

si l'enfant souffre, et terminer au besoin par une application de forceps ou une version podalique. Pendant l'extraction, on opérera sans lenteur, mais surtout sans brusquerie; il faut se hâter lentement, et avant tout éviter la violence. On doit compter, nous le répétons, sur la résistance du fœtus à l'asphyxie et craindre vivement l'élongation de la moelle et du bulbe, la compression et la commotion cérébrales. Pendant qu'on opère, des aides présentent tout ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant, c'est-à-dire des linges chauds, de l'eau chaude, un bain de 35 ou 40 degrés, sinapisé de préférence, un matelas d'eau chaude comme nous l'avons vu faire dans le service de Tarnier. On aura en outre demandé de l'eau froide, de l'alcool, des plumes d'oie qui d'ailleurs ne sont pas indispensables; et on aura sous la main un insufflateur, de préférence celui de Ribemont ou celui d'Olivier. L'insufflateur sera aseptique.

2° *Traitement curatif.* — L'enfant une fois né, et l'état de mort apparente reconnu, il faut avant tout garder son sang-froid et faire vite le diagnostic de la forme. La thérapeutique varie en effet suivant les cas. Nous allons les passer en revue.

a) *Asphyxie.* — Frictionner l'enfant avec de l'alcool versé sur la poitrine et le dos; puis le réchauffer dans le bain. Les massages, les manipulations diverses sont utiles pour accélérer la circulation. Les mucosités de la gorge seront enlevées avec le doigt. Les tractions de la langue peuvent être essayées. Si, au bout de quelques minutes, une amélioration ne se produit pas, on doit recourir à l'insufflation, en commençant par une aspiration, c'est-à-dire par l'évacuation des voies aériennes. On insufflera ensuite de bouche à bouche, ou avec un tube laryngien. Les enfants petits, ou prématurés, sont plus difficiles à insuffler que les autres au moyen du tube. De temps en temps, pendant l'insufflation, on baigne l'enfant, ou on fait changer les linges chauds, on surveille le cordon, pour qu'une hémorragie ne se produise pas. Si l'enfant, bien que ranimé, reste faible et comme comateux, il faut rester près de lui pendant plusieurs heures, le frictionner, etc., et lui faire respirer de l'oxygène, en même temps qu'une température douce est entretenue autour de lui; on administrera à l'intérieur quelques gouttes de lait alcoolisé.

b) *Syncope traumatique.* — Ligature tardive du cordon ombilical. En attendant que les battements funiculaires aient disparu ou qu'ils soient suffisamment affaiblis (3 minutes environ), frictionner toute la surface du corps, élever le siège pour abaisser la tête. Linges chauds. Pendant ce temps, enlever les mucosités des voies aériennes, faire les tractions de la langue ou commencer l'insufflation. Le cordon une fois coupé, administrer un bain tiède; puis continuer l'insufflation avec persévérance; car on a ranimé des enfants au bout d'une heure et même davantage. La partie une fois gagnée, surveiller attentivement les premiers jours: couveuse, lait alcoolisé, oxygène. Si l'enfant ne se ranime pas, faire en dernière ressource une injection de sérum artificiel ou de caféine.

c) *Formes mixtes.* — Il faut se conduire comme dans le cas de syncope traumatique.

V

CÉPHALÉMATOME

PAR LE D^r L. DEMELIN

Professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Définition. — Le céphalématome est une « tumeur formée par un épanchement de sang qui se fait entre le crâne et le périoste qui le recouvre; on ne l'observe guère que chez l'enfant » (Tarnier).

Anatomie pathologique. — Dans sa forme la plus simple, cette tumeur est constituée de la manière suivante: le cuir chevelu et l'aponévrose épicroténienne sont normaux. Le périoste est décollé de l'os sous-jacent au niveau de la tumeur; à sa périphérie, au contraire, il adhère fortement. Dans la poche limitée en dedans par l'os, en dehors par le périoste décollé, se trouve une certaine quantité de sang, variable naturellement avec le volume du céphalématome: on a donné comme limites extrêmes 2 grammes et 240 grammes (Valleix); le chiffre ordinaire est de 20 à 50 grammes.

