Annales Gyn Péd 1840 V-2

*Céphalœmatome*. Hôpital dit de l'École.
M. P. Dubois.

Ce mot sert à désigner dans sa plus simple acception certaine tumeur sanguine de la tête dont la description sera faite plus bas. Le cas observé ces jours derniers dans les salles de la Clinique est le premier de cette année; par conséquent le céphalœmatome

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

est une affection rare ; Nœgelé, dans une pratique de vingt ans, ne l'a rencontré qui dix-sept fois. D'autres accoucheurs disent que le nombre des cas de ce genre est assez restreint. On l'a rarement constaté à la Maternité ; mais comme les enfants nouveau-nés ne restent pas dans la maison, il est possible que cette maladie, qui n'apparaît que vers le quatrième jour de la naissance, n'ait pas été aperçue. A l'hospice des Enfants-Trouvés, M. Baron, sur cinq cents enfants, ne l'a vu qu'une seule fois.

Chez l'enfant de la Clinique, on ne s'est aperçu de la tumeur qu'il portait à la tête que plusieurs jours après l'accouchement, et, dans le plus grand nombre des cas, il en est ainsi. C'est ordinairement trois ou quatre jours après la naissance qu'elle devient apparente. Osiander assure que le céphalœmatome peut exister avant la rupture des membranes, et que, dans ce cas, la présence d'une tumeur plus molle que la tête pourrait être prise par l'accoucheur pour une autre partie du fœtus. Nœgelé partage cette opinion.

Le céphalœmatome se présente sous forme d'une tumeur indolore, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, molle, élastique, fluctuante, occupant le plus souvent le pariétal droit, quelquefois celui du côté opposé. Solitaire ou unique, il en existe dans certains cas plusieurs : alors elles peuvent avoir leur siége sur les deux pariétaux et même l'occipital. Cette tumeur résulte, non pas d'une infiltration séro-sanguine dans les tissus, mais d'une collection de sang qui se fait entre l'os et le péricrâne. Elle présente, mais très-rarement, des pulsations ; ce signe a même été considéré, bien à tort sans doute, par quelques auteurs, comme pathognomonique. A sa base l'on trouve une sorte d'induration du péricrâne qui en a imposé à quelques accoucheurs pour un rebord osseux et, dans cette opinion, ceux-ci pensaient que cet anneau était formé par l'os du crâne, lequel avait été usé par la tumeur sanguine. Il n'en est rien, ce rebord est formé par le périoste de la base de la tumeur, qui est soulevé et résistant. Ce soulèvement du péricrâne, qui existe dans la grande majorité des cas, n'occupe, dans certaines circonstances, qu'une partie seulement de la circonférence du céphalœmatome, d'autres fois il manque complétement.

Le diagnostic de cette maladie est en général facile, cependant il peut quelquefois présenter quelques difficultés. Ledron observa sur la tête d'un enfant nouveau-né une tumeur qu'il prit pour une hernie du cerveau, et qui n'était autre chose qu'un céphalœmatome. Le rebord qui se trouvait à la base de cette tumeur lui en avait imposé pour un rebord osseux.

Voici quels sont les caractères différentiels de ces deux affections. Le céphalœmatome a son siége ordinaire sur les os et sur l'un des pariétaux surtout ; la hernie congénitale du cerveau a le sien au contraire sur le trajet des sutures ou des fontanelles. Ce signe distinctif servira dans la plupart des cas, mais il est vrai de dire qu'il n'est pas d'une valeur absolue. En effet, deux tumeurs sanguines développées sur chacun des pariétaux peuvent se rapprocher, se mettre en contact, et recouvrir la suture sagittale qui les sépare, et, d'un autre côté, l'encéphalocèle congénitale peut s'être faite entre des pièces osseuses dont la soudure est normalement opérée longtemps avant la naissance et semble, par conséquent, avoir traversé la substance même des os. C'est ce que l'on voit surtout quand l'encéphalocèle se fait entre quelques-unes des diverses pièces élémentaires dont l'occipital se compose pendant une partie de la vie fœtale. Des faits de ce genre ne sont pas très-rares, et il s'en est présenté un dans les salles de la Clinique, il y a quelques années.

La hernie congénitale du cerveau offre ordinairement un mouvement pulsatif ; ce phénomène n'est pas ordinaire dans le céphalœmatome. La première s'affaisse par la pression et disparaît souvent en partie, et si la pression est plus forte ou quelque temps soutenue, elle peut déterminer des convulsions, des vomissements, de la somnolence. Ces phénomènes sont d'autant plus apparents que l'ouverture qui donne passage à l'encéphalocèle est plus considérable. La tumeur sanguine ne disparaît ni ne diminue par la pression, et celle-ci ne donne lieu à aucun des accidents qui viennent d'être énumérés. Les cris et les efforts de tout genre déterminent, pour la hernie du cerveau, une augmentation de volume, et sont sans effet sur le céphalœmatome. Enfin, l'encéphalocèle n'offre aucune fluctuation, tandis que celle-ci est évidente dans les tumeurs sanguines dont il est ici question.

