

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE M. LE PROFESSEUR QUEIREL

## DU CÉPHALÉMATOME

Les hasards de la clinique nous offrent aujourd'hui l'occasion d'étudier une très intéressante affection du nouveau-né et je ne veux pas la laisser passer sans attirer votre attention sur les deux cas que je vous ai montrés ces jours-ci. Il s'agit d'une tumeur, appelée céphalématome, qu'on observe chez le nouveau-né, à la suite non pas d'accouchements laborieux, ayant nécessité des manœuvres offensives pour le fœtus, mais d'accouchements spontanés ou de simples applications de forceps. Ce n'est pas que dans les accouchements laborieux artificiels on ne puisse rencontrer le céphalématome ; mais alors il a un siège quelconque sur la tête, au lieu que son siège d'élection est toujours sur le pariétal droit, généralement au niveau de l'angle supérieur et postérieur. C'est en effet là que vous trouverez cette tumeur unique, mais qui exceptionnellement peut être double et siéger sur les deux pariétaux, en deux points symétriques. Plus rarement encore, le céphalématome peut être triple. Lefour et Oui en ont observé et publié un cas à Bordeaux.

Déjà le céphalématome n'est pas une tumeur commune et il est difficile de donner une proportion précise, d'après les statistiques, variables du reste. On trouve les chiffres de 1 sur 350, 1 sur 400 et même 1 sur 500. Des accoucheurs des plus répandus comptent les cas qu'ils ont observés dans leur pratique. Notre maître le professeur Seux, à la tête d'un service d'enfants assistés, en cite 13 cas sur 5,674 enfants qui lui ont passé entre les mains.

Cette intéressante affection, connue depuis longtemps, n'a vu son histoire s'éclairer que depuis quelques années. On en trouve en effet des descriptions vagues dans A. Paré, Mauri-

Céphalématomes observés à la Clinique et à la Maternité de Marseille, en 1899.



FIG. 1. — Céphalématome simple.



FIG. 2. — Céphalématome double.



FIG. 3. — Céphalématome double.



FIG. 4. — Céphalématome double, surmonté d'une tumeur sanguine.

ceau, Ledran, Levret, Osiander, Siebolt, etc. Néanmoins, on a longtemps confondu la tumeur avec un grand nombre de maladies siégeant à la tête et on la désignait sous le nom de bosses sanguines, d'abcès sanguins des nouveau-nés. Gooch, en 1795,

en Angleterre, en a donné une bonne description, mais c'est Nægelé, d'Heidelberg, qui lui a imposé le nom de céphalématome. Zeller, Burchard, en Allemagne ; Michaelis, en Italie ; Drepp, en Russie, et, en France, Valleix, puis Seux, de Marseille, Dubois, Nélaton, ont attaché leurs noms à la maladie dont nous nous occupons.

Nous définirons donc, avec eux et après eux, le céphalématome : un épanchement de sang, entre le périoste et l'os, épanchement de sang collecté et formant saillie au-dessus des bosses pariétales ou plus souvent d'une seule, pour les raisons que je vais vous dire.

Si vous étudiez, couche par couche, la région de la voûte du crâne, vous trouvez : 1° le cuir chevelu et au-dessous de lui du tissu cellulaire plus ou moins serré ; 2° l'aponévrose épicroânienne qui unit les muscles superficiels, frontal et occipital ; 3° au-dessous le périocrâne ou périoste appliqué directement sur l'os ; 4° l'os lui-même ; 5° la dure-mère considérée comme un périoste profond et enfin, 6° les centres nerveux encéphaliques. Eh bien ! c'est entre le périoste et la face convexe de l'os que l'on trouve toujours dans les autopsies le petit épanchement sanguin dont la quantité varie de 4 à 40 grammes ou même beaucoup plus, 60, 100 et 200 grammes. Cet épanchement sanguin qui a décollé le périoste est toujours limité à cause de la constitution anatomique de la région. Si vous cherchez à dénuder l'os, en détachant le périoste, vous trouverez la chose facile sur presque toute sa surface, à cause d'une laxité particulière, notée par tous auteurs ; mais au niveau des bords de cet os, au niveau des sutures, vous trouverez le périoste adhérent intimement aux portions sous-jacentes et c'est là ce qui expliquera la limite du décollement. De plus, les vaisseaux sanguins présentent au niveau des bosses crâniennes une friabilité plus grande et se laissent facilement déchirer par le frottement. D'où épanchement sanguin liquide au début et subissant, là, tous les phénomènes consécutifs à tous les épanchements, depuis la coagulation jusqu'à la résorption. Quant à l'état dans lequel on trouve la surface de l'os, les auteurs varient dans leurs appréciations.