Tout d'abord, le sang épanché est liquide et rouge; plus tard il s'épaissit et devient noirâtre. Plus tard encore, le travail de résorption progresse et ne laisse qu'une masse gélatino-fibrineuse.

Il peut arriver que la masse sanguine épanchée ne soit pas en contact direct avec les parois ostéo-périostiques de la poche; c'est alors qu'elle en est séparée par une néo-membrane blanche et filamenteuse ou d'un jaune rougeâtre continue ou interrompue, et qui est constituée par de la fibrine provenant de la coagulation superficielle du sang épanché.

L'écaille osseuse qui supporte le céphalématome est normale; elle offre son apparence pectinée habituelle, due aux travées osseuses disposées en rayons de roue à partir du point d'ossification central de l'écaille. Quelquefois, du bord de l'écaille part une petite fêlure. Le céphalématome, au bout de quelques jours, s'entoure sur toute sa périphérie d'un *bourrelet* d'une importance considérable au point de vue anatomique et clinique. Ce bourrelet siège dans tous les points où le décollement périosté cesse d'exister. Il est produit par le périoste qui le sécrète, en quelque sorte, tout autour de l'épanchement sanguin; il forme une saillie circonscrite d'une hauteur de 2 à 4 millimètres en moyenne; il n'est pas toujours continu. A la coupe, il présente une forme prismatique et triangulaire: il repose, par sa face basale, sur l'os sous-jacent; par sa face la plus éloignée du centre de l'épanchement, il adhère étroitement au périoste d'où il émane; enfin sa troisième face est libre du côté de l'épanchement sanguin avec lequel elle est en rapport.

Étiologie. — La fréquence du céphalématome est diversement appréciée. En réunissant les observations de Valleix, de Burchard et de Seux, on obtient la proportion de 1 céphalématome sur 250 accouchements.

Les garçons seraient plus fréquemment atteints que les filles (chiffres de Seux et de Burchard). La primiparité serait également une cause prédispo-

sante (thèse de Hamon, Paris, 1887). Le rétrécissement du bassin, l'application du forceps, l'extraction de la tête venant derrière, la chute du fœtus sur le sol, lorsque la femme accouche debout et que le cordon se rompt (Obs. de Oui), sont invoqués pour expliquer la formation du céphalématome. Sans diminuer leur importance étiologique, il faut faire remarquer que cette lésion s'observe souvent à la suite de l'accouchement le plus normal.

La cause primordiale et prédisposante réside dans la texture des écailles osseuses du crâne à la naissance. Les lamelles ou fibrilles osseuses, disposées en rayons de roue à partir du centre compact de l'écaille, divergent naturellement d'autant plus qu'on les considère en un point plus rapproché de la périphérie de l'os. De là des fissures, ou incisions naturelles, comblées par de volumineux vaisseaux. Toutefois, l'ossification est plus rapide sur la table interne que sur la table externe, si bien que la première résiste davantage, et qu'au cas de rupture vasculaire l'épanchement se fait beaucoup plus rarement du côté de la dure-mère que du côté du périoste. Les canaux veineux du diploé, entourés d'os de tous côtés, chez l'adulte, sont donc mal fermés chez le nouveau-né par la table externe imparfaitement constituée : les vaisseaux sanguins y sont mal soutenus et facilement lésés. « La plus fréquente de ces fissures est située dans une petite région qui correspond à l'union des 4/5^{es} antérieurs avec le 5^e 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. » (Féré.)

En résumé, à une disposition anatomique prédisposante s'ajoute, pour produire le céphalématome, un certain traumatisme, dont l'effet le plus actif est sans doute de redresser les écailles osseuses, c'est-à-dire de tendre à augmenter l'écartement qui existe déjà à l'état normal entre les extrémités périphériques des travées osseuses.

