

pour entretenir la vie pendant l'évolution fœtale et quelque temps encore après la naissance. »

CHAPITRE V

ENCÉPHALOCÈLE, OU HERNIE DU CERVEAU

L'encéphalocèle, ou hernie du cerveau, est une tumeur formée par le passage d'une portion de cerveau ou de cervelet à travers une ouverture de la boîte crânienne. C'est un vice de conformation du même genre que l'*anencéphalie*, seulement il est moins considérable. Il coïncide souvent avec le *spina bifida* et le *bec-de-lièvre*.

Symptômes. — L'encéphalocèle est une maladie caractérisée par une tumeur ordinairement unique, peu volumineuse, molle, élastique, transparente, arrondie ou bosselée, sans changement de couleur à la peau, étroite à sa racine et comme pédiculée. Elle existe très-ordinairement à l'occiput, puis au front, à la fontanelle antérieure, à la fontanelle postérieure, à la suture lambdoïde, à l'angle interne de l'œil et à la région temporale. On y trouve des battements isochrones à ceux du pouls, et un mouvement d'expansion alternatif en rapport avec la respiration. Les cris et les efforts la font rougir et augmenter de volume. L'enfant n'éprouve rien tant qu'on ne touche pas à cette tumeur; il vomit, s'endort ou se convulse quand on la comprime un peu fortement. Elle est quelquefois réductible, et à sa base on sent un cercle osseux qui est formé par le bord de l'ouverture crânienne par laquelle s'échappe le cerveau.

L'encéphalocèle reste longtemps stationnaire, mais elle finit par s'accroître notablement, ce qui entrave le développement des facultés intellectuelles et prédispose à la méningite ou à l'inflammation du cerveau. On a vu cette tumeur s'ouvrir spontanément par suite de la gangrène de ses parois, d'où une méningite et la mort.

Dans quelques cas, l'encéphalocèle n'a aucun des caractères précédemment indiqués; elle forme une tumeur molle, non pédiculée, sans transparence ni mouvement d'expansion, et la pression ne provoque pas de mouvements convulsifs chez l'enfant. Le diagnostic est alors d'une difficulté extrême. J'ai vu Guersant se tromper, et traverser d'un séton une de ces tumeurs placée à l'angle interne de l'orbite, et considérée comme une tumeur érectile. Pareille erreur a été commise par Paul Dubois et par d'autres chirurgiens.

OBSERVATION I. — Un enfant de deux jours, portant à la racine du nez une petite tumeur conoïde, molle, rougeâtre et peu douloureuse à la pression. Pensant avoir à traiter une tumeur érectile, P. Dubois déposa du vaccin dans son épaisseur au moyen de lancettes, car on sait que la vaccination est un excellent moyen curatif des petites tumeurs érectiles. L'enfant dépérit, tombait en convulsions lorsqu'on lui pressait la tumeur, et il succomba.

La nécropsie montra un écartement des os du nez, à travers lequel s'échappait une petite portion de substance cérébrale recouverte de ses enveloppes, la pie-mère, le double feuillet arachnoïdien et la dure-mère. Une certaine quantité de sérosité était infiltrée dans ces membranes.

En voici un curieux exemple publié par le docteur J. Laurence (1):

OBSERVATION II. — Madame W..., de Guildford, accoucha, le 3 avril 1857, d'une petite fille qui portait une tumeur à la partie postérieure de la tête: la grosseur

(1) J. Laurence, *The Lancet*, septembre 1857.

n'avait rien présenté de remarquable; les douleurs avaient duré près d'une semaine, et s'étaient considérablement accrues durant les deux derniers jours et les deux dernières nuits. Les eaux avaient été très-abondantes.

Le 19 juillet, l'enfant présentait l'état suivant. De la partie postérieure de la tête pendait une large tumeur un peu pédiculée, prenant naissance des régions de l'occiput, de la nuque et entre les épaules. Elle mesurait, d'avant en arrière, huit pouces; dans sa plus grande circonférence transversale, un pied et six pouces, dans sa plus grande circonférence longitudinale, un pied et six pouces. Lors de la naissance, la tumeur n'avait guère que la moitié de ces dimensions. La forme générale de la tumeur est conique, avec quelques bosselures à sa surface. La peau qui la recouvre est pareille à celle du reste de la tête, sauf qu'elle offre quelques dilatations veineuses. La tumeur est fluctuante et la fluctuation se sent dans toutes ses parties; elle est semi-transparente, comme une hydrocèle, et cela dans toute son étendue, ce qui semble indiquer qu'elle ne renferme pas de parties solides. Il est à remarquer que la base de la tumeur, surtout à gauche, était couverte de cheveux foncés, longs et soyeux.

