

pendant le travail, et elle décroît à partir de la naissance. Elle n'est pas nettement circonscrite par les sutures; l'épanchement passe au-dessus d'elles. Le cuir chevelu est violacé. La tumeur est œdémateuse, non fluctuante et conserve l'empreinte des doigts. Enfin elle a généralement disparu au bout de quarante-huit heures, et il n'existe jamais de bourrelet osseux.

Les épanchements sous-aponévrotiques lui ressemblent davantage, car ils donnent lieu à de la fluctuation; cependant ils ne peuvent exister qu'après un accouchement ou une application de forceps, exceptionnellement laborieux; il ne respecte pas non plus les sutures et les fontanelles. La peau est ecchy-motique, et il n'y a jamais de rebord saillant.

P. Dubois a signalé, et très bien décrit, la coexistence possible d'un céphalématome et d'une collection sanguine sous-aponévrotique. Lefour (de Bordeaux) en a publié également une observation très intéressante (céphalématome double avec épanchement sanguin sous-épicranien).

« L'illusion, dit-il, était d'autant plus complète, que la peau qui réunissait les deux tumeurs ne présentait aucun changement de coloration, passait de l'une à l'autre, sans offrir le moindre petit sillon, qui pût faire soupçonner leur indépendance; la convexité de la masse totale était absolument uniforme. Dès que mon attention fut éveillée par ce fait que la bosse pariétale était intéressée, je n'eus aucune peine à faire un diagnostic complet. Je recherchai, en un point de la limite postérieure de la tumeur, le bourrelet osseux caractéristique du céphalématome, et je le parcourus dans toute son étendue. Je fus ainsi conduit non pas en avant de la bosse pariétale où était la limite postérieure de la masse totale, mais en arrière de cette bosse, suivant une légère courbe concave en avant. Cette exploration me fournit un autre renseignement, c'est que la tumeur la plus volumineuse était la plus dépressible, car elle me permettait de suivre le bourrelet osseux qui masquait la séparation des deux tumeurs. La tumeur développée sur la bosse pariétale, extrêmement souple, n'était pas nettement fluctuante, et ne présentait pas la moindre trace de bourrelet osseux à sa base. Enfin plaçant un doigt sur cette dernière tumeur, et déprimant brusquement la première avec quelques doigts de l'autre main, il me fut impossible d'obtenir la moindre sensation qui permit de songer à une communication entre les deux poches. Il était dès lors établi pour moi que j'avais affaire à deux tumeurs parfaitement distinctes, et que la plus volumineuse était un céphalématome. »

Les abcès du cuir chevelu ont aussi une grande ressemblance avec le céphalématome. Valleix en rapporte un cas où il existait tous les signes de cette tumeur : fluctuation, peau intacte, bourrelet osseux : l'ouverture donna issue à du pus. Il est possible d'éviter l'erreur en remarquant que l'abcès peut siéger au-dessus d'une suture : la peau est généralement rouge et chaude; toujours la pression est douloureuse.

Les tumeurs qui sont encore susceptibles d'amener une erreur de diagnostic, sont les encéphalocèles et les méningocèles. Cependant la hernie du cerveau et des méninges existe au moment de la naissance, pour augmenter ensuite; elle correspond toujours à une suture ou à une fontanelle; elle sort d'une véritable ouverture, qui la limite et l'embrasse à sa sortie du crâne. La compression donne lieu à des phénomènes cérébraux. La tumeur est le siège de soulèvements et d'abaissements alternatifs, et elle augmente de volume, par les cris et les efforts de toux. Enfin, elle est généralement réductible.

Médecine légale. — L'étude du céphalématome peut être mêlée à certaines questions médico-légales. En effet, si un enfant nouveau-né succombe aux suites d'un épanchement sanguin, communiquant avec la cavité crânienne par une fracture, le juge d'instruction pourra poser cette question : la fracture du crâne et l'épanchement de sang consécutif sont-ils le résultat de manœuvres criminelles? Il faut donc savoir que le crâne peut être fracturé pendant l'accouchement, ou par une application de forceps, ou même, comme Veit en rapporte un cas, à la suite de l'administration du seigle ergoté. Dans ces différents cas, la fracture existe toujours là où il y avait une fissure osseuse.

