

sanguines du crâne communiquant avec le sinus longitudinal supérieur. *Revue chirurgicale*, nov. 1886. — LABOYENNE, Du traitement du céphalématome par la ponction capillaire, etc. *Lyon médical*, t. XIV, p. 544, 1874. — LEBRETON, Du céphalématome. Thèse de Paris, 1860, n° 98. — LE COURTOIS, Notes sur l'anatomie de la voûte du crâne de l'embryon, du fœtus et de l'enfant. Extrait du *Bull. de la Soc. anat.*, p. 55, 1882. — DU MÊME, Des modifications craniennes morphologiques attribuées au rachitisme. Extrait du *Bull. de la Soc. anthrop.*, p. 15, 1872. — LEFOUR, Un cas de céphalématome double, avec épanchement sanguin sous-épicranien. Bordeaux, 1881. — MAURICEAU, Traité des femmes grosses, etc. — MAUTHNER, Die Krankheiten des Gehirns und Rückenmarkes bei Kindern. Wien, 1844, p. 42. — MEYER, Du céphalématome. *Revue de Hayem*, t. II, p. 784. — MICHOU, *Bull. de la Soc. anat.*, 1859, p. 265. — MIGNOT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1848, p. 191. — MONTI, Traitement du céphalématome. *Revue de Hayem*, t. VIII, p. 802. — MOUGEOT, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1857, p. 621. — NÆGELE, Sur l'encéphalocèle congénitale et les tumeurs sanguines à la tête des enfants nouveau-nés, considérés sous le rapport du diagnostic. *Journal complémentaire du Dict. des sciences méd.*, t. XIII, p. 227. Paris, 1822. — NAUDEAU, *Bull. de la Soc. anat.*, 1859, p. 114. — OSIANDER, *Zeitschrift für die gesammte Medicin*, 1840. — PAJOT, Des lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement. Thèse d'agrég., 1855, p. 55. — PARROT, Des déformations craniennes causées par la syphilis héréditaire. Assoc. pour l'avancement des sciences, Congrès du Havre, 1877. — DU MÊME, De la syphilis héréditaire. — PIGNÉ, Mémoire sur les céphalématomes ou tumeurs sanguines des enfants nouveau-nés. *Journal hebdom. de méd. et de chir. prat.*, t. XII, p. 461. Paris, sept. 1855. — PUECH, Lésions du crâne dans les accouchements précipités. *Gazette de Joulain*, 1874. — RUGE, Céphalématome des deux pariétaux, Soc. gynéc. de Berlin, 15 juin 1875. — SANDEAU, *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, p. 114. — SEUX, Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés (céphalématome). Paris, 1865, in-8°. — SIMPSON, *Obstetrics memors and contributions*. Edinburgh, 1856, vol. II, p. 465. — STREWE, De cephalemat. seu sanguinis, etc. Giessen, 1828. — TARNIER, art. CEPHALÉMATOME du *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 665. — TAVIGNOT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1841, p. 207. — TROUSSEAU, *Gaz. des hôp.*, 1848, p. 57. — VALLEIX, Du développement des os du crâne après la naissance. *Bull. de la Soc. anat.*, oct. 1875, p. 41. — DU MÊME, Clinique des maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1858, p. 494 et suiv. — DU MÊME, Des céphalématomes. *Journal hebdom. des progrès, etc.*, 1855, t. IV, p. 521 et 589, et 1856, t. I, p. 5. — VEIT, Fissure du crâne par le seigle ergoté. *Revue de Hayem*, t. XVII, p. 641. — VIRCHOW, Pathologie des tumeurs; traduction française par Aronsohn. Paris, 1867, t. I, 7<sup>e</sup> leçon. Les tumeurs sanguines. — VOGEL, Traité élémentaire des maladies de l'enfance. Traduction de Calman et Ch. Lenhel. Paris, 1872. — VOISIN, Du céphalématome. Thèse de Paris, 1864, n° 166. — WEST, Leçons sur les maladies des enfants; traduction Archambault, 1875, p. 69. — DU MÊME, *London med.-chir. Transact.*, 1845, t. XXVIII, p. 297. — Vingt-sept cas de fracture du crâne par forceps. *Berl. klin. Woch.*, et *Revue des sciences méd.*, t. XXVII, p. 227. — ZEBALA Y HERMOSO, Étude sur le céphalématome. Thèse de Paris, 1885, n° 264. — ZELLER, De cephalématomate. Heidelberg, 1822.