L'enfant était maigre et chétif: le crâne était un peu petit en largeur et en hauteur, mais assez bien conformé; le front était un peu saillant, la fontanelle antérieure était à sa place normale. L'enfant semblait intelligent, il souriait et regardait les objets. Pupilles normales, vision parfaite, mais strabisme convergent, surtout à droite. Les membres n'étaient ni paralysés, ni contractés.

Le 17 août, l'enfant était engraisé; mais il souffrit un peu d'un dérangement intestinal. La tumeur fut ponctionnée à son sommet, là où la peau était le plus tendue, et n'offrait ni dilatations veineuses, ni cheveux. Il en sortit, dans l'espace de dix minutes, deux quarts au moins d'un liquide jaune-paille, à réaction alcaline et très-albumineux. Il ne s'écoula pas une goutte de sang et l'enfant ne manifesta pas le moindre signe de douleur; quand ce liquide fut sorti, la tumeur tomba en une espèce de sac qui semblait vide.

Une semaine après, il n'y avait aucun signe de méningite, mais le sac contenait de nouveau du liquide; on sentait alors une petite tumeur solide dans l'épaisseur du pédicule: l'auteur pense que c'était le cervelet.

Marche, durée. — La plupart des enfants atteints d'encéphalocèle meurent ordinairement dans la première enfance. Quelques sujets vont au delà, et vivent jusqu'à vingt-cinq et trente-trois ans, comme Lallemand et Guyennot en ont vu des exemples; mais ce sont là des exceptions très-rares.

Diagnostic, pronostic. — La hernie du cerveau, chez un sujet âgé, peut être prise pour une loupe ou un kyste sébacé du crâne, et chez un enfant pour un céphalématome ou une tumeur érectile, ainsi que cela s'est vu quelquefois de la part de chirurgiens fort distingués. En effet, le diagnostic de l'encéphalocèle est quelquefois fort difficile; cependant la mollesse, la demi-transparence, la réductibilité, les pulsations isochrones à celles du pouls, l'expansion qui coïncide avec les mouvements respiratoires, serviront à établir l'existence de cette lésion.

Le pronostic de l'encéphalocèle est fort grave, et dépend du volume de la tumeur et de sa structure, selon qu'elle est ou n'est pas recouverte par la peau. La mort est la terminaison la plus ordinaire de cette maladie.

Lésions anatomiques. — Chez les sujets qui succombent, on trouve les lésions suivantes: Une tumeur qui se trouve généralement à l'occipital, recouverte ou non par la peau; dans ce cas, elle l'est par la dure-mère, mais cela est très-rare. La peau est très-rouge, mince, pourvue de cheveux à sa circonférence et non au sommet; au-dessous de la peau se trouvent le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose épicroânienne, puis le péri-crâne, et enfin la dure-mère tapissée par l'arachnoïde.

Dans la poche est renfermée une partie du cerveau ou du cervelet, ou même le cervelet tout entier. La substance nerveuse est plus ou moins altérée et rétrécie au

niveau de l'ouverture du crâne, où elle est un peu étranglée. Elle renferme quelquefois de la sérosité dans son intérieur, si la portion herniée tient à un ventricule latéral. Ailleurs, elle est couverte par le sérum dans des proportions variables qui atteignent jusqu'à 500 grammes.

Enfin, une ouverture osseuse ou fibreuse, plus ou moins large, établit la communication entre le sac de l'encéphalocèle et la boîte crânienne. Elle ne présente rien de particulier.

Traitement. — Il est impossible de compter sur la guérison radicale de l'encéphalocèle. Cependant il faut essayer, dans les limites d'une sage prudence, les moyens que la chirurgie met à la disposition du médecin.

Si l'on peut réduire la tumeur sans inconvénient pour l'enfant, il faut la faire rentrer dans le crâne et la maintenir au moyen d'une plaque de plomb, ou de cuir bouilli maintenu par des bandes. Si la réduction complète est impossible, il faut encore essayer la compression palliative qui arrête l'accroissement de la tumeur, la maintient dans un assez petit volume, et permet encore le développement et l'usage des différentes fonctions. Alors la compression se fait au moyen de bandes et de plaques concaves appliquées sur l'encéphalocèle.

Quelques médecins ont essayé d'enlever la tumeur au moyen de la *ligature* seule ou de la *ligature* suivie d'excision. Tous les enfants ainsi traités sont morts de méningite à la suite de l'opération.

