

D'autre part il existe des cas inaccessibles à ce moyen de traitement à cause de l'extension de la tumeur à la plus grande partie de la tête. Ici le chirurgien peut être autorisé à essayer divers moyens, tels que l'électropuncture, les injections de perchlorure de fer (?), avant de recourir à la dernière ressource dont il dispose dans ces cas extrêmes, à savoir la ligature successive des deux carotides primitives.

§ 79. **Tumeurs des téguments du crâne appartenant au groupe du tissu conjonctif.** — Les tumeurs des téguments crâniens appartenant au groupe du tissu conjonctif ne sont pas très fréquentes. Quelquefois chez les femmes, sous l'influence du poids de la chevelure ou des manipulations de la frisure, on voit se développer une forme de néoplasme offrant à un certain degré les caractères de l'inflammation. Il s'agit d'une **hypertrophie de la peau**, qui dans quelques cas paraît être due surtout à un œdème du tissu sous-cutané avec allongement des téguments, et dans d'autres consiste principalement en une dégénérescence éléphantiasiforme de la peau. La guérison est obtenue par le rasement des cheveux, la compression et l'excision des plis cutanés.

Les **fibromes** et **ostéomes** sont rares, tandis que les **taches pigmentaires** ont été fréquemment observées à la tête. On y rencontre quelquefois des **lipomes pédiculés**. Un peu plus fréquent paraît être le lipome étalé en surface sous l'aponévrose du temporal ou dans la région frontale. Il se présente alors sous la forme d'une tumeur large, qui, grâce à l'aponévrose fortement tendue qui la recouvre, est très élastique et peut même donner la sensation de fluctuation.

Au genre **sarcome** se rattachent les **verrues** que l'on observe assez fréquemment à la tête chez les individus âgés, et qui saignent avec une grande facilité. Elles représentent de vrais papillomes, qui tantôt revêtent la forme de tumeurs verruqueuses molles et saignant facilement, tantôt présentent à leur surface des excroissances en forme de cornes dues à une hypertrophie de l'épithélium. Ces papillomes sont parfois le point de départ de tumeurs volumineuses, de même que les taches pigmentaires sont quelquefois l'origine de sarcomes (VIRCHOW).

Ces divers néoplasmes doivent être traités d'après les mêmes règles que lorsqu'ils siègent sur d'autres parties du corps. C'est l'extirpation qui constitue le moyen de guérison le plus radical.

§ 80. **Tumeurs provenant de l'épithélium.** — Les tumeurs provenant de la couche épithéliale et des glandes du cuir chevelu sont beaucoup plus connues que les précédentes. Les kystes épithéliaux surtout sont fréquemment observés. Les deux formes que nous avons à décrire ici sont le **kyste dermoïde** et l'**athérome**.

Ce sont les nombreuses glandes sébacées du cuir chevelu qui donnent naissance aux tumeurs folliculaires de la tête connues sous le nom d'**athéromes**. A la suite de l'oblitération du conduit excréteur, la paroi

du follicule continue à sécréter, tandis que les couches superficielles de l'épithélium se détachent. La cavité du kyste ainsi formé se remplit peu à peu, et finit par acquérir de grandes dimensions pouvant aller jusqu'au volume d'un œuf de poule. Cette cavité contient ordinairement une bouillie grumeleuse, d'un blanc jaunâtre, formée de cholestérine et d'une grande quantité de cellules épidermiques. La paroi du sac s'épaissit de plus en plus par la formation de couches épithéliales à sa face interne, et par des exsudats inflammatoires à sa face externe. En même temps qu'elle s'accroît la tumeur vient se loger dans le tissu conjonctif sous-cutané, et comme elle rencontre moins de résistance du côté de la peau que du côté de la capsule osseuse du crâne, elle se développe vers l'extérieur en amincissant de plus en plus la couche tégumentaire qui la recouvre. Ainsi se forment des tumeurs hémisphériques plus ou moins proéminentes, et qui, surtout lorsqu'elles siègent à la région occipitale, prennent parfois une forme pédiculée et polypeuse. La diversité de formes se trouve encore accrue par la confluence observée quelquefois de plusieurs kystes sébacés en une masse inégalement bosselée. D'ailleurs les athéromes développés chez l'adulte sont souvent multiples.

