée et munie d'un orifice crânien unique.

Dans un cas incertain, la ponction exploratrice pourra parfois lever les doutes persistants.

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin.

Traitement. — Les injections irritantes et coagulantes, l'incision, anciennement employées, sont absolument inefficaces et dangereuses. La marche thérapeutique à suivre est bien certainement celle indiquée par le professeur Lannelongue: « L'abstention, dit-il, me paraît être la règle à suivre pour les tumeurs de petit volume, stationnaires ou très peu progressives, qui ne déterminent ni gêne ni accidents. Mais si l'accroissement de la tumeur est continu et assez rapide, si elle menace de se rompre par amincissement ou inflammation des téguments, comme cela a été remarqué, je crois que l'extirpation devient la

méthode de choix. Elle devra comporter comme temps premier et essentiel la ligature en bloc du pédicule ou la ligature isolée des veines émissaires. »

C. — AFFECTIONS NÉOPLASIQUES.

Les affections néoplasiques susceptibles de se développer au niveau du péri-crâne et du crâne nous semblent devoir être classées d'après la couche qu'elles occupent, en rappelant qu'elles peuvent, cela va de soi, envahir au cours de leur évolution, et avec une fréquence variable suivant leur nature, les couches voisines de celles où elles sont nées: peau et tissu cellulaire sous-cutané, couche sous-aponévrotique, couche osseuse.

I. — Tumeurs des couches cutanée et sous-cutanée.

Les tumeurs des couches cutanée et sous-cutanée du péri-crâne comprennent trois espèces principales: la tumeur par rétention sébacée (loupe), les tumeurs épithéliales avec leurs variétés (corne, épithéliomas diffus et circonscrits), les tumeurs fibromateuses (fibrome circonscrit, lymphangio-fibromatose diffuse, neuro-fibromatose plexiforme).

1° Tumeurs par rétention sébacée. — Les kystes sébacés ou loupes, qui peuvent s'observer en toutes les régions du corps, ont leur siège de prédilection au niveau du cuir chevelu.

Anatomie pathologique. — Ils siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Leur paroi est « formée de tissu conjonctif à cellules aplaties et à lames fondamentales parallèles; il n'y a pas de fibres élastiques: tout contre elles sont des cellules épithéliales à gros noyau. Plus loin, les cellules s'agrandissent, deviennent franchement pavimenteuses. Au près du centre, elles perdent leur noyau et se remplissent de granulations graisseuses ». (A. Broca.)

Leur contenu est formé par des cellules libres et des matières grasses libres, en proportion variable. Lorsqu'il y a presque exclusivement des cellules épidermiques, il est dur, athéromateux; s'il y a mélange, il est semblable à de la bouillie athéromateuse; si les matières grasses libres dominent, il a l'aspect du miel, il est melicérique. Il peut même, tout à fait exceptionnellement, devenir huileux. La variété athéromateuse est de beaucoup la plus commune.

La paroi et le contenu peuvent subir séparément ou conjointement la transformation calcaire.

Pathogénie. — A l'exclusion de la théorie ancienne de Bichat, Meckel, Broussais, qui faisait de la loupe un épanchement enkysté dans les cellules du tissu conjonctif enflammé, et de la théorie plus récente de Paget, qui voulait toujours y voir un kyste dermoïde,

l'affection que nous étudions reconnaît pour cause constante la rétention des produits sécrétés dans les follicules pilo-sébacés, ainsi que l'ont démontré Boerhaave, Van Swieten, Lebert, Virchow, et la plupart des auteurs qui ont étudié depuis la question. La rétention peut avoir lieu dans le follicule pileux, dans la glande sébacée ou dans les deux à la fois, mais c'est le fond du follicule pileux, situé normalement dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui en est le siège à peu près constant, au moins au cuir chevelu; d'où la situation de la tumeur au-dessous de la peau à laquelle elle est reliée par un tractus fibreux, résultant de l'étirement de la partie sus-jacente du follicule.

Étiologie. — « Ses causes sont peu connues, dit Broca. On sait cependant que l'irritation par les frottements chroniques prédispose à la formation des loupes sous le bord du chapeau. Porta a vu une multitude de ces tumeurs soulever le cuir chevelu à la suite d'un érysipèle. Les diverses dermatoses du cuir chevelu peuvent en faire autant, et j'ai enlevé quatre loupes à une dame atteinte d'un eczéma ancien de la région, surtout aux oreilles et autour d'elles. Il est vrai que l'hérédité aussi entrait en jeu, car son grand-père avait été opéré pour la même lésion. L'hérédité, d'ailleurs, malgré le scepticisme de Tripiet, semble démontrée par les observations d'A. Cooper, de Boyer, de Zeis; Paget se demande même si elle n'intervient pas dans la majorité des cas. D'après Bruns, la fréquence serait grande surtout chez les hommes de vingt à quarante ans. Souvent les sujets sont opérés plus âgés, mais la tumeur a débuté depuis de longues années. F. Franke prétend qu'une sorte de pousse a lieu vers la puberté: c'est douteux, tout comme l'influence de la grossesse. Les loupes du cuir chevelu s'observent principalement sur les personnes dont les cheveux sont pâles, secs, peu abondants; elles ne sont pas rares sur les crânes chauves. On a invoqué quelques causes générales, et les anciens faisaient jouer un grand rôle à la goutte et au rhumatisme. »