L'*incision* a été plusieurs fois pratiquée, soit librement, pour vider le liquide de l'encéphalocèle, quand la tumeur trop tendue menaçait de se rompre, par suite d'une erreur de diagnostic. Quelques enfants ont guéri; mais pourquoi une incision, s'il ne s'agit que d'évacuer du liquide? Ne vaut-il pas mieux simplement recourir à une fine ponction, ou à une ponction sous-cutanée?

Ainsi ont fait plusieurs médecins: Adams entre autres. Quand la tumeur est dure, tendue, que la peau est près de se déchirer, la ponction et la compression consécutive constituent la meilleure méthode thérapeutique de l'encéphalocèle. Une ponction doit être faite aux parois de la tumeur avec une aiguille à coudre, et cette ponction suffit à l'écoulement du sérum. Adams a ainsi retiré 15 grammes d'un coup dans une encéphalocèle. Si le liquide se reproduit au bout de quelques jours, on lui donne issue de nouveau par le même procédé, et l'on recommence sept ou huit fois l'opération, tant qu'elle paraît nécessaire. En combinant cette méthode à la compression méthodique, on empêche la rupture du sac et l'accroissement de la hernie cérébrale; la peau se raffermît et les enfants se trouvent placés dans les conditions les plus favorables à leur guérison, ou du moins à l'entretien de leur existence.

CHAPITRE VI

CÉPHALÉMATOME

La dénomination de *céphalématome* doit s'appliquer exclusivement à l'épanchement de sang formé *entre le péricrâne et les os du crâne*. C'est par suite d'une extension fâcheuse qu'on l'a employée pour certains foyers sanguins placés *au-dessus du péricrâne*, ou placés dans l'intérieur du crâne *en dehors de la dure-mère*.

Il y a donc: 1° le *céphalématome* proprement dit, qui est un *céphalématome sous-périostique*; 2° un *pseudo-céphalématome* qui est *sus-périostique*, et enfin, 3° un *céphalématome intra-crânien*.

§ I. — Céphalématome sous-périostique.

Le véritable céphalématome, dit sous-périostique, est placé entre l'os et le périoste. C'est une altération peu commune, à peine signalée par Mauriceau, Levret, Baudelocque, etc.; mieux décrite par Michaelis et Palletta, puis enfin complètement étudiée en Allemagne par Nægele, Hoere, Zeller, et en France, par Valleix (1) et Paul Dubois. Ces deux derniers auteurs surtout me paraissent avoir apporté dans cette question tous les documents nécessaires à sa parfaite clarté.

Causes. — On considère peut-être à tort le céphalématome épicroânien comme un résultat de difficultés du travail et de la pression de la tête du fœtus dans l'accouchement, car Nægele et P. Dubois l'ont vu se produire après des accouchements faciles durant lesquels la tête du fœtus n'avait éprouvé aucune pression notable, et Kuester et d'autres en ont observé des exemples chez l'adulte. Michaelis et Palletta ont pensé que le céphalématome était le résultat d'une maladie de l'os, antérieure à la naissance, et cela en raison d'un cercle osseux qui existe souvent à la base de la tumeur, et que l'on regarde comme de formation ancienne. Mais le cercle osseux n'existe pas toujours, et il n'y a pas d'altération appréciable de l'os. Nægele suppose une rupture des vaisseaux sanguins de l'os qui forme un petit épanchement, augmenté à la naissance par l'établissement de la respiration et l'activité très-grande imprimée à la circulation. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer le céphalématome de l'adulte qui se produit sans contusion préalable. Ainsi Kuester (2) a vu se développer, sans cause connue, une tumeur de la grandeur de la paume de la main d'un adulte sur toute la surface du pariétal droit; les bords, élevés en bourrelet, offraient la plus grande analogie avec ceux qui limitent le pourtour de la bosse sanguine des enfants. Après avoir constaté l'inefficacité des topiques résolutifs, notre confrère allemand pratiqua sur la tumeur une incision de 3 centimètres environ; il s'écoula de 8 à 10 onces d'un sang d'une couleur sale; le péricrâne était décollé. Un pansement compressif amena rapidement la guérison de la maladie, qui ne s'est pas démentie depuis quatre ans. Paul Dubois attribue, au contraire, le développement du céphalématome à un simple décollement du péricrâne, par le fait d'une violence quelconque, décollement qui, laissant ouverts les orifices si multipliés des vaisseaux osseux, permet au sang de s'accumuler sous le péricrâne en formant une masse sanguine plus ou moins considérable. Cet auteur invoque à l'appui de son hypothèse les résultats d'une expérience qui consiste à enlever une portion du péricrâne et à injecter dans l'artère méningée moyenne un liquide qu'on voit sourdre et jaillir par les porosités et les fentes de la table externe de l'os. Ce résultat est incontestable, mais rien ne démontre qu'il en soit ainsi dans la production du céphalématome.

