

loppe à la tête une zone épileptogène, dont l'excitation provoque des convulsions. Cette forme d'épilepsie produite expérimentalement et pouvant se transmettre par hérédité, a été considérée comme la conséquence d'une lésion directe du centre des convulsions dans la protubérance. Il est vrai que les accès de convulsions observés chez l'homme n'offrent pour ainsi dire jamais une analogie complète avec ceux qui ont été provoqués dans ces expériences. Par contre on a observé d'autres formes de convulsions que l'on est parfaitement autorisé à désigner sous le nom d'*épilepsie corticale* d'après les expériences de HITZIG. Comme nous l'avons déjà rappelé, HITZIG a démontré que l'irritation de certaines parties de l'écorce cérébrale provoque des convulsions d'abord locales, et qui ensuite deviennent générales. Mais les expériences de cet auteur prouvent encore plus directement l'existence de convulsions générales à la suite d'une destruction de ces mêmes parties du cerveau. HITZIG, en effet, ayant extirpé à un chien le centre pour les pattes antérieures, vit survenir au bout de quelques jours des convulsions générales qui se répétèrent chaque jour. L'existence d'une épilepsie corticale a été prouvée également par des observations cliniques et des autopsies. Elle offre cette particularité qu'elle débute par un certain groupe de muscles, et que, assez souvent, c'est au niveau de ces derniers que les convulsions conservent dans la suite leur maximum d'intensité. Il n'est pas rare non plus d'observer dans ces groupes musculaires des parésies et paralysies passagères ou persistant pendant un temps plus ou moins long.

Lésions traumatiques de la tête chez les nouveau-nés et dans les premières années de la vie.

§ 61. — Pendant l'accouchement la tête du nouveau-né se trouve exposée à une série d'influences fâcheuses qui entraînent assez souvent des désordres plus ou moins considérables. Nous n'avons qu'à rappeler sous ce rapport la pression que subit le crâne fœtal dans le petit bassin; il en est de même des diverses interventions de l'art, telle que l'application du forceps produisant une pression locale sur le crâne, sans oublier les violences dont l'enfant, à peine venu au monde, est assez souvent l'objet de la part de sa mère.

Le crâne du nouveau-né se trouve dans des conditions qui diffèrent sous divers rapports de celles que l'on observe chez l'adulte. Les os du crâne du premier, incomplètement ossifiés et très minces, ont une élasticité à laquelle on ne peut nullement comparer celle qu'ils présentent plus tard. Ajoutons à cela que les os de la voûte crânienne chez le nouveau-né sont unis lâchement entre eux; les sutures, en effet, constituent de véritables ponts membraneux qui, au niveau des fontanelles, acquièrent une étendue considérable, et elles permettent ainsi aux os de se déplacer d'une façon notable.

Il en résulte que la tête de l'enfant répond d'une autre manière que celle de l'adulte aux violences extérieures, et que d'ailleurs ces violences sont aussi de nature différente. Ces raisons justifient pleinement la courte description que nous allons consacrer spécialement à ce sujet.

On a observé chez le nouveau-né des lésions dont l'origine remontait évidemment à la vie intra-utérine, étant données les conditions dans lesquelles elles se présentaient. On peut parfaitement admettre, par exemple, que dans des circonstances défavorables, le fœtus puisse affecter dans l'utérus une position telle, que la tête se trouve comprimée contre le promontoire, et qu'il en résulte une atrophie de la paroi crânienne au point qui a subi la pression, lorsque celle-ci persiste longtemps. De même une tumeur, une exostose développée chez la mère peut être la cause d'une atrophie par pression.

