

phale ont donné lieu à ces modifications dans la nature ou la quantité de l'urine excrétée.

Tant d'opinions contradictoires ont été émises sur les fonctions du cervelet, son rôle a été si diversement interprété, que la symptomatologie de ses lésions est restée fort confuse et leur diagnostic fort obscur.

Nous ferons remarquer à ce propos qu'une partie des troubles observés à la suite de lésions cérébelleuses sont des troubles de voisinage, soit qu'on les rapporte à une action directe comme la compression, ou à une action indirecte comme l'irritation se transmettant du cervelet aux organes voisins, au moyen des pédoncules cérébelleux. Ainsi, le vomissement qui accompagne si souvent les lésions du cervelet s'expliquerait par une irritation du pneumogastrique; il en serait de même de la *dyspnée*. Les troubles de la *vue* tiendraient à une excitation des tubercules quadrijumeaux transmise par les pédoncules *cerebelli ad testes*; les *érections* à une irritation de la moelle, et ainsi de suite.

Quoi qu'il en soit de cette théorie que nous n'avons pas à discuter, nous dirons seulement que la présence des signes suivants pourra permettre de soupçonner une lésion cérébelleuse :

1° Hémiplégie tantôt directe, tantôt croisée, généralement incomplète et irrégulière; 2° troubles d'incoordination ou de désharmonie des mouvements se montrant surtout aux membres pelviens; 3° parfois impulsions irrésistibles, soit à courir en avant, soit à reculer, soit à tourner d'un côté ou de l'autre; 4° troubles de la sensibilité, comme hyperesthésie étendue à toute la peau ou à quelques-uns de ses points; 5° douleur occipitale vive et tenace; 6° amaurose ou amblyopie, surdité plus ou moins complète; 7° érections et éjaculations involontaires; 8° vomissements.

Il est évident qu'aucun de ces signes isolé n'a de valeur, les blessures du cervelet n'ayant aucun caractère pathognomonique, mais la réunion, dans un cas donné, d'un certain nombre des symptômes que nous venons d'énumérer, peut permettre de songer à une lésion cérébelleuse.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU CRÂNE.

§ 1^{er}. — Lésions vitales et organiques des parties molles ou des téguments du crâne.

Parmi les nombreuses lésions, de nature très-variable, dont les téguments du crâne peuvent être le siège, quelques-unes sont suffisamment connues pour qu'il soit utile d'y insister longuement; les autres mériteront, au contraire, une description plus étendue. Le lecteur trouvera, sur ce sujet, de nombreux renseignements dans le travail suivant :

CHASSAIGNAC, *Des tumeurs de la voûte du crâne*, thèse de concours. Paris, 1848.

1^o Inflammations.

a. Le *furoncle* et l'*anthrax* s'observent assez rarement au crâne, si l'on excepte cependant la région occipitale sur les limites de celle-ci et de la région de la nuque. Ils n'offrent d'ailleurs rien de particulier à noter, relativement à leurs symptômes et à leur marche. Comme ils se compliquent quelquefois de phlegmon diffus, il est prudent de les inciser largement et de bonne heure.

b. L'*érysipèle du cuir chevelu* est une affection très-fréquente. Il peut se montrer spontanément ou succéder à une lésion traumatique. Nous avons dit, en effet, que l'*érysipèle* était un des accidents les plus fréquents, à la suite des plaies du crâne. Il peut également survenir comme complication d'une affection cutanée chronique.

Les symptômes de l'*érysipèle du cuir chevelu* ne diffèrent pas de ceux que nous avons indiqués dans l'histoire générale de l'*érysipèle*. Nous avons déjà fait remarquer la difficulté que l'on éprouve le plus souvent à reconnaître la rougeur de la peau, qui, moins intense que partout ailleurs, est de plus masquée par les cheveux. La douleur, l'œdème souvent assez considérable, l'engorgement des ganglions lymphatiques cervicaux, suffiront pour faire reconnaître la maladie, qui se caractérise en outre par un ensemble de phénomènes généraux. L'*érysipèle du cuir chevelu* s'accompagne souvent d'un délire assez intense pour faire craindre le développement d'une encéphalo-méningite. Cependant, il semble démontré que ce délire est toujours sympathique. Enfin, l'*érysipèle du cuir chevelu* détermine souvent le développement d'un phlegmon diffus, l'inflammation se propageant de la peau au tissu cellulaire sous-aponévrotique.

c. *Phlegmon diffus*. — Décrit pour la première fois par Dupuytren (1), le phlegmon diffus du cuir chevelu a été distingué avec soin par P. Pott (2) de l'*érysipèle*. De nos jours, Chassaignac (3) et Guihal (4) en ont donné une description plus complète.

