

ployés dans le but d'amener la suppuration. Ces divers modes de traitement, qui ont réussi dans quelques cas, ne sauraient être conseillés comme méthode générale. En effet, l'inflammation et la suppuration étendue qui en est la conséquence peuvent déterminer des accidents graves, et ont même causé la mort dans deux cas de Lecat et de Fleury. A plus forte raison doit-on repousser formellement l'opération pratiquée par Ribeiro Vianno, qui, après avoir incisé crucialement la tumeur, rugina les os du crâne.

L'expérience a montré, en effet, que l'on pouvait obtenir, par des moyens simples et inoffensifs, la guérison du pneumatocèle du crâne et la disparition de l'altération osseuse qui l'accompagne.

On doit d'abord évacuer la collection gazeuse, soit par la compression simple, lorsque la tumeur est réductible, soit par la ponction à l'aide d'un trocart fin, lorsque la tumeur est irréductible. Cette première indication remplie, il faut s'opposer à la reproduction de l'épanchement gazeux, et favoriser le recollement des parois. Dans ce but, on aura recours à la compression exercée à l'aide d'une bande de toile, ou mieux encore, à l'aide d'une bande de caoutchouc, la tête étant préalablement recouverte d'une couche d'ouate, afin de répartir également la pression sur toute l'étendue du crâne.

Cette méthode de traitement, suivie par Denonvilliers, dans le fait rapporté par L. Thomas, a suffi pour amener le recollement du périérâne et pour faire disparaître l'altération osseuse. La tumeur gazeuse se reproduisit de temps à autre, mais son étendue diminua de jour en jour pour ne plus occuper que le voisinage de l'ouverture osseuse qui en était le point de départ. Malheureusement, le traitement ne put être continué par suite de la disparition du malade. L. Thomas pense que la compression n'eût pas été suffisante pour obtenir la guérison complète, c'est-à-dire l'oblitération de l'ouverture osseuse, et qu'il eût été nécessaire d'attaquer directement l'orifice des cavités aériennes qui donne passage au gaz. Nous serions très-disposé à suivre ce conseil, et lorsque la tumeur aurait été réduite au voisinage de l'ouverture osseuse, nous ne verrions plus d'inconvénients à l'inciser et à provoquer la suppuration et le bourgeonnement de la cavité.

5° Tumeurs diverses.

Des tumeurs de diverse nature peuvent prendre naissance dans les téguments du crâne. Je ne pourrais, sans m'exposer à de nombreuses répétitions, consacrer un article spécial à chacune d'elles, et je me bornerai à une simple mention pour celles qui ont été étudiées complètement dans d'autres parties de cet ouvrage, ou qui ne présentent aucune particularité propre à la région; telles sont : les *productions cornées*, dont le siège de prédilection est, comme on le sait, la région crânienne (t. II, p. 40); les *fibromes*, que l'on y rencontre très-rarement; les *lipomes*,

peut-être un peu plus fréquents, et qui se développent tantôt entre la peau et l'aponévrose, tantôt entre l'aponévrose et le périérâne.

Je dirai seulement quelques mots des kystes, de l'hypertrophie ou éléphantiasis et du cancer du cuir chevelu.

a. — Kystes (Loupes).

1° Il ne serait pas impossible qu'il se développât à la région crânienne des *kystes séreux*, analogues à ceux que l'on observe dans d'autres régions. En dehors de ces tumeurs séro-sanguines qui succèdent à des épanchements de sang modifiés, et qui ont été signalées à l'occasion des bosses sanguines, en dehors des tumeurs séreuses enkystées qui résultent de l'isolement secondaire d'une hernie des méninges (voy. *Encéphalocèle*), les véritables kystes séreux de la voûte crânienne paraissent extrêmement rares, puisque Chassaignac, dans ses nombreuses recherches bibliographiques, n'a pu en recueillir aucune observation.

Cependant, Billroth a rapporté un cas de kystes séreux de la région occipitale, remarquable par son volume considérable et par sa présence chez un enfant nouveau-né, circonstance qui offre une grande importance au point de vue du diagnostic des tumeurs congénitales de la voûte du crâne.