Toutefois les caractères différentiels qui existent entre ces deux espèces de tumeur ne sont pas si tranchés qu'on ne puisse quelquefois être induit en erreur. Ainsi, les mouvements pulsatifs, caractère propre à l'encéphalocèle, s'observent quelquefois dans le céphalœmatome ; celui-ci peut se trouver placé sur des os mous, flexibles et facilement dépressibles, en sorte que la compression exercée sur lui pourra produire des phénomènes convulsifs et apoplectiques analogues à ceux que l'on détermine par la compression de la hernie du cerveau. Enfin, cette dernière maladie peut être compliquée de la présence d'un peu de liquide ; de là, fluctuation comme dans le céphalœmatome ; mais toutes ces circonstances se rencontrent peu communément, en sorte que le diagnostic de ces deux maladies sera, en général, facile. Il faut ajouter une dernière considération : c'est que l'encéphalocèle est beaucoup plus rare que le céphalœmatome.

Le céphalœmatome peut être confondu avec la tumeur sanguine proprement dite (fongus, tumeurs érectiles) ; mais celle-ci est molle, diminue par la compression, se gonfle au contraire sous l'influence des cris ou des efforts de l'enfant ; sa surface est ordinairement parcourue par des veinules flexueuses assez développées, qui lui donnent une couleur violacée caractéristique.

Quant à la tumeur œdémateuse séro-sanguine, on la distingue du céphalœmatome en ce qu'elle succède constamment à un accouchement laborieux, qu'elle occupe les parties qui se présentent les premières au vide du bassin ; toujours unique, elle est moins circonscrite que le céphalœmatome ; empâtée, conservant l'impression du doigt qui la déprime, elle présente quelquefois de la fluctuation, mais celle-ci est beaucoup plus superficielle que dans le céphalœmatome ; car ici, la collection sanguine se fait en-

history-of-obgyn.com

tre l'os et le péricrâne, tandis que l'épanchement a son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ce dernier cas, il y a de l'empâtement autour de la tumeur; dans le céphalœmatome, au contraire, il existe une saillie annulaire qui souvent sert à le caractériser. Au reste, il y aurait peut-être peu d'inconvénient à confondre entre elles ces deux affections.

*Causes.* Quelques auteurs, et Osiander en particulier, pensent que cette affection est le fait de violences exercées sur la tête du fœtus pendant le travail de la parturition; soit que celles-ci aient été déterminées par les frottements de la tête sur les parties osseuses du bassin, soit qu'elles aient été produites par l'emploi du forceps, dans le cas où cet instrument a été nécessaire pour la terminaison de l'accouchement. Cependant il est difficile de rapporter à une semblable cause l'apparition du céphalœmatome, si l'on considère que cette maladie s'observe après des accouchements très-faciles, durant lesquels la tête du fœtus n'avait éprouvé aucune pression notable; bien plus, Nœgelé l'a rencontré une fois chez un enfant né par les pieds : d'où il faut conclure que les violences exercées sur la tête du fœtus sont tout à fait étrangères à la production du céphalœmatome.

Une autre opinion professée par Michaelis et Paletta, et fondée sur l'observation nécroscopique de plusieurs faits, c'est que le céphalœmatome était le résultat d'une altération de l'os antérieure à la naissance; que le cercle dur qui environne la base de la tumeur dépendait de l'absence ou de la destruction de la surface externe de l'os; que le diploé se trouvait à nu, et que ses vaisseaux détachés fournissaient le sang épanché; qu'ainsi l'épanchement sanguin n'était qu'un symptôme; la maladie réelle, c'était l'altération de l'os. Les faits observés par ces auteurs sont sans doute exceptionnels; car plusieurs accoucheurs, et M. P. Dubois lui-même, ont rencontré des céphalœmatomes sans aucune altération des os. Plus tard, l'on verra jusqu'à quel point cette opinion est fondée.

Une autre opinion est celle de Nœgelé. Cet accoucheur distingué pensa que la rupture de quelques vaisseaux sanguins qui pénètrent les os du crâne, rupture dépendant peut-être du développement anormal des os, pouvait donner lieu à un épanchement, et que, plus tard, l'établissement de la respiration et l'activité nouvelle imprimée à la circulation chez l'enfant nouveau-né contribuaient à en accroître la saillie et l'étendue. Mais cette hypothèse de Nœgelé ne paraît ni suffisamment expliquée, ni aussi explicable qu'on pourrait le désirer. Ainsi la question de savoir à quelle cause l'on doit attribuer le développement du céphalœmatome n'est pas résolue d'une manière positive.