Symptomatologie. — La forme des loupes est arrondie. — Leur volume est des plus variables, depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête. Cooper cite un malade qui portait au vertex une loupe assez considérable pour que le chapeau reposât tout entier sur elle. — Leur nombre, très variable, paraît en antagonisme avec leur volume; « les kystes multiples, dit Poncet, se rencontrent surtout chez des gens de la campagne qui, ne souffrant pas et n'attachant qu'une médiocre importance à la question de forme, attendent un temps souvent très long avant de se faire opérer ». — La peau à leur niveau est d'ordinaire lisse et dépourvue de cheveux par atrophie des bulbes pileux; exceptionnellement on y voit un point noir, déprimé, qui est l'orifice du follicule pileux. — Au début, la loupe est mobile sous la peau; plus tard elle lui adhère en la distendant; elle est toujours mobile sur les parties profondes. — Sa consis-

tance est variable, plus grande lorsqu'elle est petite, devenant molle, pâteuse, assez souvent fluctuante lorsqu'elle grossit, avec quelquefois des points pierreux qui peuvent craquer sous le doigt.

Pronostic. — Les loupes sont, en règle générale, absolument bénignes, même lorsqu'elles grossissent, se multiplient ou se répètent chez le même individu.

On les aurait vu se résorber spontanément. (Leveillé, Stromeyer.)

Leur pronostic peut devenir fâcheux lors de complications.

a. *Inflammation.* — La peau devient adhérente, rouge, amincie, douloureuse à la pression, puis se perfore. Un liquide assez épais, souvent très fétide, s'échappe. Dans quelques cas, après une suppuration plus ou moins longue, la poche se rétracte et guérit; ces faits sont indéniables, mais rares. Le plus souvent, ou bien la fistule persiste, exposant le malade à des érysipèles, à des phlegmons, ou bien elle se ferme, mais alors la tumeur se reforme rapidement.

b. *Dégénérescence épithéliale.* — Plus grave encore que l'inflammation, cette complication peut aboutir à la formation d'une corne ou d'un épithélioma. Des faits incontestables de cette dernière transformation sont dus à Chassaignac, Rouget, Bourgeois, Poncet, Galibert, Broca. Dans les uns, le néoplasme avait débuté à l'intérieur du kyste, qu'il a fini par rompre; dans les autres, la loupe était depuis longtemps enflammée et fistuleuse, et la production en chou-fleur est venue d'emblée s'épanouir par l'orifice.

Diagnostic. — Le diagnostic est des plus faciles; les *gommes* se distingueront par leur évolution rapide, leur adhérence à la peau ou aux parties profondes, les *kystes dermoïdes* par leur siège spécial, leur début à un âge plus jeune.

Traitement. — Le traitement palliatif par la ponction et l'évacuation ou par les topiques purs ne donne que des résultats détestables.

Parmi les moyens curatifs, on a employé :

1° Les *caustiques*, soit en injection dans la poche, soit en application sur la peau. « On se sert ordinairement, dit Cédie (1887), de la pâte de Vienne préalablement ramollie par l'alcool; on l'applique à travers une fente pratiquée dans un morceau de diachylon qu'on colle sur la loupe. On laisse le caustique en place pendant dix ou quinze minutes, et, après l'avoir enlevé, on ne touche plus à la tumeur. L'escarre, d'une teinte ardoisée et qu'entoure un cercle rougeâtre, ne tarde pas à se dessécher, et pendant quelques jours tout reste stationnaire. Mais, peu à peu, la peau mortifiée se détache de la peau saine, et, au bout d'un temps variable, la surface du kyste est mise à nu des deux côtés de cette escarre et se dessèche. Cette dessiccation ne s'arrête pas là et s'étend même aux parties situées sous les téguments, de manière qu'à la fin le kyste a subi dans sa presque totalité une sorte de momification qui le rend désormais indépendant de la région qu'il occupait. Ces phénomènes, qui

ne font jamais éprouver la moindre souffrance, ne se font jamais attendre plus d'une quinzaine de jours. Ce délai expiré, on cueille pour ainsi dire la loupe desséchée et aplatie en comprimant sa base entre les ongles des deux pouces. »

2° *L'instrument tranchant* : — l'incision simple ; — la transfixion, qui consiste à traverser la tumeur à sa base avec un bistouri étroit qu'on fait ensuite remonter de la profondeur vers la superficie, puis à saisir, avec une pince à mors plats, l'enveloppe de chaque moitié de kyste et à l'arracher ; — l'énucléation, qui consiste à faire une incision sur la tumeur, et à engager sous elle la pointe d'une spatule à l'aide de laquelle on l'arrache brusquement d'un seul coup, par un mouvement de bascule de l'instrument ; — la dissection, à l'aide de laquelle, après incision simple ou englobant un lambeau de peau elliptique, on détache peu à peu la poche de toutes ses adhérences aux parties voisines.