Ce kyste avait un volume égal à celui de la tête de l'enfant; il était fluctuant, peu distendu, en sorte que l'on put constater avec une grande certitude que le crâne ne présentait aucune ouverture, et que l'on n'avait pas affaire à une encéphalocèle ou à une méningocèle. La ponction donna issue à cinq onces d'une sérosité claire et citrine, et l'on put se convaincre par l'analyse chimique que ce n'était pas du liquide céphalo-rachidien, en raison de sa richesse en albumine. Le kyste s'était déjà reproduit lorsque l'enfant fut pris de pneumonie et mourut. L'autopsie permit de constater que la poche, semblable à une énorme bourse séreuse, était située dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans aucune connexion avec les os, sur lesquels il n'existait aucune trace de perforation récente ou ancienne.

2° Les *kystes glandulaires* sont, au contraire, extrêmement fréquents à la voûte du crâne et y sont désignés sous le nom collectif de *loupes*. On a eu le tort, cependant, de confondre sous cette désignation, non-seulement les véritables kystes glandulaires, mais encore les *kystes dermoïdes* qui peuvent également se rencontrer au cuir chevelu.

Les kystes glandulaires de la région crânienne sont formés par l'hypertrophie des glandes sébacées annexées aux follicules pileux. Nous avons décrit ailleurs (t. II, p. 53) la pathogénie, l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

Rarement solitaires, elles sont le plus souvent au nombre de trois ou quatre; mais on peut en compter bien davantage, et quelquefois la surface du crâne en est pour ainsi dire couverte.

Il est rare qu'elles atteignent un volume considérable et qu'elles dépassent celui d'une petite pomme, ce qui tient sans doute à ce que les malades demandent à en être débarrassés dès qu'elles deviennent gênantes. Leur forme est le plus souvent aplatie, en raison de la résistance qu'elles éprouvent de la part des os du crâne. Dans quelques cas rares, on en a vu de pédiculées. Lorsqu'elles sont très-volumineuses, la peau qui les recouvre s'amincit, devient luisante et se dépouille de cheveux par suite de l'atrophie des bulbes pileux.

Les kystes glandulaires du cuir chevelu, généralement mobiles sur les parties profondes, peuvent cependant contracter des adhérences avec le périoste. Sous l'influence de la pression qu'elles exercent sur le crâne, on a vu les os s'atrophier, et l'on cite même quelque cas dans lesquels cette atrophie est allée jusqu'à une perforation complète. Par suite d'irritations fréquemment répétées, produites par le décubitus, la pression du chapeau, l'égratignure des dents de peigne, etc., ces tumeurs peuvent s'enflammer, s'abcéder, s'ouvrir spontanément, et cette complication est quelquefois suivie de guérison. Dans d'autres cas, il se forme des ulcères interminables que l'on a pu confondre avec des ulcères cancéreux, comme dans un cas rapporté par Lebert (1), où la tumeur datant de trente ans avait perforé le crâne, en sorte que les battements du cerveau soulevaient le fond de l'ulcère. Sur les bords de la perforation, il existait de petites lamelles osseuses nécrosées.

Les moyens de traitement à employer contre les tumeurs sébacées du crâne ont été exposés ailleurs. Il faut bien se rappeler, cependant, que la plupart du temps, ces tumeurs étant inoffensives par elles-mêmes, on ne doit les opérer que lorsqu'elles deviennent, par leur volume ou par les douleurs qu'elles déterminent, un objet de gêne sérieuse pour les malades. La crainte de l'érysipèle, si fréquent à la suite des opérations pratiquées à la tête, explique suffisamment ces conseils de prudence. L'ablation par le bistouri et la cautérisation, conviennent également. Cette dernière méthode, qui expose peut-être moins à l'érysipèle sans mettre cependant tout à fait à l'abri, ainsi qu'on l'a avancé, offre l'inconvénient grave d'exiger un temps assez considérable pour obtenir la guérison.

3° On doit distinguer avec soin des kystes glandulaires qui viennent d'être décrits, les *kystes dermoïdes* que l'on a quelquefois observés à la voûte du crâne.

Ces kystes (voy. t. I^{er}, p. 172) occupent le plus habituellement les régions frontale, temporale ou auriculaire, et sont presque constamment situés dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique.