M. P. Dubois pense que ces diverses opinions peuvent se concilier. Quand on examine avec attention, dit le professeur, la structure des os du crâne chez l'enfant naissant, celle des pariétaux surtout, l'on remarque que l'ossification encore incomplète de ces enveloppes se présente sous forme de filaments placés à côté les uns des autres, et qui, partant des bosses pariétales comme d'un centre commun, se portent en divergeant vers la circonférence de l'os. Entre ces filaments restent de petites fentes longitudinales n'occupant pas toute la longueur ni toute l'épaisseur de l'os, et qui sont très-nombreuses. Ainsi constitués, les pariétaux offrent les caractères d'un corps spongieux, et ils paraissent imbibés et comme pénétrés d'une grande quantité de sang, à tel point que quand on comprime l'une de leurs faces, la dure-mère et le péricrâne ayant été enlevés, l'on voit le sang sortir en abondance, et sourdre, pour ainsi dire, par les porosités et les fentes du côté opposé. Le sang, pendant la vie, semble donc renfermé dans les mailles des os par le périoste et la dure-mère qui en tapissent les deux faces; et il faut ajouter que l'appareil vasculaire, artériel surtout, de ces membranes, paraît avoir, avec la circulation dans l'épaisseur des os, des rapports analogues à ceux qui existent entre la circulation dans un tissu caverneux et les vaisseaux qui s'y rendent et qui l'alimentent. Aussi quand on injecte un liquide coloré par une des branches de l'artère méningée moyenne, la dure-mère conservant ses rapports avec la face interne de l'os; et le péricrâne; au contraire, ayant été enlevé, on voit le liquide injecté suinter en abondance et quelquefois jaillir par les porosités et les fentes nombreuses de la face externe. Il est donc évident que la dure-mère d'une part, et le péricrâne d'une autre part, déterminent les limites dans lesquelles s'exerce la circulation abondante qui se fait dans l'épaisseur de ces os, et que le moindre décollement de l'une ou de l'autre de ces deux membranes doit facilement favoriser un épanchement de sang dont l'étendue sera déterminée par la portion qui aura été décollée. Et pour que notre idée soit parfaitement comprise, ajoute M. P. Dubois, qu'on nous permette d'ajouter que l'effet de ce décollement possible est analogue, sauf la différence que doit apporter le volume des vaisseaux et l'importance de la circulation, à celui qui résulte du décollement du placenta pendant la grossesse, le péricrâne et la dure-mère fermant pour ainsi dire les ouvertures de la surface externe ou interne des os du crâne, comme le placenta ferme les orifices vasculaires qui s'ouvrent sur le point de la cavité utérine qu'il occupe. La comparaison sera plus exacte encore, si l'on suppose une portion centrale du placenta décollée, et une petite quantité de sang épanchée et maintenue dans les limites du décollement. »

C'est là probablement la véritable cause du céphalœmatome; maintenant il s'agit de rechercher les circonstances qui peuvent produire le décollement. Et d'abord, l'on doit concevoir qu'elles sont très-diverses. Ici viennent se ranger tout naturellement les différentes causes assignées par les auteurs à la production de la maladie dont il est ici question. Ainsi, l'on conçoit parfaitement que des violences exercées sur la tête du fœtus, que des maladies des os, ou des anomalies dans leurs structures, donnent lieu au céphalœmatome, en déterminant le décollement du péricrâne dont parle M. Dubois.

*Pronostic.* Il varie comme la cause qui a déterminé la maladie. Quand le céphalœmatome dépend d'une affection organique des os, il pourra, dans ce cas, devenir fatal au petit malade. L'on a vu, dans certaines circonstances, la tumeur sanguine occa-

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

sionner l'altération des os, puis leur perforation, et les auteurs ont signalé des encéphalocèles consécutives à cette perforation. D'autres fois la tumeur sanguine constituant le céphalœmatome s'enflamme, suppure ; il s'établit un écoulement de pus souvent fétide et ichoreux, qui entraîne la débilité de l'enfant, le marasme et la mort. Mais dans la grande majorité des cas, cette affection est peu grave et guérit par les moyens les plus simples.

*Traitement.* Les moyens à employer diffèrent suivant le but qu'on se propose, suivant que l'on veut tenter la résolution ou provoquer la suppuration ou l'évacuation du liquide contenu dans la tumeur. Il y a donc trois modes de traitement.