**Fréquence.** — En consultant les statistiques des auteurs sur cette lésion, on constate d'énormes divergences : Nægele n'en avait vu que 17 cas en vingt ans; Paul Dubois 6, à la Maternité de Paris, Baron dit l'avoir observée 1 fois sur 600; Hoere pense qu'elle existe 1 fois sur 100.

Il est probable que ces différences sont dues à ce que les auteurs n'étaient pas d'accord sur la valeur du mot céphalématome. Si l'on appelle de ce nom les ecchymoses du crâne, les épanchements séro-sanguins qui existent chez un nombre si considérable d'enfants, il est certain qu'on aura des proportions énormes. La statistique la mieux établie est celle de Seux, qui a observé 26 céphalématomes sur 5674 enfants, c'est-à-dire 1 sur 290 naissances.

Il est difficile d'observer tous les enfants d'une grande maternité, et surtout de les observer assez longtemps, pour être sûr qu'ils ne présenteront rien après leur sortie. Du reste, cette affection n'ayant aucune gravité, et le traitement consistant en général dans l'expectation, on comprend que le médecin ne se préoccupe pas outre mesure de la rechercher, et par conséquent quelques cas ont dû échapper à l'observation.

**Étiologie.** — Le sexe de l'enfant ne semble pas avoir une grande influence dans la question qui nous occupe; cependant il paraît y avoir une plus grande

quantité de ces tumeurs chez les garçons. Simpson est très affirmatif sur ce point, mais il est probable que la proportion varie suivant les statistiques.

Nous avons vu que le céphalématome était surtout une maladie du nouveau-né; cependant certaines de ces tumeurs peuvent être produites plus tard par des lésions osseuses, ainsi que Gosselin en a publié un cas, en avril 1882, dans les *Archives de médecine*.

Tarnier raconte l'histoire d'un enfant de treize mois, qui présenta sur le pariétal droit une tumeur fluctuante, avec bourrelet osseux, d'où l'on retira du sang par une ponction.

Ces faits sont évidemment l'exception. Toute notre description s'applique à la maladie du nouveau-né.

Il faut donc se demander pourquoi le nouveau-né est spécialement atteint? Avant de répondre à cette question et d'aborder ce point si important et parfaitement élucidé aujourd'hui, il est nécessaire d'indiquer le siège ordinaire de cette tumeur.

**Siège.** — Elle pourrait occuper, d'après Virchow, toutes les parties de la convexité du crâne qui ne sont pas recouvertes de muscles; on la rencontre sur le frontal (Burkhardt); sur le temporal (Siebold, Hoere), sur l'occipital au-dessous de l'inion, comme Féré en a montré un exemple (*Bull. de la Soc. anatom.*, 1878, p. 545).

Toutefois presque toujours elle occupe les pariétaux (Seux, Dœpp), et Burkhardt, le premier, a remarqué la prédilection qu'a cette affection pour le pariétal droit.

Le céphalématome est généralement unique; cependant on cite 9 cas doubles, et 3 triples, sur 70 observations.

Il ne se rencontre jamais sur la ligne médiane, sauf quand il siège sur l'occipital. Sur le pariétal, il est toujours situé le long du bord supérieur de l'os; s'il existe simultanément sur les deux pariétaux, il respecte toujours la suture sagittale, au niveau de laquelle le péri-crâne et la dure-mère sont confondus.

La maladie reste toujours à la surface des os, et sur les pariétaux, elle siège, dans presque tous les cas, vers l'angle postéro-postérieur de l'os (Féré).

Si l'on examine attentivement un crâne de nouveau-né, il est intéressant de remarquer que ces points, sur lesquels se développe de préférence la tumeur, sont précisément les points où le périoste se décolle le plus facilement; et toutes ces particularités présentent un grand intérêt au point de vue de la pathogénie de l'affection.



FIG. 215. — Céphalématome double, observé à la Maternité par Baudelocque. (Dû à l'obligeance du professeur Pinard.)