Parmi tous ces procédés, ne s'arrêtant à la cautérisation que s'il s'agit d'un malade timoré, on choisira de préférence les procédés sanglants, rapides et sans danger, et, parmi eux, ceux qui permettent l'ablation complète de la paroi qui, abandonnée dans la plaie, serait une cause certaine de récurrence : on peut ainsi enlever, en une seule séance, tous les kystes portés par un sujet, si nombreux soient-ils : « Une fois, dit M. Poncet, chez un homme de la campagne qui en tirait, paraît-il, quelque vanité, de par le fait de leur disposition en couronne au-dessus de la région frontale, nous avons, dans la même séance opératoire, extirpé vingt-deux kystes dont les dimensions variaient d'une noisette à un petit œuf. »

2° **Tumeurs épithéliales.** — Les tumeurs épithéliales du cuir chevelu comprennent les cornes et les épithéliomas : les premières développées aux dépens de l'épiderme, les seconds aux dépens soit de l'épiderme, soit de ses diverticules sous-cutanés glandulaires.

A. **Cornes.** — Les cornes sont des néoformations épithéliales d'aspect exubérant et verruqueux qui peuvent occuper tous les points du corps, mais qui ont leur siège le plus fréquent à la région crânienne : sur 87 cas que nous avons pu réunir, 37 offraient cette localisation.

Fait singulier, dans les quelques cas où elles étaient généralisées, les cornes respectaient au contraire le cuir chevelu.

Étiologie. — Parfois la corne se développe, sans provocation particulière, en un point quelconque du cuir chevelu. Plus souvent elle naît au niveau d'une solution de continuité de la peau, à la face interne d'un kyste sébacé, sur une cicatrice. « Chez un homme qui s'était fait une contusion au temporal droit, Bauhin vit se développer, au point contus, une corne semblable à celle d'un bœuf. Au niveau d'une coupure siégeant à la région temporale droite, Vicq d'Azyr vit

naître une corne épaisse d'un pouce à sa base et longue de trois pouces. A la suite d'une violente contusion de la peau de la tête, Caldanus observa la formation de plusieurs loupes ; l'une d'elles se rompit, et à la face interne du kyste il se développa peu à peu une corne considérable, qui repoussa après qu'on en eût fait l'ablation. Everard Home, Backuisen, Roots, Ritter, rapportent des faits semblables : dans l'observation de ce dernier, il s'agit d'une femme de soixante et onze ans qui fut atteinte tout à coup de plusieurs tumeurs enkystées du cuir chevelu ; l'une d'elles fut extirpée et traitée par des stimulants : le sac, au lieu de s'oblitérer, devint douloureux, et on vit successivement neuf cornes s'y développer et tomber l'une après l'autre. » (A. Broca.)

Symptomatologie. — Au début, il existe seulement, au point qui sera plus tard le siège de la production, une élévation conique, molle, recouverte d'une couche épidermique. Cette cuticule se perforé bientôt, et une pointe apparaît, entourée d'une collerette. Elle augmente alors peu à peu de volume.

Tantôt elle s'étale et constitue des plaques ou des écailles. Tantôt et plus souvent elle prend l'aspect d'une véritable corne, soit droite, soit contournée comme une corne de bœuf, ou même comme un bois de cerf. Westrump raconte l'histoire d'un individu qui portait à la partie latéro-supérieure de la tête une masse dure, de quatorze pouces de circonférence à sa base, et qui, à quelque distance de cette base, se bifurquait en deux branches, recourbées de dehors en dedans et d'arrière en avant pour s'étendre jusqu'à plusieurs pouces au dehors de l'oreille ; la branche externe donnait en outre naissance, à environ trois pouces de son origine, à une excroissance plus petite qui se recourbait de haut en bas et recouvrait toute la joue. On voit quelles dimensions extraordinaires peuvent atteindre ces productions.

Leur surface est lisse ou cannelée, ou striée transversalement ; elles sont jaunes ou brunes et se foncent à leur sommet.

Elles sont presque toujours dures en totalité, quelquefois molles à leur base.

Elles sont insensibles et les mouvements qu'on leur imprime ne déterminent de douleurs qu'au niveau de leur base, surtout lorsqu'autour de celle-ci la peau est rouge, enflammée, indurée, prurigineuse.

Quelquefois la corne, à un moment de son évolution, tombe spontanément : cette chute peut même être périodique, chaque chute étant suivie de la reproduction d'une tumeur analogue.

Pronostic. — La présence des cornes entraîne pour le malade une gêne habituelle plus ou moins grande, à laquelle s'ajoute, lorsqu'elles acquièrent un certain volume, l'impossibilité de toute vie sociale : on en comprend la raison, que Gourdon de Genouillac raconte assez joyeusement à propos d'un charbonnier porteur d'une corne de bœuf et que le maréchal de Lavardin avait envoyé à Henri IV. La cour