Dans certains accouchements précipités, l'enfant peut tomber sur le sol, et se fracturer la voûte. Le docteur Albert prétend que, dans ce cas, même quand l'accouchement a eu lieu par le sommet, c'est toujours le tronc qui touche le premier. Il nie par conséquent la possibilité de lésions des os, non criminelles.

Puech rapporte une observation concluante, dans laquelle le pariétal gauche a été enfoncé dans son angle postéro-supérieur; à cet endroit il survint un céphalématome qui guérit. Olshausen raconte qu'un enfant fut expulsé ainsi très rapidement, et que le bruit de la tête tombant sur une marche fut entendu d'une pièce voisine. Cette chute produisit une fissure atteignant toute l'épaisseur de la paroi crânienne.

Enfin l'état dans lequel on trouve un céphalématome peut servir à indiquer l'âge d'un enfant.

Traitement. — Ce chapitre est peut-être celui sur lequel les auteurs ont le plus varié d'opinion. Actuellement tout le monde s'accorde à dire que le pronostic est favorable, et la guérison spontanée la règle; il faut par conséquent éviter tout traitement violent. L'expectation, accompagnée de quelques topiques ou de compresses résolutive, est la conduite la plus prudente. Ces substances seront le vin, l'eau-de-vie, le vinaigre, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'eau boriquée ou chloratée, etc.

Certains médecins conseillent aussi la compression, mais elle gêne l'enfant, effraye les parents et de plus est très difficile à faire. P. Dubois préconisait l'emploi d'un bonnet étroit avec mentonnière. Dumas (de Montpellier) s'est bien trouvé d'applications de collodion élastique.

Telle est la conduite conseillée par Simpson, Betschler, Seux, Tarnier, Bouchacourt; Weber rapporte 28 observations où il s'est contenté d'appliquer des compresses résolutive; la guérison eut lieu après deux ou trois semaines. Mais dans cette statistique figurent des épanchements sous-aponévrotiques, qui guérissent plus vite.

Kürz cite deux cas traités par l'incision antiseptique et la compression; ils guérissent l'un en trois jours, l'autre en vingt-quatre heures.

Ce traitement est conseillé par Michaelis, Siebold, Osiander, Nægele, etc. On n'est autorisé aujourd'hui à y recourir que s'il s'agit d'un céphalématome très volumineux ou enflammé.

Le séton préconisé par Mascati, Paletta, la cautérisation de Gœlis, les injections irritantes de Velpeau, ne sont pas exempts de dangers; ils doivent donc être rejetés. Gœlis a même perdu deux enfants, par son procédé à la potasse caustique.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* pratiquaient la ponction simple, suivie d'une légère compression et d'applications résolutive. Gassner raconte

l'histoire d'un céphalématome, d'où il retira 100 grammes de sang par l'aspiration, et qui guérit en neuf jours. Laroyenne conseille de n'employer ce procédé que tout à fait au début. Du reste, nous avons dit plus haut que, après ce traitement, l'épanchement se reproduit fréquemment. Il ne faut donc se servir de ce moyen que dans le cas où il y aurait communication de la tumeur avec l'intérieur du crâne, et où il existerait des phénomènes de compression inquiétants.

Quoi qu'il en soit, notre conclusion est celle-ci : nous avons affaire à une affection bénigne qui guérit toujours, qui n'expose en général l'enfant à aucun accident; pourquoi ne pas la laisser disparaître tranquillement en prévenant les parents que cette résorption sera lente, mais que la maladie ne laissera aucune trace?

Tous les procédés qu'on emploiera seront dangereux ou gênants; préférons-leur la guérison spontanée plus lente, mais certaine.

III

TUMEURS VASCULAIRES DES MÉNINGES

Ce chapitre comprend les *anévrismes intra-craniens*, et les *tumeurs sanguines communiquant avec les sinus crâniens*.

ANÉVRYSMES INTRA-CRANIENS

Nous étudierons les anévrismes de l'artère carotide interne, les anévrismes artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux, les anévrismes de l'artère méningée moyenne dans sa portion intra-cranienne.