*Pathogénie.* — A la question posée tout à l'heure : pourquoi le céphalématome est-il surtout une maladie du nouveau-né? il vient naturellement à l'esprit une réponse très simple : le crâne du fœtus a subi, pendant l'accouchement, des pressions plus ou moins énergiques, suivant sa grosseur, suivant la dimension des diamètres du bassin, le plus ou moins de flexion de la tête, suivant, en un mot, toutes les causes qui rendent un accouchement pénible ou facile. Il est donc naturel de penser que ce traumatisme prolongé, doit être pour quelque chose dans la production de l'hématome, surtout si nous rappelons qu'à la naissance le diploé est à l'état rudimentaire, que la table externe des os manque en plusieurs points, que les vaisseaux sont partout très abondants, et à parois ténues. La moindre pression peut donner lieu à une hémorragie, entre les os et leur périoste. Tel était l'avis de Levret, Mauriceau, Capuron, Velpeau, etc.

En effet, dans la grande majorité des cas, le céphalématome apparaît à la naissance, ou bien deux ou trois jours après. Oslander disait que la tumeur devait exister quand la tête était restée longtemps dans l'excavation pelvienne, et surtout quand le forceps était intervenu; Ambroise Paré accusait les violences extérieures, les contusions; Mauriceau, l'obstacle apporté à la circulation veineuse, dans la partie qui se présente à l'orifice utérin dilaté.

Tarnier fait remarquer que, même dans un accouchement facile, une partie du crâne répond toujours, à un moment donné, à l'orifice utérin, et qu'il se produit alors sur le cuir chevelu une bosse séro-sanguine, en premier lieu sur le pariétal droit, puis sur le pariétal gauche. Les deux lésions céphalématome et bosse séro-sanguine se ressemblent donc beaucoup, et l'on peut leur donner la même origine. C'est aussi l'avis de P. Dubois et de Stolz.

Mais, comme le dit Féré, ce n'est ici qu'une analogie, et s'il existe entre elles certains rapports de forme et de situation, elles sont séparées par des signes d'une valeur considérable : la nature de l'épanchement, leur siège, leur fréquence, leur mode d'apparition et leur limitation. Si l'on admet qu'elles peuvent être causées par la même action mécanique, il faut leur reconnaître des causes anatomiques prédisposantes toutes différentes.

D'autres auteurs, Siebold, Michaelis, Nœgele, Schmith, Paletta, Kleim, Zeller, et Hoere, ont nié l'influence du travail de l'accouchement sur la production du céphalématome. Ils basaient leur opinion sur ce qu'on l'observe surtout après des accouchements faciles. Nœgele et Meissner disaient l'avoir rencontré chez des enfants nés par les pieds; il aurait même été reconnu avant la rupture des membranes.

Aussi ces auteurs ont-ils cherché une disposition anatomique particulière, capable de produire le céphalématome, en excluant tout traumatisme. Haller, P. Dubois, et surtout Valleix, avaient remarqué que, chez le fœtus, la table interne des os du crâne se développe la première, que le diploé est rudimentaire, et que la table externe est incomplète en quelques endroits. De là devait résulter une grande disposition à la formation d'épanchements sanguins, entre le crâne et le périoste.

Michaelis émit pour la première fois une autre hypothèse : le céphalématome serait toujours consécutif à une altération de l'os, qui consisterait en une absence ou une destruction de sa surface externe, avec dénudation du diploé et déchirure des vaisseaux. Il est certain que cette lésion peut exister, mais

elle n'est pas constante, par conséquent elle n'explique rien. Nœgele n'a jamais trouvé l'os malade, quand il incisait la tumeur au début.

Après avoir parlé de ces différentes théories, Tarnier conclut en disant qu'une obscurité environne encore l'étiologie du céphalématome, et que toutes les questions relatives à son origine sont loin d'être élucidées.

Depuis cette époque parut, en 1880, un travail très intéressant de Féré, qui, reprenant les observations de Valleix et de Gerdy, sur la structure du crâne des nouveau-nés, et les études de Broca sur les fissures de la région sagittale, fixe définitivement la pathogénie de l'affection qui nous occupe. Ce sont les idées de cet auteur que nous allons exposer rapidement.