De l'avis de la plupart des auteurs, le siège anatomique du phlegmon diffus du cuir chevelu est le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Chassaignac seul a décrit, à côté du phlegmon sous-aponévrotique, un phlegmon diffus sous-cutané, mais il ne cite aucune observation de cette seconde variété, et nous pensons que dans le tissu cellulaire sous-cutané, dense, serré, intimement adhérent à la peau, d'une part, et à la couche musculéo-aponévrotique, d'autre part, l'inflammation est toujours circonscrite.

Rarement le phlegmon diffus du cuir chevelu a un développement spontané. Chassaignac l'a vu survenir dans la convalescence du choléra. Le

(1) *Leçons de clinique chirurg.*, t. II, p. 496.

(2) *Œuvres chirurgicales*, t. I.

(3) *Traité de la suppuration*, t. II, p. 7 et suiv.

(4) *Étude sur le phlegmon diffus du cuir chevelu*. Thèse de Paris, 1869.

plus souvent, la maladie succède à l'érysipèle traumatique, par suite de la propagation de l'inflammation des parties superficielles aux parties profondes, ou bien elle se montre, en l'absence d'érysipèle, à la suite de plaies, de contusions du crâne, l'inflammation débutant d'emblée dans le tissu cellulaire. Enfin, dans certains cas, le phlegmon diffus reconnaît pour cause une altération osseuse, comme l'ostéite, la carie ou la nécrose.

SYMPTOMATOLOGIE. — La douleur, le gonflement avec empâtement œdémateux, la rougeur plus ou moins intense des téguments, suivant que le phlegmon s'accompagne d'érysipèle ou existe seul, l'élévation de la température; tels sont les signes locaux qui indiquent le début du phlegmon diffus du cuir chevelu. On observe en même temps un ensemble de phénomènes généraux quelquefois très-graves, qui précèdent ou plus ordinairement suivent de près la manifestation des symptômes locaux. C'est d'abord un frisson accompagné de malaise général et de céphalalgie. Ce frisson initial peut ne plus reparaitre ou au contraire se répéter un certain nombre de fois, tantôt d'une manière irrégulière, tantôt avec une certaine périodicité. La chaleur de la peau s'élève, la fièvre se déclare, devient continue, et présente quelquefois, suivant la remarque de Dupuytren, des rémittences qui peuvent se reproduire deux à trois fois par jour. Il n'est pas très-rare d'observer, au début, des nausées, des vomissements; il y a constamment de l'anorexie, de la soif, de la constipation. Le délire peut aussi se produire à cette période, quelquefois très-léger, d'autres fois extrêmement violent. Enfin, on a signalé, dans quelques observations, des mouvements convulsifs, un état comateux, une stupeur analogue à celle qui caractérise le début d'une fièvre typhoïde.

Il est rare que le phlegmon diffus se termine par résolution. Après deux ou trois jours de durée, suivant Dupuytren; il y a déjà infiltration purulente.

On voit alors l'empâtement œdémateux augmenter et se transformer en une fluctuation d'abord obscure, puis qui se manifeste en quelques points du crâne. La peau s'amincit de plus en plus, et si l'on ne vient pas à l'inciser, elle finit par s'ouvrir et donner issue à une grande quantité de pus fétide. On voit se présenter aux ouvertures cutanées des lambeaux de tissu cellulaire grisâtre, infiltré de pus, mortifié, qui sont éliminés avec la suppuration. On constate à cette époque un décollement du cuir chevelu plus ou moins étendu, mais qui, dans certains cas, occupe la totalité de la voûte crânienne; en sorte qu'une injection liquide soulève les téguments du crâne dans toute leur étendue.

