

## CHAPITRE IX

### LÉSIONS INFLAMMATOIRES. — CÉPHALHÉMATOME.

#### § 1. — *Lésions inflammatoires.*

Les processus inflammatoires des os et des parties molles du crâne présentent certaines particularités cliniques. A la suite des contusions exposées de l'os ou à la suite de la dénudation simple, il se produit une nécrose plus ou moins étendue mais sans périostite ossifiante réactionnelle aboutissant à la formation d'une gaine osseuse. Si l'os est mortifié dans toute son épaisseur, les granulations développées sur la dure-mère s'opposent au développement d'une leptoméningite.

L'*ostéomyélite* infectieuse des os et du crâne est excessivement rare. Jusqu'à présent je n'en ai observé que deux exemples. Dans le premier cas il se forma, après des frissons répétés, un abcès de l'orbite qui en peu de temps a envahi l'os frontal. J'ai reconnu le début d'une maladie infectieuse et fendu l'abcès ; plus tard d'autres foyers se formèrent dans les os des membres inférieurs ; un entre autres, dans le fémur gauche, fut suivi de nécrose superficielle de la diaphyse. Dans l'autre cas j'ai diagnostiqué une suppuration du diploé du frontal ; je fis la trépanation qui m'a conduit sur le foyer de suppuration.

Dans les inflammations *aiguës* des téguments du crâne, le signe principal indiquant le siège profond du processus est l'extension de l'œdème collatéral et la progression rapide de la suppuration en nappe. Ainsi dans la *péricranite* aiguë qui s'observe quelquefois à la suite des fusées purulentes consécutives aux contusions, ou aux plaies exposées, la face et, plus particulièrement, les paupières et les oreilles, deviennent le siège d'un œdème considérable. La tension excessive des tissus s'accompagne de fièvre qui débute par un frisson, et dans certains cas il existe en même temps, pendant les premiers jours, du délire et de la somnolence. Quand la collection s'ouvre en un point, la fièvre cesse ordinairement ; si le foyer est ouvert au bistouri, le doigt introduit dans la plaie sent l'os dénudé. Dans ce cas, tout comme dans le panaris périostique, l'incision profonde allant jusqu'à l'os est parfaitement indiquée. Le tableau est le même quand le pro-

cessus débute dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique ; mais comme dans ce cas le périoste est ordinairement détruit et l'os dénudé, la nature de ces deux variétés est en somme la même. Si le phlegmon occupe la couche sus-aponévrotique, on n'observe jamais d'extension rapide, en nappe, de la suppuration, ni d'œdème considérable, ni de phénomènes généraux graves. Ordinairement il se forme un ou plusieurs abcès, et quand on les ouvre, on ne trouve pas l'os à nu.

Les processus inflammatoires ou ulcéreux *chroniques* non traumatiques sont d'origine syphilitique ou tuberculeuse. Dans la *syphilis*, (fig. 12) les gommes siègent aussi bien *sur* l'os, au-dessous de la couche interne du périoste, que *dans* l'intérieur de l'os. Le plus souvent les deux formes existent simultanément. Les gommes périostiques

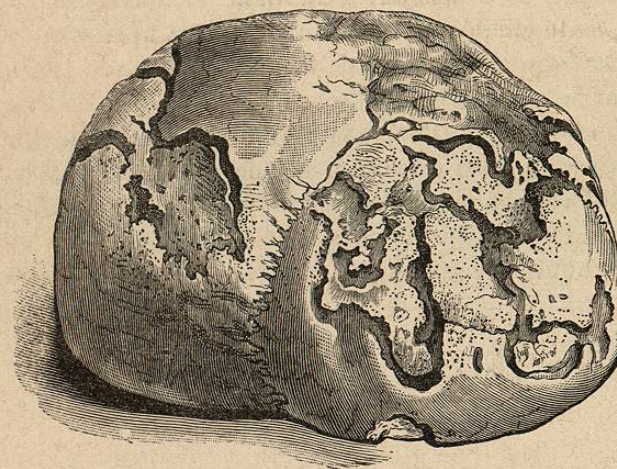


Fig. 12. — Syphilis du crâne.

provoquent une destruction superficielle de l'os ; celles qui siègent dans l'os donnent lieu à une destruction profonde. Le processus de destruction est celui de l'ostéite raréfiante, seulement il est de nature spécifique et caractérisé par une tendance à la destruction progressive. Tandis qu'à la périphérie il se forme des gommes nouvelles, les anciennes se ramollissent, s'ulcèrent et provoquent la mortification de l'os.