Au 45<sup>e</sup> jour de la vie intra-utérine, apparaît un point d'ossification situé au niveau des bosses pariétales. De ce point partent, en rayonnant, des fibres osseuses, formant deux couches ou tables, une superficielle et une profonde. La première se développe plus lentement que la seconde; ce qui fait qu'elle manque, en partie, à la naissance. Entre les travées osseuses sont des fissures qui n'occupent pas toute l'épaisseur de l'os, la table interne étant déjà formée; ni toute sa largeur, les fibres osseuses de la table externe étant plus serrées vers le point d'ossification d'où elles rayonnent qu'à la périphérie où elles vont en divergeant. De plus le travail d'ossification est moins avancé vers l'angle postéro-supérieur, vers l'obéliion, qu'en tout autre endroit; le bourrelet qui se forme à la rencontre des fibres externes avec les internes y apparaît en dernier lieu. Ces fissures incomplètes, qui existent vers les bords du pariétal, peuvent devenir complètes, à un moindre degré d'ossification, et intéresser toute l'épaisseur de l'os :

« La plus fréquente de ces fissures est située dans une petite région qui correspond à l'union des trois cinquièmes antérieurs avec le cinquième postérieur de la suture sagittale; cette fissure est parfois si considérable qu'elle forme, avec la fissure symétrique du côté opposé, une fontanelle connue sous le nom de fontanelle de Gerdy.

« En outre sur le milieu du bord postérieur de l'os, on rencontre très fréquemment une autre fissure qu'on pourrait appeler lambdoïdienne; on peut encore trouver de petites incisions secondaires, surtout dans l'étendue comprise entre les fissures sagittale et lambdoïdienne; c'est-à-dire sur tout le pourtour de l'angle postéro-supérieur du sagittal » (Féré, *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, p. 160).

Toutes ces petites cavités osseuses sont remplies de vaisseaux volumineux, à tel point que l'os, suivant la comparaison de Féré, ressemble à une éponge, gorgée de sang.

Chez le nouveau-né les canaux veineux du diploé, qui plus tard protégeront les vaisseaux, ne sont pas encore formés.

C'est ainsi que, sous l'influence de la moindre pression, il se produit un épanchement sanguin, soit par l'écartement pur et simple de la fente, soit par une fracture qui se prolonge suivant la direction de la fissure préexistante. Il se forme une tumeur sanguine, qui s'avance plus ou moins sur la bosse pariétale grâce à la facilité avec laquelle le périocrâne se laisse décoller.

L'origine fissurale du céphalématome est prouvée par les observations, où il existe en même temps un hématome sous-péricranien, et un épanchement sur la dure-mère, communiquant par une fissure ou une fracture. Guéniot possède une pièce de ce genre.

La présence de ces fissures est la seule cause capable d'expliquer le céphalématome et ses particularités; le traumatisme de l'accouchement seul ne peut être invoqué dans les cas de céphalématomes multiples; il n'est ici que la cause déterminante. Car il est certain que, dans quelques accouchements, et surtout pendant l'application du forceps, il peut se produire des fractures dont le siège et la direction sont ceux de la fissure; ces fractures amèneront également des ruptures vasculaires. Veit cite même une fracture du crâne, produite dans l'utérus, après administration de seigle ergoté.

Enfin le même fait peut se produire dans le cas de traumatisme extérieur.

Si le céphalématome est plus fréquent à droite, c'est probablement parce que le pariétal droit est plus exposé à la cause déterminante, dans la position habituelle du fœtus, pendant l'accouchement normal.

Comme ces fissures peuvent exister sur tous les os du crâne, le siège multiple de la tumeur est ainsi expliqué. Il est vrai que toutes les fractures du crâne ne s'accompagnent pas de céphalématomes. Mais cela n'arrive que quand l'enfant meurt de sa fracture, et nous avons vu que l'affection n'apparaît que deux ou trois jours après la naissance.

Enfin cette théorie s'applique également aux cas où l'accouchement a été simple, car la compression peut n'être que très minime pour qu'il y ait rupture vasculaire.