I. — ANÉVRYSMES DE LA CAROTIDE INTERNE

« Ils sont situés sur les parties latérales de la selle turcique, au niveau du sinus caverneux, et peuvent faire saillie dans la fosse moyenne du crâne, comme l'a observé Jonathan Hutchinson. Leur volume est parfois assez considérable pour être comparé à celui d'une noisette (Holmes), d'un œuf de pigeon; dans beaucoup de cas, ils refoulent et altèrent les nerfs moteurs oculaires qui passent soit dans la paroi, soit dans l'intérieur même du sinus caverneux; cette altération peut atteindre aussi la branche ophtalmique de Willis, et même le ganglion de Gasser (J. Hutchinson). Le nerf optique est souvent intact, d'où l'absence de névrite.

« Les symptômes apparaissent brusquement, soit après un traumatisme, soit spontanément : le malade perçoit un craquement, ressent une vive douleur de tête, douleur souvent pulsatile; il entend un bruit de soufflet, de scie, de râpe, isochrone aux battements du pouls; ce bruit n'est ordinairement perçu que d'un seul côté. En même temps apparaissent des troubles dans le jeu des muscles moteurs de la paupière supérieure et du globe oculaire (prolapsus palpébral, strabisme interne ou externe, diplopie, dilatation de la pupille, etc.).

« Quelquefois les parties cutanées, correspondant à la distribution de la branche ophtalmique, sont anesthésiées (Hutchinson).

« L'auscultation de la tête permet de reconnaître l'existence d'un souffle intermittent, parfois très intense, correspondant à la diastole artérielle, et qui cesse par la compression de la carotide primitive du côté malade.

« Enfin, le trouble de la circulation cérébrale produit de la céphalalgie, des vertiges, des étourdissements, etc. (S. Duplay).

« L'anévrisme peut se rompre et déterminer alors une mort très rapide; toutefois, on a observé des guérisons spontanées (J. Hutchinson, W.-E. Humble) caractérisées par la diminution, parfois bien rapide, du bruit de souffle, bruit qui peut être assez intense pour priver les malades de sommeil » (Terrier, *Pathologie externe*, t. II, p. 222; voy. Bibliographie).

Le *diagnostic* est facile; il est plus difficile de préciser exactement le siège de la lésion.

Ces anévrismes ne s'accompagnent jamais de *phénomènes d'exophtalmie*, ce qui les différencie des anévrismes artéro-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux, que nous allons étudier.

Traitement. — On emploiera tout d'abord un traitement médical et en particulier l'iode de potassium, qui a donné des résultats à W.-E. Humble. Dans les cas rebelles, on essaiera la compression de la carotide primitive du même côté; si elle est inefficace, on fera la ligature de cette artère, à l'exemple de Coe (de Bristol).

II. — ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX DE LA CAROTIDE INTERNE ET DU SINUS CAVERNEUX

Dans deux thèses inspirées par Nélaton, Henry⁽¹⁾ et Delens⁽²⁾ ont étudié ces anévrismes.

Étiologie. — La solution de continuité est due le plus souvent, sinon toujours, à un *traumatisme* : tantôt c'est une fracture du crâne avec esquille qui perfore l'artère à son passage dans le sinus caverneux; le plus souvent, il s'agit d'un mécanisme direct, d'une déchirure produite par un corps vulnérant, venu du dehors et pénétrant dans l'orbite et de là dans le crâne (coup de parapluie, grains de plomb).

Delens admet aussi un anévrisme spontané, dû à la rupture d'un sac anévrysmal préexistant, ou d'une paroi athéromateuse. Mais le fait n'a pas encore été prouvé anatomiquement, malgré l'observation de Gendrin; aussi Terrier⁽³⁾ rejette-t-il cette étiologie.

Anatomie pathologique. — La lésion principale est constituée par une perforation simple de l'artère, ou par une division complète, ou à peu près complète,

(1) HENRY, *Considérations sur l'anévrisme artério-veineux*. Thèse de Paris, 1856.

(2) DELENS, *De la communication de la carotide interne et du tissu caverneux (anévrisme artério-veineux)*. Thèse de Paris, 1870. — Ce travail remarquable contient une bibliographie complète.

(3) TERRIER, *Des tumeurs pulsatiles ou anévrysmoïdes de l'orbite*. *Archives gén. de méd.*, t. II, p. 174. — *Traité de pathologie externe*, t. II, p. 224.