

et les angiomes. L'irréductibilité des kystes dermoïdes, leur consistance plus pâteuse, leur siège d'élection vers la fontanelle antérieure sont des caractères distinctifs à considérer. Pour les angiomes, le diagnostic différentiel se discute surtout, dans le cas d'une tumeur siégeant à la région antérieure du crâne : la présence de taches angiomateuses sur l'encéphalocèle le rend parfois très difficile ; l'angiome se tend et s'accroît plus nettement sous l'influence des cris, des efforts et de la position basse de la tête.

ARTICLE II

CÉPHALÉMATOME

Définition. — Le céphalématome est un épanchement sanguin, enkysté, un hématome, qui s'observe chez les nouveau-nés et qui est caractérisé par deux faits assez constants pour entrer dans sa définition : 1° son siège entre la voûte osseuse du crâne et le périoste ; 2° son lieu d'élection ordinaire au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal.

Pathogénie. — C'est dans le mode d'ossification du pariétal qu'il faut chercher les conditions de production de cette collection sanguine ostéo-périostique ; cette pathogénie a été établie dès 1835 par le mémoire fondamental de VALLEIX, complété par les recherches de FÉRÉ.

Le pariétal est un *os de membrane* : c'est-à-dire qu'il s'ossifie directement aux dépens du crâne membraneux, sans passer par la phase cartilagineuse. Or, les fibres d'ossification qui, dès le quarante-cinquième jour de la vie utérine, rayonnent autour du centre de l'écaïlle pariétale, se disposent sur deux lames osseuses radiées, répondant aux deux tables interne et externe de l'os. Sur ces deux plans osseux, l'ossification n'évolue point selon un égal progrès : la table interne, plus vite ossifiée, forme déjà une lame résistante, alors que la table externe se compose encore de fibres rayonnantes, séparées par des fissures plus ou moins larges.

Vienne un traumatisme obstétrical contusionnant la tête du

foetus : cette table à trame osseuse imparfaite et moins résistante, subit un écrasement de ses fibres et de ses vaisseaux. De là, un épanchement sanguin qui se collecte entre la lame interne et le périoste. Un des espaces interfibrillaires de la table externe, plus ample que les autres, siège sur le bord sagittal de l'os à l'union de ses 3/5 antérieurs avec les 2/3 postérieurs ; par son union avec la fissure symétrique, il constitue la *fontanelle de Gerdy* : cette incisure sagittale, restreinte par les progrès de l'ossification, donne lieu au trou pariétal. Ce point anatomique explique : d'une part, la localisation habituelle du céphalématome en ce lieu ; d'autre part, l'existence possible de collection sanguine* en bissac, sous-périostique et extradure-mérienne, communiquant à travers la fissure sagittale.

Symptômes. — A la naissance, ou deux ou trois jours après, on constate, ordinairement au voisinage de l'angle postéro-supérieur du pariétal, et plus souvent à droite qu'à gauche, une tumeur arrondie ou ovale, sans changement de couleur à la peau. D'abord fluctuante, elle présente, au bout de quelques jours, un bourrelet dur, circulaire, encadrant la partie centrale restée molle : on a ainsi la sensation d'un trou osseux et il est constant d'observer une production d'os périphérique par irritation du périoste ; mais il faut tenir compte du dépôt fibrineux qui se fait au pourtour de la poche et peut donner une sensation décevante d'induration osseuse. Peu à peu, le sérum sanguin disparaît, la fibrine se résorbe ; l'épaississement osseux, en bourrelet, finit lui-même par s'effacer. Cette résorption qui est la règle se produit ordinairement en deux ou trois mois.

Le céphalématome doit être différencié des autres tumeurs craniennes d'origine congénitale. KIRMISSON a bien résumé ce diagnostic : « Les trois caractères du céphalématome qui doivent être mis en relief sont : 1° son siège au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal, en dehors par conséquent des sutures ou des fontanelles normales ; 2° l'absence de battements et de réductibilité ; 3° la mollesse de la partie centrale de la tumeur contrastant avec la dureté du rebord osseux. » — Par ces trois caractères, il se distingue de la

méningo-encéphalocèle qui siège, en avant ou en arrière, sur les sutures et les fontanelles, s'accompagne assez fréquemment de battements, est plus ou moins réductible, n'offre point de bourrelet périphérique. Les kystes dermoïdes ont aussi pour lieu d'élection la région des fontanelles, surtout l'antérieure. Les bosses sanguines du cuir chevelu n'ont pas le même siège et se résorbent plus vite.

Traitement. — Le céphalématome tend naturellement à la guérison. Donc, en dépit de l'inquiétude fréquente des parents, il n'y a qu'à attendre, en faisant une légère compression sous un petit bonnet. Il est rare qu'on ait à intervenir par une ponction.

CHAPITRE III

TUMEURS ET INFLAMMATION DE LA VOÛTE

I. — CANCER DES OS DU CRANE

Trois types peuvent s'observer. Un épithélioma des téguments épicroaniens, progressivement ulcéré, envahit la voûte : il s'agit alors d'une propagation cancéreuse à l'os et le cas est net.

Deuxième variété : un cancer, généralement un sarcome, débute par les os du crâne, dans le tissu spongieux du diploé ;

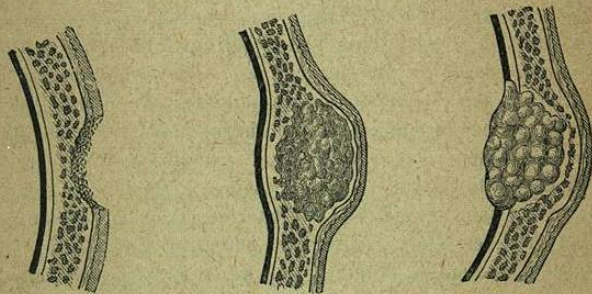


Fig. 44.

Cancer du cuir chevelu, propagé à la voûte.

Cancer primitif de la voûte.

Cancer de la dure-mère

depuis le travail de WALTHER, en 1820, cette variété est reconnue par les chirurgiens.

Enfin, troisième type, plus intéressant par les discussions qu'il a suscitées que par son importance clinique réelle, car c'est une variété rare : le *fungus de la dure-mère*, développé