Symptomatologie. — De 1 à 4 jours après l'accouchement, on s'aperçoit, par hasard le plus souvent, qu'il existe une anomalie sur la tête du nouveau-né. En palpant le crâne, on sent qu'en une région la consistance est différente de celle des parties voisines; dans les zones malades, on se rend compte que les parties molles sont saillantes, détachées des surfaces osseuses, dont elles sont séparées par une nappe liquide généralement peu épaisse : la fluctuation est évidente, et la région atteinte est surélevée par rapport aux départements circonvoisins. Cette voussure, qui atteint le volume d'un œuf de pigeon, ou d'un œuf de poule, et qui est toujours plus marquée en largeur qu'en hauteur, est plus accessible au toucher qu'à la vue. D'autant plus que les téguments sont souvent normaux comme couleur et comme consistance. Il y a donc là une tuméfaction aplatie, lisse, assez tendue, élastique, fluctuante, indolore, irréductible et non pulsatile. Tout de suite on note une particularité fort importante; le décollement, comblé par l'épanchement de sang, ne recouvre jamais les sutures; le céphalématome peut être multiple, intéresser plusieurs écailles osseuses, mais jamais il ne cache les sutures qui séparent ces écailles les unes des autres. Le siège de prédilection porte sur l'un des pariétaux, et particulièrement sur le droit, au niveau de son angle postérieur et inférieur. Les autres écailles de la voûte

peuvent être atteintes, celles des temporaux beaucoup plus rarement que les autres. La pression exercée sur la tumeur ne la réduit pas et n'amène aucun signe de compression cérébrale; ni la toux, ni les cris, ni les efforts n'augmentent la tension du céphalématome.

Au bout de quelques jours apparaît le signe pathognomonique : à savoir un bourrelet périphérique entourant toute la base de la tumeur, bourrelet dur, périosté, sur lequel nous nous sommes déjà expliqué. Quand il est assez marqué, il fait contraste par sa dureté avec la mollesse qu'on reconnaît au centre du céphalématome, et cette opposition est si nette qu'on pourrait croire, si l'on n'était prévenu, que l'écaille osseuse est perforée au niveau du centre de la tumeur. Avec le temps, la tumeur diminue peu à peu de volume, mais devient de moins en moins fluctuante, et de plus en plus consistante; elle disparaît, en général, au bout de deux mois. A cette époque, on peut encore observer de la crépitation parcheminée, due à l'ossification du périoste soulevé. La *restitutio ad integrum* n'est guère obtenue avant six mois, dans les cas moyens. Les céphalématomes volumineux durent davantage encore.

Très rares sont les complications par compression cérébrale due alors à un épanchement sus-dure-mérien; très rare aussi est la suppuration.

Diagnostic. — On ne peut guère confondre le céphalématome avec l'hydrocéphalie, avec les abcès du crâne, même avec l'encéphalocèle, qu'il est classique de citer à ce propos. La bosse séro-sanguine sus-jacente, et non sous-jacente au périoste, colore constamment le cuir chevelu en violet, et le surélève en modifiant directement sa trame. Le bourrelet circulaire du céphalématome est d'ailleurs caractéristique pour les cas où cette tumeur apparaîtrait juste au niveau de la bosse séro-sanguine. La difficulté devient plus grande quand il s'agit de distinguer une fracture avec épanchement d'un céphalématome simple. La distinction qu'on a cherché à établir entre celui-ci et ce qu'on a désigné sous le nom de céphalématome traumatique, est excellente au point de vue du diagnostic clinique; malheureusement, elle rend confuse la description du céphalématome vrai en lui adjoignant une lésion toute différente, qui n'est qu'un épanchement sanguin accompagnant une fracture produite soit par le forceps, soit par la version, soit par toute autre cause.

Pronostic. — Le pronostic du céphalématome vrai est des plus bénins. Les faits qui se sont terminés par suppuration sont ceux où une fracture du crâne a été compliquée d'une lésion traumatique du cuir chevelu, infectée par défaut d'antisepsie ou par une intervention inopportune. La guérison complète, sans incident, est la règle très générale.

Traitement. — Aussi le traitement doit-il être nul. La compression, les onctions avec des pommades, les frictions diverses sont tout à fait inutiles. La ponction l'est également; en outre, elle peut devenir dangereuse si elle est suivie de suppuration. Aussi le mieux est-il, quand on a reconnu un céphalématome, de calmer les appréhensions des parents en les convainquant de l'innocuité que présente la maladie lorsqu'on ne cherche pas à la traiter quand même.