Ces tumeurs se distinguent des kystes sébacés en ce qu'elles sont le plus souvent congénitales, que, siégeant plus profondément que les kystes sébacés, elles ne sont pas mobiles comme ces derniers, mais adhèrent souvent au périoste, enfin, que la peau qui les recouvre a conservé son

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1850, p. 236.

épaisseur normale et peut même être déplacée sur elles. En supposant, d'ailleurs, que le chirurgien ait incisé un kyste dermoïde pris pour un kyste sébacé, l'erreur pourrait être reconnue à l'inspection du contenu aussi bien que des parois du kyste.

Si j'ai appelé l'attention sur ce diagnostic, c'est qu'il offre plus d'importance qu'on ne serait tenté de le croire. Les kystes dermoïdes, en effet, ne guérissent pas par la simple incision ni par la cautérisation. L'extirpation est la seule méthode qui leur convienne, et encore doit-on prendre soin de la faire très-complète, car il suffit de laisser au fond de la plaie une petite portion du kyste pour que la tumeur se reproduise ou qu'il en résulte une fistule intarissable.

b. — Hypertrophie (éléphantiasis).

On observe quelquefois à la région occipitale, surtout chez les femmes, une sorte d'hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané du cuir chevelu, qui peut acquérir un volume énorme et nécessiter l'intervention chirurgicale.

Cette affection rare, dont Böhm (1), Al. Auvert (2), Robert (de Chaumont) (3), Thirion (4) ont rapporté des exemples, est assez mal connue dans sa nature. Bæckel (5), qui en a observé dernièrement un cas, le désigne sous le nom d'éléphantiasis du cuir chevelu.

La maladie débute ordinairement à la région occipitale par une tuméfaction des téguments qui augmente graduellement, de manière à former une sorte de bourrelet divisé par des plis transversaux, se continuant insensiblement en avant et latéralement avec la peau du cuir chevelu, et retombant en arrière comme une sorte de besace sur la peau environnante. Cette tumeur est molle, pâteuse; elle est mobile et peut être prise à pleine main. Elle est complètement indolente et ne gêne que par son volume et par la difformité qu'elle occasionne.

Thirion a pu faire disparaître ces tumeurs par une compression énergique et par des applications topiques d'iode. Mais, dans les observations de Böhm et de Robert (de Chaumont), la tuméfaction était tellement énorme, qu'une opération fut jugée nécessaire. Cette opération, qui consista à exciser transversalement un large lambeau cutané et à réunir ensuite les bords de la perte de substance, fut suivie de guérison.

c. — Cancer.

Le cancer primitif du cuir chevelu est rare. Tantôt borné à la peau, il se présente sous forme de cancroïde, et siége le plus souvent à la région

(1) Cité par Bruns, *Handb. der prakt. Chir.*, t. I, p. 90.

(2) *Ibid.*

(3) *Journ. de chir.*, 1843, p. 125.

(4) *Revue méd.-chir.*, 1852, t. XI, p. 400.

(5) *Gaz. des hôpitaux*, 1858, p. 285.

frontale. Tantôt il se développe dans l'épaisseur des muscles, ou dans le tissu cellulaire profond, et revêt alors les apparences du squirre. Les symptômes, la marche de ses tumeurs, n'offrent ici rien de particulier. Il faut noter que, dans certains cas, les battements imprimés à la tumeur par les artères voisines ont pu faire croire à l'existence d'un anévrysme.

L'ostéo-périostite du crâne, parfois distinguée sous les noms de *péricranite* et de *cranite*, succède assez souvent à des traumatismes de la tête; elle peut aussi reconnaître pour cause un état diathésique, tel que la scrofule ou la syphilis.

§ II. — Lésions vitales et organiques des os du crâne.

1° Ostéo-périostite.

L'inflammation, quelquefois limitée à une région circonscrite du crâne, peut aussi envahir une étendue plus ou moins considérable. Comme dans toute autre région, elle donne lieu à la formation d'exsudats plastiques susceptibles de s'ossifier et de devenir l'origine d'exostoses; souvent elle se termine par suppuration; la résolution est au contraire une terminaison peu commune.

Les symptômes de l'ostéo-périostite du crâne varient suivant que l'inflammation est aiguë ou chronique. Dans le premier cas, il est à peu près impossible de la distinguer du phlegmon du tissu cellulaire sous-aponévrotique, et ce n'est qu'après l'incision de la tumeur que l'on peut reconnaître les lésions inflammatoires du périoste et de l'os.