A côté du processus de destruction existe en même temps un processus de prolifération réactionnelle se manifestant soit sous forme d'exostoses circonscrites, soit sous celle d'hyperostoses diffuses. Quand le processus guérit par le traitement anti-syphilitique, on trouve sur la peau des cicatrices adhérentes à l'os, sous lesquelles ce dernier pré-



sente une surface irrégulière et inégale. Pendant le stade d'ulcération, la dure-mère se trouve quelquefois mise à nu.

Dans la *tuberculose* des os du crâne on trouve ordinairement le tableau suivant : sur le frontal ou le pariétal on voit se développer un abcès froid qui, sans douleurs, augmente rapidement et dont la consistance molle indique l'existence d'une collection liquide sous-périostique. Si l'on ouvre un de ces abcès, il s'écoule un pus caséux, et en introduisant le doigt dans la plaie, on trouve les parois de l'abcès couvertes par des granulations tuberculeuses (Volkman). Le tissu osseux ne paraît pâle et caséifié que sur une petite surface des dimensions d'un pois ou d'un haricot, et présente tous les caractères d'un séquestre. Dans certains cas, au lieu d'un séquestre on trouve une simple destruction de substance osseuse par une ostéite caséifiante qui arrive quelquefois à perforer l'os. Cette affection, déjà décrite par Nélaton, a été étudiée de nouveau par Volkman qui a toujours trouvé dans ces cas la nécrose de l'os dans toute son épaisseur. Chez les enfants j'ai trouvé plusieurs fois une nécrose superficielle, et quand Kraske soutient que cette forme de tuberculose indique une affection générale grave, je dois dire que ceci ne s'applique pas aux jeunes enfants. Volkman a fait dans ces cas la trépanation, c'est-à-dire la résection des parties malades de l'os ; il n'a pas eu d'accidents, mais les résultats de cette opération n'ont guère été encourageants.

## § 2. — Céphalématome.

Au point de vue du diagnostic, il faut encore mentionner le *céphalématome* des nouveau-nés (fig. 13 et 14). Quand on examine ces tumeurs, on perçoit deux sensations très nettes. Si la tumeur est de date récente, c'est-à-dire si l'examen est fait les premiers jours après la naissance de l'enfant, on trouve sur le pariétal une tumeur soit ronde, soit en forme de rein ou de poire, soit de forme irrégulière à plusieurs lobes. Jamais elle ne dépasse, dans la région pariétale, les limites des sutures, mais ses dimensions peuvent être très variables. La peau n'a pas changé de caractères et la compression de la tumeur ne provoque pas de douleur et ne fait pas disparaître la grosseur qui présente toujours un certain degré d'élasticité. Le doigt enfoncé, dans le centre de la tumeur et porté vers la périphérie, sent autour de la tumeur un bourrelet assez élevé qui paraît moins net lorsque le doigt est promené de la périphérie vers le centre. Ce phénomène est dû à ce fait que, l'épanchement sanguin étant situé sous le périoste, le doigt,

enfoncé au centre de la tumeur et porté vers la périphérie, chasse le sang devant lui dans l'angle formé par l'os et le périoste décollé, et perçoit à ce niveau une sorte de mur, de bourrelet ; mais si la palpation est faite dans le sens contraire, le doigt chassant le sang de l'angle où il s'était accumulé, le péri-crâne s'applique contre l'os, et le bourrelet disparaît.

Mais lorsque plus tard le péri-crâne devient le siège d'une périostite ossifiante et qu'à la périphérie de la tumeur il se forme un bourrelet osseux, on sent ce dernier aussi bien de dehors en dedans que de dedans en dehors. Si l'ossification atteint toute la surface de la tumeur, on perçoit à la palpation la crépitation parcheminée, phénomène que nous rencontrerons dans d'autres affections et qui se produit par l'enfoncement de la fine lamelle osseuse provenant de la surface interne