Malgré ces décollements, il est un fait digne de remarque, c'est la rareté excessive de la mortification de la peau, accident si commun dans le phlegmon diffus des membres. Il est facile d'en comprendre la raison en réfléchissant à la distribution des artères des téguments du crâne qui rampent immédiatement sous la peau, et lui sont tellement adhérentes qu'il est presque impossible de les en séparer par dissection. Par suite

de cette disposition, les téguments du crâne décollés, portant avec eux les éléments de leur nutrition, n'ont pas de tendance à se mortifier.

Tantôt le périoste des os du crâne reste intact, tantôt il est détruit dans une étendue variable. C'est là une complication grave, puisqu'elle entraîne une nécrose consécutive. Cependant, si la dénudation osseuse n'est pas très-étendue, elle peut n'apporter que peu d'entraves à la guérison.

Les phénomènes généraux disparaissent souvent au moment où la suppuration est établie; la fièvre tombe, la chaleur diminue, l'appétit renaît. Cependant, dans les cas de suppuration très-étendue, les phénomènes peuvent persister et aller même en s'aggravant, suivant le mode de terminaison de la maladie.

La résolution est, avons-nous dit, extrêmement rare; presque toujours il y a suppuration et décollement des téguments. Dans ce cas, la guérison peut survenir après un temps généralement assez long, par suite du recollement des parties molles. Cependant, ce recollement s'opère quelquefois avec une étonnante rapidité, surtout lorsque les os n'ont pas été dénudés. Il peut encore se produire, alors même qu'il y a dénudation osseuse, après l'exfoliation et le bourgeonnement des surfaces dénudées.

La mort est une terminaison fréquente du phlegmon diffus du cuir chevelu. Elle peut survenir par suite de l'épuisement général qui résulte d'une suppuration interminable. Dans ces circonstances une hémorrhagie, résultant de l'ulcération de l'une des grosses branches artérielles qui rampent dans la couche musculo-cutanée, pourrait hâter la terminaison fatale. Dupuytren a rapporté un exemple de cette grave complication. Mais, le plus souvent, la mort est due au développement d'une encéphalo-méningite ou d'une infection purulente. Ces accidents sont surtout à craindre lorsque le péri-crâne est détruit dans une grande étendue. Enfin, on a encore signalé la mort rapide après une trompeuse espérance d'amélioration.

DIAGNOSTIC. — Le phlegmon diffus du crâne ne peut être confondu qu'avec l'érysipèle et la périostite aiguë, et il faut avouer que le diagnostic différentiel est fort difficile. L'érysipèle, qui d'ailleurs peut coïncider avec le phlegmon, donne lieu, comme ce dernier, à un empâtement œdémateux. Cependant, l'absence de rougeur de la peau et d'engorgement des ganglions cervicaux doit faire éloigner l'idée d'un érysipèle. D'autre part, lorsqu'il existe un érysipèle du cuir chevelu, la fluctuation seule permet d'affirmer qu'il y a en même temps phlegmon diffus. Quant au diagnostic avec la périostite, nous y reviendrons à l'occasion de cette dernière maladie.

TRAITEMENT. — La gravité reconnue du phlegmon diffus du crâne commande d'agir vite et énergiquement. A la période de début, on doit s'efforcer d'obtenir la résolution. Les antiphlogistiques, mais surtout les révulsifs locaux et généraux, doivent être employés. Un large vésicatoire, appliqué sur le lieu malade, a pu quelquefois arrêter l'inflammation dans

sa marche. Si cependant le but n'a pas été atteint, ou si le malade ne se présente au chirurgien que lorsque la suppuration est déjà établie, il faut lui donner une issue large et facile. Les incisions simples, le drainage, conviennent à peu près également. Mais une précaution excellente est de faire passer une ou deux fois par jour, à travers les parties décollées, des courants d'eau tiède alcoolisée ou phéniquée, de manière à prévenir toute stagnation du pus. Plus tard, une douce compression peut aider au recollement des parties molles.

d. Absès. — On peut les rencontrer, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique, soit enfin entre l'os et le périoste. Ces derniers seront plus particulièrement étudiés à l'occasion de la périostite.