L'existence de véritables traumatismes produits chez le fœtus par des violences extérieures agissant sur l'abdomen d'une femme enceinte, est beaucoup mieux démontrée. On comprend que ces lésions fœtales puissent se produire sans que l'agent vulnérant ait perforé les parois abdominales de la mère. Ces parois jouissent, en effet, d'une élasticité qui leur permet de fuir sous l'effort de la violence traumatique, et celle-ci se porte alors sur le crâne plus résistant du fœtus; puis les parties molles comprimées contre cet obstacle peuvent, à leur tour, subir des lésions considérables. C'est ainsi qu'on a observé dans un certain nombre de cas des plaies qui étaient en voie de guérison au moment de la naissance, et qui avaient été produites par des violences traumatiques dans le cours de la grossesse. Les exemples de fractures sont beaucoup plus rares.

§ 62. — Si nous commençons par les lésions des parties molles l'exposé des traumatismes produits chez le fœtus dans le cours de l'accouchement, nous avons à mentionner tout d'abord la **bosse séro-sanguine** (*caput succedaneum*), qui ne fait défaut que dans les cas rares d'accouchement précipité; cette tumeur, qui consiste en un véritable œdème local, se développe à la partie la plus déclive de la tête, là où l'extrémité céphalique subit une pression annulaire de la part du col de la matrice et de la vulve. La pression annulaire met obstacle au retour du sang veineux provenant des parties molles entourées par l'anneau; il en résulte un œdème par stase, avec extravasation limitée, pouvant s'étendre jusque sur les deux faces du péricrâne. C'est aux traités d'obstétrique qu'il appartient de décrire d'une façon plus détaillée la forme, l'étendue, et surtout le siège de cet œdème accidentel.

Au point de vue étiologique nous devons rattacher à la bosse séro-sanguine la tumeur connue sous le nom de **céphalématome**, tumeur située entre le périoste et le crâne. Quant à l'épanchement sanguin entre le périoste et l'aponévrose épicroticienne (céphalématome sous-aponévrotique), il s'observe rarement, et ne diffère que peu du précédent au point de vue du diagnostic et du traitement. Aussi pouvons-nous le passer sous silence.

Le céphalématome est beaucoup plus rare que la bosse séro-sanguine simple; on l'observe une fois sur 200 à 300 accouchements (BRUNS); il

se développe certainement par le même mécanisme que la bosse séro-sanguine, et on le rencontre d'habitude dans la même région que cette dernière, c'est-à-dire à l'endroit de la tête qui se trouve être la partie la plus déclive dans le cours de l'accouchement. D'autre part, cependant, il faut admettre qu'une pression directe peut produire le céphalématome, car on l'observe aussi dans les présentations pelviennes. Dans le cours de l'accouchement il existe suffisamment de causes de ruptures vasculaires, soit par compression des téguments contre la voûte crânienne, soit par une violence traumatique tendant à faire glisser les parties molles sur les os sous-jacents. De même que la bosse séro-sanguine, le céphalématome siège ordinairement sur le pariétal. Son étendue est très variable; tantôt elle n'atteint pas la grandeur d'une pièce de cinq francs, tantôt elle occupe toute la surface d'un pariétal. Il offre de plus la particularité de ne jamais franchir les limites que forment les sutures. Souvent le céphalématome augmente encore après l'accouchement, mais même alors il ne dépasse pas les limites que lui imposent les sutures d'un des os de la voûte du crâne.

Il est intéressant d'étudier les modifications anatomiques dont s'accompagne la guérison du céphalématome. En effet un petit nombre seulement de ces épanchements guérissent par résorption rapide du sang et réunion directe du périoste à l'os. Le plus souvent il se forme une couche osseuse nouvelle recouvrant la collection sanguine en voie de résorption lente. Le périoste détaché de l'os par l'épanchement sanguin au niveau de sa couche ostéogène, commence aussitôt après l'accident à produire des ostéoblastes et de jeunes corpuscules osseux. Cette production débute dans la partie du périoste la plus riche en substance ostéogène, c'est-à-dire à la limite de son décollement de l'os sous-jacent. De ce point la néoplasie s'étend lentement jusqu'à la production d'une coque osseuse complète. La surface de l'os crânien dénudé donne naissance également à des prolongements osseux, peu abondants, il est vrai, et irréguliers, et la cavité formée par le sang épanché se comble ainsi peu à peu par du tissu osseux jeune, tandis que l'épanchement disparaît par résorption. Le céphalématome finit par être remplacé par une hyperostose peu saillante.