Il est rare que l'athérome se développe du côté de la paroi osseuse du crâne, qui subit alors par usure une dépression au point correspondant. S'il survient des phénomènes inflammatoires, le périoste peut devenir le siège d'une néoplasie osseuse. On rapporte un cas d'usure du pariétal qui était allée jusqu'à la perforation, de telle sorte que la tumeur était animée de pulsations. Certains auteurs cependant n'admettent pas que ces pertes de substance et ces altérations des os soient le fait des athéromes; ils pensent que l'on a confondu ces derniers avec des kystes dermoïdes.

Les athéromes peuvent subir certaines altérations importantes. Il est certainement rare qu'ils disparaissent spontanément par résorption simple de leur contenu (STROMEYER). Plus souvent la tumeur subit une véritable calcification qui en arrête le développement. L'amincissement progressif des téguments au niveau de l'athérome nous explique la facilité avec laquelle se produisent des lésions de la paroi peu résistante du kyste. Dans ce cas une partie du contenu de la tumeur s'écoule à l'extérieur, et la plaie peut se fermer ensuite, ou bien il reste une fistule permanente qui laisse échapper de temps en temps des parcelles de bouillie athéromateuse. On a même vu de telles fistules donner naissance à des cornes épidermiques.

Dans d'autres cas l'athérome devient le siège de phénomènes inflammatoires; il s'y forme un abcès qui s'ouvre à l'extérieur, et se complique assez souvent d'une inflammation des tissus voisins de la tumeur. La suppuration qui en est la conséquence, et qui parfois prend le caractère putride, peut entraîner la nécrose du sac et son élimination, suivie d'une guérison définitive de l'athérome.

Enfin on a vu quelquefois l'athérome donner naissance à un carcinome épithélial.

Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer il ne nous reste qu'à fournir encore quelques indications concernant les phénomènes cliniques des tumeurs en question. L'athérome se développe très lentement et forme des tumeurs tantôt hémisphériques, tantôt inégalement bosselées, parfois pédiculées et le plus souvent glabres. Tant qu'elles ne s'accompagnent pas de phénomènes inflammatoires, elles ne causent pas de douleurs, et sont mobiles sur les parties sous-jacentes. Tantôt ces tumeurs sont très dures, tantôt elles sont élastiques ou même nettement fluctuantes. Lorsqu'apparaissent des phénomènes inflammatoires, elles se soudent plus ou moins soit à la peau amincie et glabre qui les recouvre, soit aux tissus qui les séparent de la surface osseuse du crâne. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'elles sont animées de pulsations (voir plus haut).

Les athéromes, avons-nous dit, se développent ordinairement à l'âge adulte. Les **kystes dermoïdes**, par contre, sont presque toujours congénitaux, et doivent être attribués à des inclusions de germes cutanés pendant la période fœtale. On les observe de préférence à la paupière supérieure, dans la région sourcilière et à l'angle externe de l'œil; ils peuvent même siéger profondément dans l'orbite; rarement ils se développent dans la région pariétale, près des fontanelles. Leur volume ne dépasse pas ordinairement celui d'une noisette; cependant on a vu des kystes atteindre le volume d'un œuf de poule et même davantage. Quand la tumeur siéger dans le voisinage de l'œil, elle est mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous les couches du muscle orbiculaire ou frontal; lorsqu'elle occupe la ligne médiane du crâne, elle s'étend souvent jusqu'au périoste. Les kystes dermoïdes siègent volontiers sous le périoste, et creusent de petites cavités dans l'os, qu'ils perforent même quelquefois. On ne sait pas encore si les perforations sont en relation avec le développement primitif du kyste, ou avec son accroissement ultérieur. Assez souvent on trouve également un bourrelet osseux à la périphérie de la tumeur. Ces cas doivent être bien distingués des formes rares de kystes dermoïdes développés dans l'os lui-même. Ces derniers ont été observés le plus souvent dans le rocher (MIKULICZ), plus rarement dans l'occipital et le frontal.