Les absès sous-cutanés et profonds reconnaissent diverses causes. Tantôt ils succèdent à un phlegmon circonscrit, développé dans le cours d'un érysipèle spontané ou traumatique; tantôt ils résultent de l'inflammation d'une bosse sanguine.

Ces absès se reconnaissent, en général, très-facilement à leurs signes habituels, et plus particulièrement à la fluctuation. Ils peuvent quelquefois, comme les bosses sanguines, donner la sensation trompeuse d'un enfoncement osseux. L'illusion est due à l'infiltration plastique des bords de la cavité purulente.

Certains absès profonds, sous-aponévrotiques, situés entre le muscle et la fosse temporale, peuvent être d'un diagnostic difficile. Reconnaisant le plus ordinairement une cause traumatique, ils se développent quelquefois d'une manière lente, insidieuse, sans provoquer de très-vives douleurs. On pourrait alors les confondre avec un épanchement sanguin. J'ai observé récemment un cas de cette nature. La fluctuation profonde, difficile à sentir, cessait d'être perceptible lorsque le malade serrait fortement les mâchoires et contractait son muscle temporal, ce qui indiquait le siège de la collection liquide au-dessous du muscle. Une ponction exploratrice acheva d'éclairer le diagnostic, relativement à la nature du liquide.

Les absès profonds des téguments du crâne dénudent souvent les os. Aussi, doit-on les ouvrir aussitôt qu'ils ont été reconnus.

2° Tumeurs vasculaires.

Les anévrysmes des artères extérieures du crâne ont été décrits ailleurs (t. II, p. 418). Il nous reste à étudier ici : *a*, les varices artérielles; *b*, les tumeurs érectiles. Quant aux tumeurs veineuses ou varices de la voûte du crâne, elles semblent exister rarement à l'état d'isolement et communiquer le plus souvent avec la circulation veineuse intra-crânienne; c'est pourquoi je renverrai leur histoire à l'article suivant.

a. Varices artérielles. — Nous avons déjà parlé des varices artérielles en général (t. II, p. 285). Aussi, passerons-nous rapidement sur les faits

généraux, pour insister sur ce qui est propre aux varices artérielles du cuir chevelu.

ÉTIOLOGIE. — Cette maladie est très-fréquente et souvent congénitale. Cependant, on l'a vue succéder à un traumatisme du crâne. On ignore à peu près complètement la cause de cette prédisposition originelle des artères du cuir chevelu à subir une dilatation anormale. Cependant, Virchow avait déjà depuis longtemps attiré l'attention sur la relation qui existe entre le siège de ses dilatations vasculaires et celui des arcs branchiaux. Dans un récent travail, basé sur l'analyse de soixante cas, le professeur Heine (1), de Heidelberg, a repris et développé la même idée. L'auteur de ce mémoire fait d'abord ressortir la fréquence extrême des varices artérielles congénitales, puisque sur quarante-cinq cas qui ne peuvent laisser aucun doute, on en compte trente dans lesquels la maladie est congénitale ou s'est développée dans la première enfance, et seulement cinq dans lesquels le traumatisme semble jouer un rôle capital. De plus, sur vingt-deux cas de varices congénitales, où le siège est nettement indiqué, quatorze peuvent être considérés comme résultant de la dilatation des artères avoisinant les fentes branchiales. C'est en effet aux régions auriculo-temporale et naso-frontale qu'est le siège de prédilection de ces varices artérielles congénitales que Heine appelle *angiomes fissuraux*.

Dans l'opinion du professeur de Heidelberg, les varices artérielles se développeraient par suite de la dégénérescence graisseuse de la tunique moyenne des artères de nouvelle formation, soit des artères branchiales (varices congénitales), soit d'artères formées dans le tissu cicatriciel (varices traumatiques).

SYMPTOMATOLOGIE. — Les varices artérielles du cuir chevelu débutent le plus souvent par un léger soulèvement de la peau, qui se recouvre d'une tache violacée. Cette augmentation dans le volume de la partie se continue suivant le trajet des artères, et lorsque la maladie a fait des progrès, on trouve de véritables paquets variqueux séparés les uns des autres par des cordes saillantes.