Lésions anatomiques. — Après avoir incisé le cuir chevelu et l'aponévrose sous-jacente, qui ne présente rien de particulier, on arrive sur le péricrâne soulevé par l'hémorrhagie. Des ecchymoses existent à la surface et dans le tissu cellulaire placé au-dessus de lui. Le péricrâne resté transparent est seulement épaissi; sa surface interne est lisse comme une séreuse, et est en effet tapissée par une membrane extrêmement délicate, déjà vue par Valleix, et dans laquelle on trouve de nombreux éléments fibro-plastiques. La surface de l'os est également lisse et couverte d'une membrane semblable à la précédente, ayant la même structure et se continuant avec elle, de sorte qu'il y a dans l'intérieur du céphalématome, d'après Valleix, une membrane adventice enveloppant le caillot sanguin de toutes parts. Il

(1) Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 494 et suiv.

(2) Kuester, *Allgemeine medic. Centr. Zeitung, et Gazette hebdomadaire*, 1854.

m'avait en effet semblé voir cette disposition sur un céphalématome présenté par Morel à la Société de biologie; mais une analyse, faite séance tenante par Ch. Robin, m'a fait voir que s'il y avait une fausse membrane adhérente au péricrâne, et une autre toute semblable adhérente à l'os, ces deux membranes ne se continuaient pas l'une avec l'autre à la circonférence de la tumeur, comme on venait de l'affirmer. Robin ajouta qu'au pourtour de la tumeur il n'y avait que de la fibrine amorphe, et aucun tissu fibro-plastique annonçant l'existence d'une fausse membrane.

L'os sur lequel se trouve l'épanchement sanguin présente quelquefois des aspérités plus ou moins apparentes, mais point de carie ou de nécrose : souvent il est lisse et poli comme de l'ivoire. La carie et la nécrose ne se rencontrent que lorsque la maladie est ancienne, et que la suppuration s'est établie depuis quelque temps.

Enfin, autour de l'épanchement et à la base de la tumeur il existe souvent un bourrelet circulaire, appréciable durant la vie, formé par une ostéophyte, c'est-à-dire par une production osseuse de nouvelle formation.

Cet anneau, ce cercle ou ce bourrelet osseux, peu importe sa désignation, n'a jamais plus d'une ligne d'épaisseur et de deux ou trois en largeur. Il entoure le céphalématome dans toute sa circonférence au-dessous du péricrâne, et d'après Valleix, il serait séparé du caillot par la membrane mince et ténue qui l'enveloppe. Il adhère assez fortement à l'os, dont on peut le séparer. Il est dur à couper et présente toutes les apparences d'une production osseuse récente, il existe à peine autour des céphalématomes commençants; il est très-manifeste au bout de quelques jours, lorsque l'altération est bien caractérisée.

Dans un autre cas que celui dont je viens de parler, Morel a fait voir à la Société de biologie le bourrelet osseux du céphalématome existant d'un seul côté de la tumeur et pas du côté opposé.

Ce bourrelet existe ailleurs que dans le céphalématome. Il l'a vu chez une fille de trois ans, n'ayant qu'un volumineux abcès sous-cutané du crâne, guéri en huit jours, après évacuation spontanée du pus au dehors. Le sang épanché dans la tumeur s'élève au poids de 30 à 250 grammes; il est tantôt noir et liquide, tantôt noir et coagulé, offrant déjà un commencement de décoloration; quelquefois il est mêlé à une petite quantité de pus.

Symptômes. — Le céphalématome épicroânien sous-périostique se forme de préférence sur les pariétaux, plutôt à droite qu'à gauche, quelquefois des deux côtés; on l'a vu sur l'occipital, sur le temporal et sur le frontal; mais ces cas sont plus rares. Le sang reste en général accumulé sur un os, et ne passe pas sur l'os voisin. L'épanchement semble limité par les sutures; cependant il peut les franchir et s'étendre d'un os à l'autre. Ducrest a vu, chose plus curieuse encore, cet épanchement placé sur le pariétal s'étendre à la suture bipariétale, passer à travers, puis au-dessous du pariétal opposé, entre cet os et la dure-mère.