Disons un mot, en terminant, du *céphalématome tardif*. Gosselin rapporte une observation, où la table externe d'un des os du crâne fut d'abord détruite par de l'ostéite; par suite, certains vaisseaux anormaux du diploé se rompirent, et produisirent un épanchement de sang. Puis la table interne se prit à son tour, et il survint une perforation. Cette ostéite raréfiante était condensante, à la périphérie, d'où la production d'un bourrelet circulaire très net. Il est évident qu'ici le crâne n'est pas dans les mêmes conditions que chez le fœtus. Le mécanisme de l'épanchement est cependant le même que dans les cas que nous avons étudiés précédemment.

**Anatomie pathologique.** — Dès que le vaisseau est rompu, il se produit un épanchement de sang. D'après Cruveilhier, cet épanchement pourrait présenter trois formes: infiltration simple du périoste, décollement de cette membrane par points isolés, épanchement en foyer. Cette division doit être gardée pour la description macroscopique.

L'épanchement, d'abord en nappe, augmente peu à peu, et finit par former une tumeur d'un volume variable; celui d'une noisette, d'un œuf de pigeon ou de poule. La lésion n'atteint jamais la bosse pariétale, et s'arrête à 4 ou 5 millimètres du bord de l'os. La tumeur est arrondie ou ovalaire; quelquefois aussi elle est triangulaire, ou en fer à cheval, suivant la forme de l'os.

Les parties molles sus-jacentes sont imbibées de sang, mais pas suffisamment pour colorer la peau. Le péricrâne est lisse, d'abord rouge, puis violet, puis de plus en plus noir, à mesure que la tumeur s'affaisse.

Après huit ou dix jours, on voit se former contre le périoste des noyaux calcaires transparents; ces noyaux forment bientôt des plaques, ou plutôt des sortes de travées parallèles aux fibres de l'os. Comme ces fibrilles osseuses apparaissent d'abord à la périphérie, et que le sang se condense contre elles, il en résulte une sorte de bourrelet saillant, qui limite une partie fluctuante; cette fluctuation est

même accompagnée d'une crépitation parcheminée, quand des plaques de tissu osseux nouveau se sont formées sous le péricrâne soulevé.

Dans les premiers jours, la surface interne de la poche est presque lisse, puis elle devient tomenteuse, et enfin on y voit les lamelles osseuses dont nous venons de parler.

L'épanchement, d'abord rouge et liquide, s'épaissit bientôt, devient noir et se rétracte; les dépôts ossiformes augmentent; le caillot, entouré de toute part, se résorbe et ne laisse après lui qu'un léger épaississement de l'os, qui persiste quelque temps. Après six semaines environ, la tumeur a complètement disparu. Virchow, Féré ont encore vu tous les deux, à ce moment, des globules sanguins intacts au centre du caillot fibrineux.

Jusqu'ici tous les auteurs sont d'accord, mais les opinions divergent sur l'état particulier de l'os sous-jacent. Les uns le croient sain, d'autres prétendent que ses lésions sont la condition *sine qua non* de la maladie, d'autres enfin qu'il n'est attaqué que secondairement.

Comme presque toujours, la vérité est dans la fusion de toutes ces opinions, et cela s'explique facilement: les auteurs ont examiné leurs pièces à différents âges de l'affection; et surtout la lésion primitive peut avoir une plus ou moins grande gravité.

Celle-ci peut être si bénigne qu'elle passe inaperçue, s'il s'agit d'une simple fissure de développement, dont les bords ont chevauché momentanément, d'une fêlure de l'os, ou d'une rupture de la membrane obéiale. Mais il peut y avoir, au contraire, une fracture complète, et alors la lésion persiste longtemps. Ces fractures sont toujours parallèles aux fibrilles d'ossification; il peut même y avoir de l'écartement, et la collection sanguine extra-cranienne peut communiquer avec une autre collection interne; c'est ce que certains auteurs ont appelé le céphalématome interne. Quand la communication est large, on peut avoir des battements de la tumeur, et celle-ci ressemble alors à l'encéphalocèle. Tout autour de ces fissures, l'os est absolument sain. La lésion secondaire est toujours la même: la surface de coupe devient poreuse, l'os présente des rugosités de sa face externe, que Plenck a attribuées à la carie; c'est simplement de l'ostéite raréfiante. Sur une coupe microscopique, à la période de réparation, on trouve sur le périoste une couche ossiforme, ou quelques noyaux osseux qui recouvrent le caillot sanguin; au-dessous, l'os paraît poreux et gorgé de sang, épaissi sur le bord de la lésion, et au centre plutôt aminci. Cet état anatomique, que quelques auteurs considéraient comme la lésion primitive, est bien évidemment consécutif à la fracture; car on ne l'a jamais vu au début.