Graves (1) a surtout insisté sur une variété de périostite diffuse du crâne que l'on pourrait confondre avec une affection du cerveau. Dans cette forme, il n'existerait d'abord ni tuméfaction, ni empatement; toute la tête est douloureuse; les yeux sont abattus et larmoyants; il y a de l'insomnie, de l'agitation, de la fièvre. Au bout de quelques jours, on remarque une légère sensibilité du cuir chevelu à la pression, indiquant la nature de la maladie. Suivant Graves, le calomel employé à haute dose jusqu'à la salivation, en amènerait toujours la guérison.

L'ostéo-périostite chronique peut avoir une marche extrêmement lente. On voit quelquefois, plusieurs mois ou même plusieurs années après une contusion, se développer à la surface du crâne, et faisant corps avec l'os, une tuméfaction d'abord dure et résistante, qui finit par se ramollir et devenir fluctuante. Après l'ouverture spontanée ou artificielle de cette tumeur, on arrive alors directement sur une portion d'os dénudée de son périoste. Mais c'est principalement chez les sujets syphilitiques que l'on rencontre cette forme lente de périostite qui donne lieu au développement de tumeurs gommeuses. Celles-ci pourraient, à un examen superficiel,

(1) *Gaz. méd.*, 1833, p. 603.

être confondues avec de simples loupes. Neus reviendrons plus tard sur ce diagnostic.

L'ostéo-périostite chronique ne présente pas, par elle-même, une grande gravité; mais les douleurs qu'elle provoque peuvent affaiblir considérablement l'état général du malade. La mort n'arrive généralement que par suite des lésions concomitantes, dépendant de la même affection constitutionnelle que l'ostéo-périostite, ou par suite de la propagation de l'inflammation aux méninges et au cerveau.

L'ostéite du crâne peut se présenter à la surface interne de la boîte osseuse. Dans ce cas, elle est rarement spontanée et reconnaît comme causes ordinaires: les fractures compliquées, la propagation d'une encéphalo-méningite, enfin l'inflammation des veines diploïques.

La coloration jaune foncée du crâne mis à nu, la présence du pus après la perforation de l'os, sont les seuls signes qui permettent de reconnaître cette variété d'ostéo-périostite.

2° Carie.

La carie des os du crâne reconnaît le plus souvent pour cause la syphilis ou la scrofule. Elle peut être localisée sur un point limité du crâne; chez les sujets syphilitiques, elle occupe généralement une large surface.

Les os les plus fréquemment atteints sont: le frontal, à sa partie antérieure et à son union avec le pariétal, qui peut être affecté consécutivement; puis les portions pétreuse et mastoïdienne du temporal, et les articulations occipito-atloïdiennes.

Les os cariés sont ramollis, friables, criblés de dépressions et de trous qui, à l'état frais, sont remplis d'une matière fongueuse et grisâtre mêlée à du pus. On observe quelquefois, dans les caries syphilitiques des os du crâne, une disposition qui rappelle les demi-cercles des syphilides annulaires ou demi-annulaires (fig. 121).

La maladie débute le plus ordinairement à la surface de l'os; quelquefois, cependant, elle commence par le diploé, et laisse quelque temps intactes les lames interne et externe qui se perforeront plus tard. Enfin, dans certains cas, on a trouvé au-dessous des os malades un amas de matière jaunâtre, visqueuse, extrêmement fétide.

Il faut distinguer, au point de vue symptomatologique, la carie superficielle de la carie profonde. La première s'annonce par une tumeur pâteuse, irrégulière, qui se ramollit peu à peu et finit par donner lieu à un abcès qui s'ouvre au dehors, en laissant écouler un pus grisâtre, visqueux.

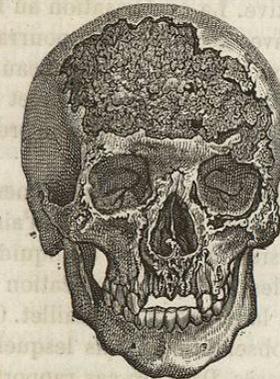


FIG. 121. — Carie syphilitique des os du crâne (Musée Dupuytren).