Le céphalématome se présente sous l'apparence d'une tumeur indolente, bien circonscrite, molle, fluctuante, et sans changement de couleur à la peau. Il commence souvent avant la parturition; car il existe déjà au moment même où l'enfant vient de naître; mais dans d'autres cas il ne se montre que du premier au quatrième jour après la naissance. Il s'élève, se tend progressivement et se remplit davantage, sans aller beaucoup au delà du volume d'une noix et d'un œuf de poule. Il est quelquefois, au début, le siège de pulsations manifestes qui ne tardent pas à disparaître. Son volume diminue par degrés, et il s'efface enfin, sans laisser de traces de son existence.

Le *céphalématome sous-périostique* présente souvent à sa base une sorte de cercle osseux qui le sépare des parties voisines. La présence de ce cercle a été l'objet de quelques contradictions. Bien que son existence ne soit pas constante, elle n'en est pas moins réelle, et selon moi, elle se rattache à l'âge du céphalématome. Ce cercle est à peine apparent au début de l'altération, mais il le devient davantage au bout de quelques jours. Ainsi Fortin trouva sur le pariétal gauche d'un enfant, même avant que l'accouchement fût terminé, un céphalématome de la grosseur d'un œuf de pigeon. Immédiatement après la naissance il s'assura qu'il n'y avait pas de bourrelet osseux, et deux jours après il en trouva un très-évident.

Marche, terminaison. — Si le sang contenu dans un céphalématome n'est pas évacué par une opération, il peut être absorbé, et la tumeur disparaît. D'après 27 cas recueillis par Seux (1), 25 empruntés à sa pratique et 2 au journal *The Lancet*, la guérison naturelle s'est produite du dixième au soixantième jour, c'est-à-dire dans une moyenne de 36 jours. Quand cette terminaison n'a pas lieu, un travail inflammatoire s'établit, à la suite duquel du pus se forme, se porte au dehors, et l'enfant peut encore guérir. Mais quelquefois, ainsi que l'ont vu Hoere, Nægele et Kopp, l'os qui sert d'appui à la tumeur s'altère, se nécrose et se laisse perforer. Une fois, sous les yeux de Hoere, cette perforation de l'os donna lieu à une hernie cérébrale. Dans un cas observé par Ducrest, le céphalématome extérieur épicroânien était compliqué d'un céphalématome intra-crânien. La communication des deux tumeurs avait lieu au moyen d'une fissure des os du crâne au travers de la suture sagittale. Des symptômes de compression cérébrale font prévoir cette complication.

Pronostic. — Le céphalématome sous-périostique est une lésion sérieuse, qui cependant perd beaucoup de sa gravité si on la traite convenablement, et si, comme l'indiquent Nægele et G. F. Hoere, on ouvre promptement la poche pour en évacuer le sang et favoriser l'accolement de ses parois. Elle guérit, mais il faut du temps; dans un certain nombre de cas elle provoque une suppuration mortelle.

Traitement. — Personne mieux que P. Dubois n'a précisé les indications thérapeutiques du céphalématome épicroânien, c'est-à-dire sous-périostique. Nous lui empruntons une partie de ce qui va suivre.

Trois méthodes de traitement du céphalématome partagent l'esprit des médecins. Les uns veulent provoquer la résolution, d'autres la suppuration, et d'autres enfin l'évacuation immédiate de la tumeur par une incision.

1° La *résolution* du céphalématome est quelquefois le résultat de la loi naturelle exploitée par les efforts de l'organisme. Elle peut être aidée par des applications aromatiques, le vin, l'eau-de-vie pure ou camphrée, le sel ammoniac, l'acétate de plomb, etc. Si elle se fait trop lentement, et qu'au bout de dix à douze jours la tumeur n'ait pas notablement diminué, il ne faut pas différer davantage, et le médecin doit recourir à l'opération.

2° La *suppuration* provoquée dans le céphalématome est la méthode de traitement proposée par P. Moscati, adoptée par Gœlis et Palletta. Ce dernier obtenait ce résultat à l'aide du séton. Il traversait la base du céphalématome avec une aiguille spéciale garnie d'une étroite bande de toile effilée. Du sang, de la sérosité, puis du pus sortent de la tumeur; on active la suppuration par de la pommade épispastique, et au bout de quinze jours la guérison est complète. Cette méthode

(1) Seux, *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1863.

est simple et n'a d'autre inconvénient que celui d'amener un mouvement fébrile quelquefois très-considérable.

Gœlis employait la potasse caustique pour agir superficiellement sur la peau, et pour amener la suppuration des parties subjacentes. C'est un médicament difficile à manier de cette façon; il vaudrait mieux alors recourir à l'emploi de quelques raies de feu.