Plus tard, vers le dixième jour, quand on a enlevé le caillot, on trouve l'os recouvert d'une mince pellicule, à surface tomenteuse, à l'aspect fibrineux et imbibée de sang; c'est cette membrane que Valleix, Burkhardt, Depaul, Hersent, Chassaignac, etc., appelaient le sac fibrineux de la collection sanguine. Ces auteurs ne sont pas d'accord sur son mode de production; les uns l'expliquent par une stratification du caillot, d'autres la considèrent comme une lamelle altérée de l'os ancien: ces divergences d'opinion tiennent, comme tout à l'heure, au moment plus ou moins rapproché du début, pendant lequel les pièces ont été examinées. Sur des coupes microscopiques, on voit que l'épanchement est limité extérieurement par le périoste, dont la couche profonde a pu être décrite comme une membrane distincte.

C'est dans cette couche qu'apparaissent les fibrilles osseuses, et elle se réunit,

sur les bords de l'épanchement, avec la membrane profonde qui la sépare de l'os. Ch. Robin avait trouvé, dans cette dernière couche, des éléments fibroplastiques; elle est appliquée directement sur l'os, et paraît être le résultat de la sclérose de la couche médullaire, restée entre l'épanchement et le tissu osseux sous-jacent. Au trente-sixième jour, on trouve sous le péri-crâne une couche de tissu conjonctif nouveau, dans laquelle se sont développées quelques masses osseuses. Le caillot est ainsi complètement entouré de tissu osseux récent, relié au tissu aminci sur les bords de la tumeur. Puis il se résorbe, après que la lame conjonctive a disparu; l'os nouveau se réunit à l'os ancien et tout rentre dans l'ordre.

Pendant cette régénération, les canaux de Havers sont très élargis et déformés par des érosions latérales et des échancrures remplies de cellules embryonnaires. Sur le bord de celles-ci, on aperçoit des corpuscules osseux ouverts: ce sont les lésions de l'ostéite raréfiante.

**Symptômes.** — Quand un épanchement sanguin s'est effectué sous l'un des points du périoste, il ne devient pas immédiatement apparent. Ce n'est en général que vingt-quatre heures, et même deux ou trois jours après la naissance, qu'il survient une tuméfaction. Il est probable que l'établissement de la respiration et de la circulation favorisent son développement. Comme le fait remarquer Tarnier, il y a une grande analogie entre le céphalématome et le thrombus de la vulve et du vagin, qui naît pendant le travail de l'accouchement, mais ne se développe que dans les jours suivants. Quand l'attention est pour la première fois attirée sur cette maladie, on perçoit, dans l'un des points que nous avons étudiés, une tumeur de forme variable, le plus souvent arrondie, molle, fluctuante, modérément tendue, puisque la main, en la déprimant, peut sentir l'os qui en forme le fond. La pression ne paraît causer aucune douleur.

La peau n'est nullement altérée; on remarque seulement, dans certains cas très rares, un peu de rougeur.

Deux ou trois jours après, la tumeur est devenue plus convexe, plus tendue, car on ne peut plus la déprimer jusqu'au fond, et il est apparu un signe important: c'est un rebord saillant, circonscrivant toute la tuméfaction, dans ses parties les plus externes, et qu'on appelle le bourrelet osseux. Ce bourrelet ne se complète que petit à petit; en général après trois jours, on le sent sur toute la périphérie, et le centre paraît déprimé. C'est ce qui faisait croire aux auteurs qu'il y avait là une perte de substance; nous savons déjà qu'il n'en est rien. Ce bourrelet s'observe également sur certaines tumeurs sanguines du crâne des adultes, sur certains kystes enflammés de la même région.