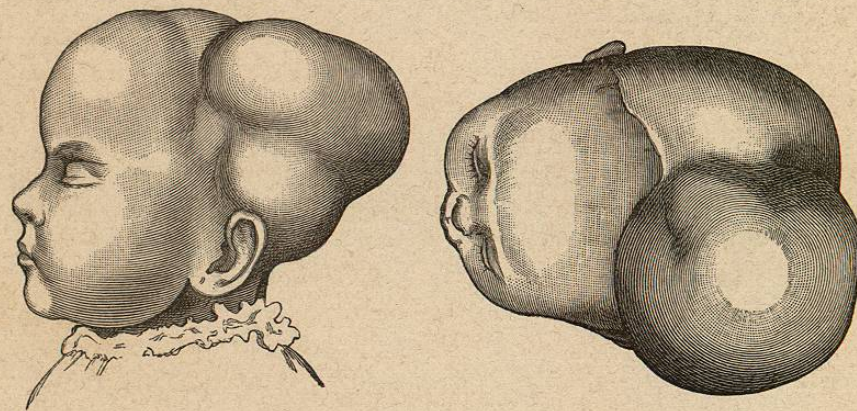


Fig. 13 et 14. — Céphalématome.

du péri-crâne. Il n'est donc pas difficile de différencier un céphalématome sous-aponévrotique d'un céphalématome sous-périostique : ce dernier ne dépasse jamais les sutures, tandis que le premier se reconnaît à ce qu'il ne respecte pas les limites opposées par les sutures du crâne<sup>1</sup>.

Les céphalématomes récents ne doivent pas être ouverts, car un grand nombre de ces tumeurs se résorbent spontanément en peu de temps. Si on les ouvre, l'opération doit être conduite suivant les règles d'une antiseptie rigoureuse et accompagnée de compression,

(1) On a observé des cas dans lesquels un épanchement sanguin intra-crânien communiquait à travers un orifice osseux avec un épanchement interne ; dans ces cas la tumeur présentait des pulsations, était réductible et la réduction s'accompagnait de phénomènes de compression cérébrale.



car dans la plupart des cas malheureux — et ils sont nombreux — la mort a été due à la suppuration de la cavité du crâne. Si la tumeur se met à suppurer, ce qu'on reconnaît à la tension, la chaleur, l'endorrissement de la tumeur, l'œdème et la fièvre, il faut l'ouvrir largement<sup>1</sup>.

(1) On a beaucoup discuté sur la pathogénie du céphalématome, sur la cause de son siège à peu près constant. La question semble tranchée depuis les recherches de Paul Broca et de son élève Ch. Féré. Le point d'ossification de la bosse pariétale s'étend en rayonnant, pour ainsi dire; d'où, à sa périphérie, une structure fibrillaire, dont le dernier vestige s'observe à l'angle postéro-supérieur, point qui s'ossifie le dernier. Sous l'influence des traumatismes de l'accouchement, il se fait une fissure osseuse entre ces fibrilles: le céphalématome vulgaire est donc, à vrai dire, dû à l'hémorragie que fournit une fracture obstétricale, très bénigne, du crâne. On s'explique bien ainsi la genèse des poches situées parfois entre l'os et la dure-mère.

(A. B.)

## DEUXIÈME PARTIE

### MALADIES DE LA FACE ET DES MACHOIRES

#### CHAPITRE PREMIER

##### LÉSIONS TRAUMATIQUES DU SQUELETTE.

Les fractures des os de la face en général sont rares. Sur une statistique anglaise comprenant 20.000 cas de fracture des os, la fracture des os de la face ne figure que pour 2 0/0. Parmi les fractures des différents os qui constituent le squelette de la face, celles du maxillaire inférieur sont les plus fréquentes, et d'après Gurlt leur fréquence est plus grande que celle des autres os de la face réunis. Deux points sont particuliers à ces fractures: d'abord les connexions intimes entre les divers os de la face font que la fracture porte assez souvent sur plusieurs os à la fois, ensuite la fracture est ordinairement exposée quand même la peau reste intacte, car dans la majorité des cas le revêtement muqueux de la surface osseuse tournée vers une des cavités de la surface se trouve déchiré et le foyer de fracture en communication avec l'air.

**Fracture des os du nez.** — Dans les traumatismes directs portant sur le squelette du nez, on trouvera souvent les deux os du nez ou les autres parties osseuses de la *charpente du nez* fracturés simultanément. La fracture pourra porter sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur, l'épine nasale du frontal, la lame perpendiculaire de l'éthmoïde; le vomer même et l'os unguis peuvent être fracturés par un traumatisme violent, un coup de pied de cheval par exemple. Si la fracture intéresse en même temps la lame criblée de l'éthmoïde, la mort peut être amenée par une méningite, fait qu'on doit d'autant plus avoir dans la mémoire en formulant le pronostic, que le diagnostic de cette fracture est impossible à faire sur le moment, et que cette