La forme arrondie, sinueuse de ces varices artérielles représente bien la forme des varices veineuses; mais ce qui les distingue de suite les unes des autres, ce sont des battements isochrones au pouls, distincts à l'œil, et qui s'accompagnent d'un frémissement vibratoire et d'un bruit continu semblables à celui du rouet. Ce frémissement et ce bruit s'entendent quelquefois assez loin, et sont souvent perçus par le malade, pour lequel ils sont incommodés et même douloureux. En effet, sous l'influence du moindre exercice, ces bruits deviennent très-intenses, sifflants, et peuvent empêcher le malade de prendre aucun repos.

A mesure qu'elles se développent, les artères dilatées amincissent les téguments qui les recouvrent, et ceux-ci finissent par s'ulcérer et se

(1) *Vierteljahreschrift für praktische Heilkunde*, Bd. 103 et 104.

rompre. De là des hémorrhagies souvent fort inquiétantes par leur abondance et leur retour fréquent.

Les varices artérielles du crâne peuvent exercer sur les os une usure marquée, et dans un cas rapporté par F. M. Verneuil, dans sa thèse sur les varices artérielles du cuir chevelu, il existait même une perforation des os du crâne. Les artères dilatées et ulcérées avaient aminci la boîte osseuse, et sur les points correspondants aux ulcérations de l'artère, on remarquait deux ouvertures par lesquelles le sang s'était épanché dans l'intérieur du crâne, où il avait produit des accidents mortels de compression cérébrale.

On ne peut guère confondre ces varices avec un anévrysme artériel, tumeur circonscrite, qui souvent ne laisse entendre un léger bruit de souffle que lorsqu'elle a acquis un volume notable; mais avec l'anévrysme artérioso-veineux, la distinction est plus difficile. Cependant, dans les varices artérielles, tous les points envahis par la maladie sont agités de pulsations; dans l'anévrysme artérioso-veineux, les pulsations sont limitées au point frappé et s'étendent peu au delà. C'est encore dans le point correspondant à la plaie des vaisseaux que l'on constate les phénomènes d'auscultation qu'on perçoit dans l'anévrysme variqueux, tandis que, dans la varice artérielle, la sphère où ils s'entendent est bien plus large. De plus, si dans l'anévrysme on comprime l'artère blessée entre la tumeur et le cœur, on fait cesser les battements et le susurrus qu'on entend toujours dans la varice anévrysmale, quel que soit le point où l'on exerce la compression.

On se rappellera encore que l'anévrysme artérioso-veineux se forme immédiatement après la blessure, tandis que les varices artérielles du cuir chevelu mettent à se développer un temps plus ou moins long. Il n'y aurait de difficultés insurmontables pour le diagnostic que dans le cas où la dilatation des artères coïnciderait avec un anévrysme variqueux.

Les varices artérielles du cuir chevelu constituent une maladie grave en raison des hémorrhagies sérieuses qui peuvent survenir. On a cité, mais à titre exceptionnel, quelques cas de guérison spontanée.

TRAITEMENT. — Lorsque les varices artérielles n'occupent qu'un espace limité, on peut songer à les traiter par les divers moyens qui réussissent assez bien contre les tumeurs érectiles. La ligature, surtout suivant le procédé de Rigal, de Gaillac, l'extirpation par le bistouri, la cautérisation avec le chlorure de zinc, les injections coagulantes des perchlorure de fer, ont réussi dans ces cas.

Lorsque la dilatation artérielle est très-étendue et occupe un grand nombre de branches, les succès des diverses méthodes thérapeutiques précédemment indiquées sont nombreux. On doit souvent se borner à un traitement palliatif, consistant à comprimer légèrement la tumeur afin d'empêcher son accroissement, et à la protéger contre les froissements extérieurs. On obtient ce résultat en faisant porter aux malades une calotte solide et exactement moulée sur le crâne.

Cependant, il peut survenir des accidents graves qui forcent le chirurgien à intervenir. Parmi ces accidents, il faut surtout signaler les ulcérations et les hémorrhagies qui en sont la conséquence. L'analyse d'un certain nombre de faits rassemblés par Robert (1) établit que la ligature de l'artère carotide primitive, du côté malade, est la seule opération que l'on puisse opposer au développement de la maladie.