Les kystes dermoïdes diffèrent aussi, au point de vue histologique, des athéromes. Leur paroi est constituée ordinairement par une mince couche de tissu conjonctif, tapissée d'un épithélium à sa face interne. FEHLEISEN a vu dans un cas l'épiderme disparaître sur un point de la paroi pour faire place à une couche tout à fait mince de cellules endothéliales. A son avis cette observation tendrait à prouver que les kystes dermoïdes ne sont pas dus simplement à l'inclusion d'un germe cutané, mais qu'ils remontent tout à fait au début du développement embryonnaire. La

paroi contient assez souvent des glandes et des poils; ceux-ci croissent dans l'intérieur du kyste et se mêlent à son contenu. Ce dernier, surtout dans les kystes jeunes, consiste ordinairement dans un liquide trouble, dans lequel le microscope décèle presque toujours la présence de cellules épithéliales détachées des parois, ainsi que des cristaux de cholestérine et des poils assez fins. Plus tard, le contenu s'épaissit, et peut présenter une consistance et une couleur qui le font ressembler tout à fait à la bouillie de l'athérome. Les kystes dermoïdes sont moins sujets que les athéromes aux altérations inflammatoires; par leur siège dans le voisinage de l'œil ils échappent plus facilement que ces derniers aux causes traumatiques. Les athéromes, par contre, y sont particulièrement exposés en vertu de leur siège de prédilection au sommet de la tête.

Outre les kystes que nous venons de décrire, on observe quelquefois des formes particulières qui ne peuvent être classées dans les groupes précédents ni au point de vue anatomique, ni au point de vue pathogénique. C'est ainsi que j'ai extirpé du front d'un homme d'un certain âge, un kyste du volume d'une noix, contenant un liquide clair comme de l'eau et dépourvu de cellules épithéliales, et présentant une paroi semblable à celle d'une simple cavité séreuse. La tumeur s'était développée peu à peu dans l'espace d'une année. Une partie des kystes séreux siégeant sur la ligne médiane du crâne, dans le voisinage des fontanelles antérieure ou postérieure, ou plus bas dans la région occipitale, paraissent s'être développés aux dépens des enveloppes cérébrales du fœtus. Ces kystes se seraient séparés des méninges peu de temps après la naissance ou même pendant la vie intra-utérine. WARD extirpa une tumeur de ce genre siégeant à l'occiput d'une fille d'un an. Cette tumeur était molle, non compressible, du volume d'une bille de billard; elle était formée d'un tissu aréolaire dense, dans les mailles duquel se trouvaient de petits kystes communiquant en partie entre eux, et contenant un liquide séro-sanguinolent. La tumeur siégeait, paraît-il, entre le cuir chevelu et l'aponévrose épicroanique. Son extirpation fut suivie de guérison.

Dans ces derniers temps, WERNHER, se basant sur des cas observés par lui-même et par d'autres auteurs, a décrit des tumeurs congénitales se développant lentement sur la ligne médiane du front, au niveau de l'angle inférieur de la grande fontanelle; elles siègent sous le cuir chevelu, et probablement sous le périocrâne, et ont perdu toute relation avec l'intérieur du crâne. Elles renferment deux liquides différents, dont l'un, superficiel, est séreux, tandis que l'autre, occupant le fond de la poche kystique, consiste en une masse molle analogue à de la bouillie de riz. WERNHER considère ces tumeurs comme des méningo-encéphalocèles frontales, qui se seraient séparées du contenu cranien; la partie séreuse du kyste serait du liquide cérébro-spinal, tandis que la bouillie occupant le fond de la cavité serait de la substance cérébrale ramollie.

Toutes les tumeurs de cette catégorie ont guéri par suppuration du sac après évacuation de son contenu.