3° L'évacuation du céphalématome par une *incision* ne doit être employée que dans le cas où la tumeur très-considérable a peu diminué de volume dans les dix ou douze premiers jours de la maladie. Les uns font une ponction avec la lancette, expriment le sang de la tumeur et la couvrent d'applications résolutes. D'autres, parmi lesquels se trouvent Michaelis, Nægele et P. Dubois, pratiquent une incision simple occupant toute la longueur et toute la hauteur du céphalématome jusqu'à l'os, enlèvent le sang, rapprochent les bords de la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives et compriment légèrement la tête avec un appareil modérément serré, ou seulement avec un bonnet de toile ajusté et fixé par une large mentonnière.

Quelquefois les parois du foyer, loin de se réunir, s'enflamment et suppurent abondamment; il faut alors cesser la compression et les résolutes; il faut recourir aux émollients, à des lotions fréquentes et à un pansement simple répété deux fois par jour. Quand l'os lui-même se nécrose, il convient de continuer le pansement avec soin, en surveillant ce qui se passe, pour enlever les parties exfoliées quand elles se détachent; alors on peut employer pour l'appareil un peu de cérat digestif ou du cérat saupoudré de quinquina.

A ces différentes manières d'ouvrir le céphalématome il convient d'ajouter la modification avantageuse proposée par le docteur Isnard. — Au lieu d'une ponction ou d'une large incision avec le bistouri, opérations toujours graves, ce médecin, d'après un cas de succès, propose la ponction et l'évacuation au moyen d'un trocart explorateur. — Cette méthode inoffensive sera très-bonne, à condition que dans tous les cas le sang de la tumeur soit liquide et non coagulé, comme cela s'observe assez souvent.

§ II. — Céphalématome sus-périostique ou pseudo-céphalématome.

Cette forme du céphalématome rentre dans l'histoire des bosses sanguines du crâne. Le sang se trouve placé au-dessous de l'aponévrose et au-dessus du péri-crâne, ainsi que l'ont établi Baudelocque, Velpeau et Paul Dubois. C'est du sang coagulé et infiltré dans le tissu cellulaire, où il séjourne pendant quelques jours, et d'où il disparaît ordinairement par absorption, comme dans l'ecchymose des adultes. Ainsi placé, il y a au moins l'avantage de ne jamais produire l'altération ou la destruction de l'os. Quelquefois aussi c'est un véritable épanchement en masse au-dessus du péri-crâne.

D'après Paul Dubois, le *pseudo-céphalématome* est une bosse sanguine qui résulte d'un accouchement pénible, surtout lorsqu'il s'est longtemps prolongé et a entraîné l'écoulement des eaux de l'amnios; il a toujours son siège aux parties qui se présentent les premières au vide du bassin; il n'est pas fluctuant, il conserve l'impulsion du doigt; la peau qui le couvre est violette; enfin il n'y a pas, au pourtour de sa base, le bourrelet osseux qu'on observe dans le céphalématome proprement dit. Quelquefois il y a réunion, chez le même sujet, de ce véritable céphalématome et du pseudo-céphalématome ou céphalématome sus-péricrânien, ce qui ajoute beaucoup aux difficultés du diagnostic.

Quand l'épanchement sanguin n'est pas très-volumineux, l'absorption le fait rapidement disparaître; si, au contraire, il est très-considérable, la poche peut se rompre, s'enflammer et occasionner la mort des enfants.

Il faut favoriser la résolution de cette forme de céphalématome par des applications froides et résolutes, et dans le cas où un foyer se montre, l'ouvrir de bonne heure avec le bistouri.

§ III. Céphalématome intra-crânien.

Cette forme exceptionnelle du céphalématome a été signalée par Hoere, Baron, Moreau, Padiou, Ducrest. Le sang se trouve accumulé dans l'intérieur du crâne, entre la calotte osseuse et la dure-mère, sous forme d'une masse noire, demi-coagulée, comprimant un des hémisphères cérébraux, le cervelet ou le pourtour de la protubérance. C'est une forme d'*hémorrhagie méningée*.

Il en résulte des symptômes convulsifs et paralytiques, dus à la compression de l'encéphale. On ne peut que soupçonner l'existence de cette lésion, si elle coïncide avec un céphalématome épicroânien; mais il est impossible de la reconnaître quand elle existe seule, car ses symptômes sont ceux de l'apoplexie méningée et de quelques autres maladies cérébrales. L'incertitude du diagnostic n'a d'ailleurs pas de conséquences bien regrettables; car dans l'un et dans l'autre cas l'hémorrhagie guérit bien plus facilement par les seuls efforts de la nature que par les soins de la médecine.