Tenter la résolution est chose facile, même tellement facile que, dans le plus grand nombre des cas, c'est le fait de la nature qui, par ses seuls efforts, peut souvent amener cette terminaison de la maladie. Les moyens que l'on emploie dans ce but sont les substances résolutives, excitantes ; les plus usitées sont les infusions vineuses, principalement celle de roses de Provins ; l'on a quelquefois recours à l'eau-de-vie camphrée ; mais l'odeur du camphre inspire à certains médecins quelques inquiétudes par l'influence qu'elle peut avoir sur les nourrices.

Une femme a vu la sécrétion de son lait tarie sous l'influence de cette odeur. Il faut croire que ce phénomène assez curieux était dû à l'impressionabilité de cette femme.

*Provoquer la suppuration.* Il y a deux manières d'exécuter ce mode de traitement : 1° par le séton ; 2° par le caustique. L'emploi du séton, préconisé par Paletta, consiste à traverser la tumeur de part en part avec une aiguille ou un bistouri, et à laisser dans ce trajet une bande de toile étroite dont les bords sont effilés, et enduite d'un peu de cérat ; il s'établit au bout de quelques jours une suppuration de bonne nature qui ne tarde pas à se tarir.

La deuxième manière de provoquer la suppuration était particulièrement employée par Gœlis ; elle consiste à appliquer sur le sommet de la tumeur un morceau de pierre à cautère, dont on surveille l'action de manière à ce qu'elle n'agisse que sur l'épiderme et le soulève sans compromettre les parties sub-jacentes. On ne sait trop pourquoi Gœlis, dans le but d'obtenir un simple effet vésicant, employait la pierre à cautère de préférence au vésicatoire.

L'usage du séton et du caustique offre de graves inconvénients, et Gœlis lui-même a vu succomber deux enfants qu'il traitait par ce moyen ; aussi suffit-il de les indiquer ici.

*Incision.* C'est un mode de traitement auquel on a recours dans un certain nombre de cas. On procède à cette opération de plusieurs manières : ou l'on se contente de la simple ponction à l'aide d'une lancette, après laquelle on exprime le sang contenu dans la tumeur, et l'on favorise la guérison par l'emploi des fomentations résolutives ; ou bien l'on pratique une incision longitudinale assez étendue, pour que le sang s'écoule immédiatement et tout à la fois. L'incision cruciale conseillée par Levret, est tout à fait abandonnée. Cette incision doit être pratiquée dans le début de la maladie, suivant l'avis de quelques chirurgiens, pour empêcher que le contact du sang sur les os n'altère leur tissu ; cette crainte n'est nullement fondée. Nœgelé professe cette dernière opinion ; et en cela il n'est pas conséquent avec lui-même, puisqu'autre part il dit que l'on doit d'abord essayer les résolutifs ; or, si l'on essaie les résolutifs, l'on ne peut pratiquer l'incision immédiate. D'autres chirurgiens pensent qu'il ne faut recourir à cette opération qu'après avoir préalablement employé pendant quelque temps les résolutifs ; ce n'est que lorsque cette tentative aura échoué, qu'il conviendra d'inciser. Ce conseil est sage ; en s'y conformant, on évitera les désagréments d'une opération et les accidents qu'elle peut, dans certaines circonstances, occasionner. Le résultat obtenu sur l'enfant qui est resté quelque temps dans les salles de la Clinique, prouve mieux que des assertions les avantages de cette méthode, contre-indiquée seulement dans les cas où la tumeur est par trop volumineuse pour que l'on puisse en attendre la résolution.

Avant de pratiquer cette incision, l'on rase les cheveux qui recouvrent la surface de la tumeur, puis on incise celle-ci d'un seul coup, comme un abcès ; l'incision doit avoir une étendue assez considérable pour que le sang soit facilement évacué. Les Allemands sont entrés dans de minutieux détails sur la direction à donner à l'incision et sur la profondeur que celle-ci doit avoir. Il faut, disent-ils, pénétrer jusqu'à l'os, avec la précaution toutefois de ne pas en traverser l'épaisseur, et pour cela ils dirigent l'instrument dans un sens opposé à celui des fibres osseuses. Une fois le sang évacué, l'on rapproche les bords de la plaie que l'on maintient écartés à l'aide de quelques brins de charpie, afin que l'écoulement du pus qui devra résulter du travail inflammatoire subséquent se fasse avec facilité ; car si le liquide restait en contact avec les os, il pourrait les altérer et déterminerait de la sorte des accidents que l'on prévient en maintenant les lèvres de la plaie écartées. L'on peut aussi, avec avantage, exercer une compression légère sur la tumeur à l'aide de quelques compresses et d'un petit bonnet maintenu avec une mentonnière. L'on peut encore, si on le juge utile, recourir à l'emploi des résolutifs.

history-of-obgyn.com