Passons maintenant à l'étude clinique du céphalématome. La tumeur, caractérisée d'abord par la tension élastique que lui communique son contenu, présente au bout de quelque temps à la périphérie un anneau résistant qui, sous le doigt, se continue insensiblement avec l'os normal. Cet anneau s'accroît de plus en plus vers le centre de la tumeur qu'il finit par recouvrir entièrement sous la forme d'une voûte osseuse, parfois dépressible, et d'une consistance parcheminée. En même temps disparaissent la tension primitive de la tumeur et la fluctuation. Il faut naturellement un certain temps pour que ces modifications s'accomplissent; des semaines et même des mois s'écoulent avant que le céphaléma-

tome ait terminé son évolution. Un fait encore inexpliqué, c'est que le sang épanché reste très longtemps à l'état liquide.

Ces deux modes de terminaison du céphalématome, la résorption simple suivie du recollement du périoste, et la résorption tardive avec ossification de ce dernier, sont évidemment les plus favorables pour l'enfant. Mais il arrive parfois que des influences mécaniques nuisibles, des interventions chirurgicales non justifiées, surtout l'incision de la tumeur faite de bonne heure, viennent modifier de la façon la plus malheureuse l'évolution que nous venons de décrire. Dans les cas les plus favorables il se produit seulement un abcès limité, parfois avec nécrose du tissu osseux de nouvelle formation. Dans les cas malheureux on voit se développer un phlegmon diffus, une ostéite purulente, avec tous les dangers résultant d'une extension de la suppuration au contenu de la boîte crânienne.

Des considérations précédentes nous pouvons conclure que les indications du traitement sont très simples. Il ne faut désespérer de la résorption de l'épanchement que lorsqu'apparaissent dans le foyer sanguin des signes de suppuration. Plus on se borne à l'expectation simple, plus on a soin, d'autre part, de préserver la tumeur des causes de traumatisme, et plus aussi on est en droit de s'attendre à une terminaison heureuse, telle que nous l'avons exposée. Par contre plus on soumet la tumeur aux frictions et applications diverses, et plus on augmente les chances d'une inflammation locale ou diffuse. Si celle-ci survient néanmoins, il faut inciser largement la tumeur avec les précautions antiseptiques, appliquer un pansement de Lister, et veiller à l'écoulement libre et continu du pus.

Outre les lésions que nous avons déjà signalées, le crâne de l'enfant peut présenter des traces de compression des téguments résultant soit d'une pression prolongée exercée sur la tête fœtale par le promontoire, soit de l'action du forceps; dans ce dernier cas les traces de compression se rencontrent surtout au niveau du frontal et de l'angle externe de l'œil. On peut les trouver du reste dans toutes les régions où siègent les lésions osseuses que nous allons décrire.

§ 63. — Les changements de forme que le crâne peut subir (raccourcissement de l'un des diamètres et allongement des autres), et qui, nous l'avons vu, jouent un rôle si important dans la pathogénie des fractures de cette partie du squelette, atteignent chez l'enfant un degré bien plus considérable à cause de la grande élasticité des os du crâne au début de l'existence. Remarquons, du reste, que pendant l'accouchement, alors que la tête est soumise à la compression annulaire du bassin, il s'est déjà produit un chevauchement des os du crâne et, par conséquent, un raccourcissement des diamètres avant que l'élasticité soit mise en jeu pour concourir au même résultat. L'union des os du crâne entre eux par de larges sutures ligamenteuses, permet à l'un des pariétaux de glisser au-dessous de l'autre, à l'un des frontaux de s'engager