CHAPITRE VII

GANGRÈNE DU CUIR CHEVELU

La gangrène du cuir chevelu déterminée par le travail de l'accouchement est un accident très-rare et que peu de médecins ont eu occasion d'observer. En voici un exemple pris dans le service de Moreau, à la Maternité, par P. Lorain. Pendant le travail, la contraction de l'utérus comprima le cuir chevelu en laissant une surface libre correspondant à la dilatation du col. C'est sur le point comprimé que se développa la gangrène.

OBSERVATION. — Un enfant âgé de deux semaines. — Il est né d'une mère primipare, au terme de neuf mois. Le travail a duré quarante-huit heures et l'accouchement s'est terminé spontanément. L'enfant était, du reste, vigoureux et bien portant. Aussitôt après sa naissance, on constata sur sa tête une ligne rouge circulaire bien circonscrite; le lendemain cette ligne prit une teinte violette, et l'on dut craindre une mortification du derme, qui ne tarda pas en effet à se produire. Les cheveux furent rasés, les cataplasmes émollients furent appliqués sur la tête. Enfin, craignant pour les jours de son enfant, la mère se décida à entrer dans la Maison d'accouchements le 16 mars 1853.

En examinant cet enfant, on constate autour de sa tête une plaie intéressant le cuir chevelu, affectant une forme circulaire, comme si l'on avait promené autour du crâne le tranchant d'un couteau. Le cuir chevelu a été comme scalpé. Le derme a été intéressé dans toute son épaisseur et dans une largeur d'un centimètre. Dans la demi-circonférence postérieure, la plaie est profonde et laisse le péri-crâne à découvert; dans la demi-circonférence antérieure, le cercle est complété par une ligne rouge, résultat de la contusion du derme. C'est le même genre de lésion, mais à un degré moindre. Le diamètre de ce cercle est précisément le diamètre sous-occipito-bregmatique. Cette plaie est pansée avec soin, on y voit des bourgeons charnus qui annoncent une tendance à la guérison; mais il est à croire que cette plaie laissera

une cicatrice difforme, vu sa largeur et la difficulté de rapprocher les deux lèvres d'une solution de continuité dans cette région, le raphé fibreux médian cervical tendant à retenir en bas la lèvre inférieure.

L'enfant meurt le 20 mars, quatre jours après son entrée, atteint de sclérème.

Autopsie. — Pas de lésion notable dans les organes principaux; sur le crâne ni ecchymose, ni traces de céphalématome.

Le cuir chevelu est, en arrière, dans un segment qui correspond à l'occipital au-dessous de sa tubérosité, divisé par une plaie d'un centimètre de largeur.

Si l'on veut suivre cette plaie sur les côtés en avant, on voit qu'elle aboutit à une trace ou empreinte qui complète le cercle passant par la fontanelle antérieure.

Si le cuir chevelu a été mortifié en arrière, cela est dû sans doute à ce que tout l'effet de la compression a dû porter sur ce point où le bord de l'orifice s'arrêtait et sur lequel pivotait la tête, tandis que le crâne glissait pendant les contractions utérines, et ne pouvait être bien saisi par l'orifice au niveau de la fontanelle antérieure. Il est probable que la constriction exercée par un orifice rigide sur le cuir chevelu était la seule cause de la lésion qui précède, lésion dont la forme et le siège sont parfaitement en rapport avec la cause indiquée.

CHAPITRE VIII

ABCÈS DU CUIR CHEVELU

Le cuir chevelu est souvent le siège d'inflammations superficielles qui se terminent par des abcès plus ou moins considérables.

Ces abcès sont ordinairement placés au-dessus du péricrâne, mais quelquefois, après avoir détruit cette membrane, ils reposent sur le crâne dénudé et nécrosé.

Causes. — Leurs causes sont l'impétigo du cuir chevelu, les différentes variétés de teigne, les coups et les chutes sur la tête, mais ordinairement, chez les enfants, ce sont les maladies impétigineuses de la tête qui en sont le point de départ.

Symptômes. — Les abcès du cuir chevelu offrent un volume variable. Ils acquièrent le volume d'une noisette ou d'une noix; on les reconnaît à la présence d'une tumeur arrondie, rougeâtre, chaude, douloureuse et fluctuante. Au bout d'un certain temps, la peau s'amincit, s'ulcère et donne passage au pus et à une plaie qui se cicatrice plus ou moins rapidement. Leur cicatrisation est d'autant plus rapide que les enfants sont plus vigoureusement constitués et exempts de toute diathèse scrofuleuse ou herpétique. Lorsqu'il existe une diathèse de cette nature, la plaie se couvre de croûtes d'impétigo, et la réunion des parois du foyer se fait très-longtemps attendre. Dans un cas observé en 1863, sur une petite fille de trois ans, un abcès volumineux était entouré à la base d'un bourrelet semblable à celui qu'on observe dans le céphalématome. — Le pus s'écoula par une petite ouverture spontanée et le bourrelet était extrêmement apparent. En dix jours, abcès et bourrelet, tout avait disparu.