Toutefois, on comprend que les anastomoses nombreuses des artères, d'un côté à l'autre, puissent rétablir la circulation et reproduire, après un temps plus ou moins long, les accidents que la ligature avait un moment arrêtés. Faut-il, dans ce cas, recourir à la ligature de la carotide primitive de l'autre côté? Cette question, posée par Robert, a été résolue affirmativement par un certain nombre de faits. On peut citer à l'appui de cette pratique, l'observation d'une jeune fille atteinte de varices artérielles du cuir chevelu avec des ulcérations qui donnaient lieu à des hémorrhagies foudroyantes, dont Follin a été le témoin. On lia les deux carotides primitives à quelques mois de distance, et les ulcérations se cicatrisèrent. La maladie restait stationnaire, lorsqu'une année environ après cette opération, la malade mourut en couches.

Malgaigne (2) a proposé un procédé plus radical de traitement des varices artérielles du cuir chevelu. Il conseille, après la ligature d'une seule carotide, de profiter de la suppression temporaire de la circulation pour attaquer directement la tumeur par des incisions, des cautérisations profondes et multiples, qui, divisant les artères dilatées, en procureraient l'oblitération avant que la circulation ait pu se rétablir par les anastomoses.

b. Tumeurs érectiles. — Ces tumeurs sont beaucoup plus rares au crâne qu'à la face. Leur siège de prédilection est plutôt au front et à la tempe qu'à l'occiput. Reconnaisant le plus souvent une origine congénitale, elles semblent quelquefois succéder à des traumatismes.

La physionomie de ces tumeurs diffère un peu suivant l'élément vasculaire qui prédomine. Tantôt c'est une simple tache cutanée, d'un rouge vif ou violacé (tumeur capillaire); tantôt c'est une tumeur pulsatile, donnant au doigt qui l'explore une sensation de frémissement (tumeur érectile artérielle); tantôt, enfin, on observe une masse spongieuse, molle, sans battements, se dilatant sous l'influence des efforts, ou plus rarement, lorsque le malade se penche en avant (tumeurs érectiles veineuses). Quelquefois nettement limitées, ces tumeurs peuvent aussi s'accompagner de dilatation des veines et surtout des artères du cuir chevelu.

Ce dernier cas, qui se rencontre dans les tumeurs érectiles artérielles, forme une transition insensible avec l'anévrysme cirsoïde. Le diagnostic différentiel est alors des plus difficiles.

(1) *Considérations pratiques sur les varices artérielles du cuir chevelu* (Gazette des hôpitaux, 1851).

(2) *Revue méd.-chir.*, t. IX, p. 237.

Il faut aussi signaler, à propos du diagnostic, l'erreur qui consisterait à confondre une tumeur érectile veineuse du cuir chevelu avec une de ces tumeurs sanguines communiquant avec la circulation veineuse intracrânienne, tumeurs que nous décrirons avec les affections des organes intra-crâniens. On verra alors sur quels signes différentiels on peut baser le diagnostic.

On cite quelques rares exemples de tumeurs érectiles du crâne qui ont guéri spontanément. Mais l'intervention chirurgicale est le plus souvent nécessaire. Presque toutes les méthodes que nous avons indiquées dans le traitement des tumeurs érectiles en général peuvent être appliquées; mais l'étendue et la marche de la tumeur guideront le chirurgien dans le choix de ces méthodes.

La compression doit être tentée de prime abord, lorsqu'il s'agit d'une tumeur peu volumineuse. Les réfrigérants peuvent être employés simultanément.

L'application du perchlorure de fer à la surface de la tumeur préalablement dénudée par un vésicatoire a quelquefois réussi et convient surtout dans les cas de tumeur peu volumineuse. Il en est de même de la ligature sur des épingles disposées en croix, ou mieux encore suivant le procédé de Rigal, de Gaillac.

La cautérisation, vantée par Wardrop, et pratiquée à l'aide de la potasse, de la pâte de Vienne, du chlorure de zinc, a fourni quelques résultats heureux.