Quand ce bourrelet s'est complété, la tumeur se met à décroître lentement, le bourrelet s'avance de dehors en dedans; comme nous l'avons établi, le caillot sanguin s'entoure petit à petit d'une lame osseuse, qui va continuellement en s'épaississant, et donne quelquefois lieu à une sensation de crépitation. Cette sensation est analogue à celle qu'on éprouve en déprimant une feuille de parchemin très sec.

Puis, le feuillet osseux de nouvelle formation arrive en contact avec l'os ancien et y adhère. A ce moment la guérison est théoriquement complète. Cependant il persiste encore quelque temps un épaississement de l'os qui finit par disparaître complètement, six semaines environ après le début.

Quand le céphalématome se présente après un traumatisme considérable des

os; comme cela peut arriver, après une application de forceps irrégulière, dans un bassin très vicié, il présente plus de gravité, et certains signes importants viennent s'ajouter aux précédents. Quelquefois après la naissance il existe, à l'endroit où étaient placées les cuillers, une plaie plus ou moins étendue. Il est même parfois possible de percevoir de la crépitation osseuse et de sentir les fragments chevaucher l'un sur l'autre.

Après quelque temps, la tumeur, au lieu de s'étendre, s'efface prématurément, même avant qu'il se soit formé un bourrelet osseux; en même temps il survient des signes cérébraux: cris, convulsions, contractures, paralysies, en un mot tous les symptômes d'une compression, due au passage à travers la fracture du sang épanché, et à la communication de la tumeur externe avec la cavité crânienne.

En dehors de ces cas très graves, le céphalématome se termine toujours par résolution, quand on le laisse livré à lui-même. Quand on pratique une ponction ou une incision, l'épanchement se reproduit presque toujours, mais en moindre quantité; quelquefois même, il se reproduit avec persistance: Sandeau cite un cas dans lequel l'épanchement se reproduisit après trois incisions successives. Passons rapidement sur un mode de terminaison cité par Gaussail: ce céphalématome guérit à la suite d'épistaxis abondantes.

Enfin, dans quelques cas d'incision faite sans précaution antiseptique, la poche peut suppurer, et alors on est le témoin de tous les accidents ordinaires de la suppuration, et même de la mort du petit malade.

**Pronostic.** — Les opinions des auteurs varient sur la gravité du céphalématome. Michaëlis le regarde comme très dangereux. Nœgele et Hoere pensent qu'on hâterait sa guérison en ouvrant la poche de bonne heure. Seux déclare que ne rien faire est une garantie presque certaine de guérison: une seule fois, sur 19 observations, l'enfant mourut d'entérite aiguë avec muguet; les autres ont guéri en moins de quarante jours. Tarnier est de cet avis: « Le céphalématome, dit-il, est une maladie peu dangereuse; la divergence des auteurs sur ce point ne peut s'expliquer que par les idées préconçues que chacun d'eux avait adoptées sur les causes de la maladie, et par le traitement souvent dangereux qu'on employait pour la combattre. »

Nous partageons absolument cet avis, s'il s'agit du céphalématome ordinaire; mais quand il est consécutif à une fracture plus ou moins étendue, surtout quand, à travers le foyer de cette fracture, l'épanchement vient comprimer l'encéphale, cette opinion favorable change absolument. D'autant plus que, très souvent, il existe dans ce cas une petite plaie, qui peut être contaminée par des produits septiques. La terminaison est ici fréquemment la mort par méningo-encéphalite.

On a même vu des fragments osseux pénétrer dans la masse cérébrale; il est inutile d'insister sur la gravité de cette complication.

**Diagnostic.** — Il suffit d'avoir été témoin de l'inquiétude des parents, en présence de cette difformité, pour comprendre combien il est important de faire immédiatement un diagnostic ferme. Ce diagnostic est généralement facile.

Il faut d'abord éliminer l'hydrocéphalie, les tumeurs fongueuses, les tumeurs érectiles, qu'il nous paraît impossible de confondre avec le céphalématome. Une bosse séro-sanguine pourrait donner lieu à une erreur. Mais, dans ce cas, la tumeur fait suite à un accouchement laborieux; on constate sa formation