Chez quelques sujets, l'abcès abandonné à lui-même s'étend en largeur ou en profondeur; le péricrâne s'use, comme je l'ai plusieurs fois observé, et les os, mis à nu, se nécrosent de manière à produire une exfoliation superficielle et limitée des parois du crâne, ou un séquestre de toute l'épaisseur des os. Une fois, chez une fille de douze à treize ans, j'ai retiré un séquestre arrondi de 2 centimètres de diamètre, comprenant l'épaisseur du crâne comme une couronne de trépan, et qui n'avait pas d'autre origine qu'un abcès du pariétal gauche.

Les abcès du cuir chevelu ne sont généralement pas une maladie grave, et se terminent ordinairement par l'ouverture spontanée et par la guérison. Leurs com-

plications habituelles sont l'impétigo, l'érysipèle ou la nécrose des os subjacents. Une fois j'ai vu cette nécrose produire la pachyméningite, la thrombose des sinus, la méningite et la mort.

Traitement. — Le traitement doit se borner à des applications de cataplasmes émollients, jusqu'au moment où la fluctuation est appréciable. Alors il faut ouvrir le foyer et faire un pansement avec un linge enduit de cérat et recouvert de charpie.

Si la plaie se couvre d'impétigo, il faut la laver cinq ou six fois par jour avec de l'eau de son, et soumettre les enfants à une médication antiherpétique, avec l'huile martiale, l'huile de foie de morue, le sirop antiscorbutique, etc.

Si l'abcès s'est ouvert, et que l'ouverture reste fistuleuse, à cause d'une nécrose des os du crâne, il faut traiter la maladie des os par des injections détersives et irritantes faites par les ouvertures cutanées des trajets fistuleux. On emploie, à cette intention, les injections de baume opodeldoch, les injections d'iode, de glycérine, d'eau bromée, etc. Je préfère de beaucoup les injections d'iode et de brome, et l'on verra les bons effets de cette dernière substance dans les observations que j'ai publiées et que l'on pourra lire dans les éditions précédentes de ce livre.

CHAPITRE IX

TUMEURS DU CUIR CHEVELU

A l'exception des abcès chauds ou froids, du céphalématome et de l'encéphalocèle, il est rare de trouver dans le cuir chevelu des enfants des tumeurs d'une autre nature.

J'ai souvent observé des abcès à la suite de l'impétigo capitis et de la teigne, des caries osseuses et quelquefois des nécroses avec élimination de séquestres considérables. Je conserve même un séquestre de 2 centimètres de diamètre intéressant toute l'épaisseur du crâne, retiré de la tête d'un enfant de sept ans, qui a guéri; mais je n'ai pas vu de tumeur semblable à celle qui a été enlevée par Nélaton sur un enfant de quatre ans, tumeur composée d'éléments reconnus par Verneuil pour être des *cytoblastions*.

Cette tumeur, placée sous le sommet de la tête, large de 6 à 7 centimètres, épaisse de 3 centimètres, dure comme le cartilage, mobile sur les os, adhérait intimement à la peau. Enlevée par le bistouri, on vit qu'elle était formée de couches successives, comme une couenne de lard doublée de sa graisse; d'abord jaune dans la peau, puis jaune, puis rouge, elle laissait sortir un suc à peu près semblable au suc cancéreux, et elle était formée par un épaississement du cuir chevelu infiltré par un élément anatomique, particulier, décrit par Ch. Robin sous le nom de *cytoblastions* (1). Ce sont des noyaux sphériques à contours obscurs, d'un volume assez uniforme, finement granuleux, sans nucléoles, mais quelquefois nucléolaires; ils étaient dans ce cas mêlés à quelques globules de sang.

Comme l'a dit Verneuil, c'est là une tumeur de structure rare, difficile à classer dans l'état actuel de la science. Cependant, par sa marche elle se rapproche des tumeurs cancéreuses, épithéliales et fibro-plastiques.

En effet, après l'opération, le mal se reproduisit dans le voisinage avec les mêmes caractères, et la mort survint rapidement au milieu d'un état cachectique très-prononcé. Malheureusement la nécropsie ne put être faite.

(1) Ch. Robin, *Traité de chimie anatomique et physiologique, normale et pathologique*. Paris, 1853, et *Programme du cours d'histologie*. Paris, 2^e édition, 1870.