L'acupuncture, suivant la méthode de Lallemand (de Montpellier), nous paraît inférieure à la méthode de Maclachlan, qui convient principalement aux cas où la tumeur s'accompagne de la dilatation des artères voisines. Elle consiste à cerner la tumeur à ses deux extrémités par quatre aiguilles enfoncées surtout au-dessous des vaisseaux dilatés, et à enrouler sur chacune d'elles un fil ciré, comme on le fait dans la suture entortillée. Au bout de quelques jours, ces aiguilles sont enlevées et remplacées par quatre nouvelles que l'on applique de la même façon dans la partie centrale de la tumeur.

Lorsque ces divers moyens ont échoué, lorsque la tumeur fait des progrès continus, qu'elle s'ulcère et donne lieu à des hémorragies qui mettent en danger les jours du malade, il faut en venir à la ligature de la carotide primitive, qui est de beaucoup préférable à celle des nombreuses branches afférentes de la tumeur, méthode qui ne compte que des insuccès. Il peut se faire que la ligature d'une seule carotide ne soit pas suffisante, et que les accidents persistent avec la même gravité. La ligature de la carotide primitive de l'autre côté a quelquefois réussi dans ces circonstances. On peut d'ailleurs, après la ligature de l'une ou des deux carotides, profiter de l'arrêt de la circulation, pour détruire la tumeur par la cautérisation, la ligature, l'excision même, comme il a été indiqué dans le traitement des varices artérielles.

3^o Tumeurs sanguines des nouveau-nés (Céphalématome).

Il n'est pas rare d'observer sur le crâne des enfants nouveau-nés diverses tumeurs sanguines qui ont été décrites improprement sous le nom commun de céphalématome. Parmi ces tumeurs, quelques-unes ne diffèrent en rien de celles qui se produisent chez l'adulte, à la suite de contusions, et résultent de violences extérieures subies par la tête du fœtus pendant un accouchement long et pénible; tels sont : l'œdème séro-sanguin sous-cutané, les bosses sanguines sous-aponévrotiques. Ces tumeurs ne méritent pas une description particulière, et il ne convient pas de leur appliquer le nom de céphalématome.

Avec la plupart des auteurs modernes, nous réservons ce nom pour désigner l'épanchement sanguin siégeant entre le périoste et l'un des os du crâne. On verra bientôt que cette affection présente des caractères particuliers, relativement à son mode de production et aux lésions anatomiques qui l'accompagnent.

Le céphalématome, décrit pour la première fois en 1779 par G. Michaelis, sous le nom de tumeur sanguine des nouveau-nés, n'est bien connu que depuis le mémoire de Zeller, qui lui imposa le premier le nom sous lequel on le désigne encore aujourd'hui. Son histoire fut ensuite complétée par les travaux de P. Dubois, Valleix, Burkhardt et Seux.

MICHAELIS, *Über eine eigene Art von Blutgeschwülsten* (Journal de Loder. Iéna, 1779, t. II, p. 657-670). — ZELLER, *De cephalematomate*. Heidelberg, 1822. — P. DUBOIS, *Dictionnaire* en 30 volumes, art. CÉPHALÉMATOME. — VALLEIX, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 494. — BURKHARDT, *Tumeur sanguine des nouveau-nés*, traduit dans l'*Expérience*, 1838, t. II. — V. SEUX, *Sur les maladies des enfants nouveau-nés (céphalématomes)*. Paris, 1863. — LEBRETON, *Du céphalématome*, thèse de Paris, 1869.

ÉTIOLOGIE. — Le céphalématome est une affection assez rare. D'après les relevés statistiques de Seux, on le rencontrerait environ une fois sur deux cent cinquante enfants, résultat qui concorde assez bien avec les calculs du professeur Depaul, qui, d'après Lebreton, aurait trouvé un cas sur trois cents enfants,

On s'accorde généralement à reconnaître que le céphalématome s'observe plus fréquemment chez les enfants des primipares que chez ceux des multipares, et que les garçons en sont plus souvent atteints que les filles. D'après un fait rapporté par Burkhardt, les auteurs admettent l'existence du céphalématome pendant la vie intra-utérine. Cependant, il se montre principalement dans les premiers jours qui suivent la naissance.

Diverses causes ont été invoquées pour expliquer le développement du céphalématome. En première ligne, il faut signaler l'état des os du