Tandis que Nægelé, Zeller, Iløere, l'on trouvée toujours lisse et polie, Valleix prétend l'avoir toujours vue avec son aspect fibreux et rayonné. Il y a noté un petit pointillé rouge, dû aux petites ouvertures qui donnent passage aux vaisseaux. Il y a signalé, çà et là, des rugosités, de petites productions osseuses, saillantes, irrégulières et adhérant fortement à l'os ; mais il n'y a trouvé aucune altération de la nature de celles qu'ont décrites Michælis et Paletta (carie, nécrose). Ces derniers ont aussi parlé de l'érosion de la table externe ; or, Nélaton a fort bien fait remarquer qu'à cet âge la table externe n'existait pas. Baron a trouvé une fois une fissure de l'os faisant communiquer le céphalématome avec une collection sanguine siégeant sur la dure-mère, d'où le nom que vous trouverez quelquefois dans les auteurs : céphalématome sus-méningien ou céphalématome interne. C'est là une complication rare, d'un diagnostic incertain, et que les phénomènes généraux seuls pourraient nous faire soupçonner.

Outre la raison anatomique que nous venons de signaler, qui est la même pour tous les fœtus, on peut se demander quelle est la cause de cette affection ?

Féré, en 1878, proposa de ne considérer le traumatisme que comme une cause secondaire, déterminante, n'aboutissant à la production du céphalématome que lorsqu'il existe des fissures crâniennes : aussi bien celles signalées par Gerdy que celles indiquées par Broca, ou même d'autres fissures constituées par un arrêt de développement, ou un défaut d'accolement des fibrilles osseuses qui les limitent. Que sous l'influence d'un traumatisme il se produise un écartement de la fente, ou une fracture qui allonge la fissure préexistante, le sang s'épanche entre la surface de l'os et le péricrâne, le céphalématome est constitué. A l'instigation et sous la direction de M. Pinard, Hamon fit en 1887, pour sa thèse, des expériences qui lui permirent de vérifier que, conformément à la théorie de Féré, le traumatisme seul ne suffit pas à entraîner la production du céphalématome ; qu'il faut encore que le sujet y soit prédisposé par des fissures crâniennes plus ou moins accentuées. Ces conditions remplies, le trauma-

tisme par glissement serait celui qui aboutirait le mieux à la déchirure des vaisseaux et, suivant M. Pinard, ce traumatisme par glissement se produirait surtout chez les nouveau-nés ayant de longs cheveux, par les tiraillements qu'ils peuvent exercer au cours de l'accouchement sur le cuir chevelu et les tissus sous-jacents.

Quoi qu'il en soit, voyons maintenant les caractères cliniques du céphalématome dont quelques-uns sont pathognomoniques et que nous allons retrouver chez nos petits malades. L'apparition de la tumeur n'a le plus souvent lieu que vingt-quatre ou quarante-huit heures après la naissance : ce qui déjà la différencie de la bosse séro-sanguine qui est produite avant la naissance. La tumeur dont nous nous occupons est molle, fluctuante, indolore, irréductible et ne présente, au moins dans la grande majorité des cas, aucun changement de coloration à la peau. Tumeur ne dépassant jamais les sutures ; caractère sur lequel avait insisté Nélaton, sur lequel aussi insista Pinard et dont vous savez la raison.

Quand il y a deux céphalématomes, et notre petit bébé de la Maternité nous en est un exemple type, ils sont toujours séparés par un sillon au niveau de la suture sagittale, ce qui donne au crâne, vu par derrière, un caractère natiforme. L'évolution de la tumeur, si on suit le malade pendant quelques jours, a un caractère important et sur lequel j'appelle particulièrement votre attention. Vous le constaterez chez nos deux enfants : c'est la production d'un bourrelet osseux à la périphérie de la collection sanguine qui pourrait, à un examen superficiel, faire croire à un enfoncement de l'os. Ce bourrelet sera circulaire, excepté si le céphalématome par son volume occupe presque l'os tout entier, cas où il est en forme de croissant, la continuité de ce bourrelet s'interrompant au niveau du bord de l'os, près des sutures. Bouchacourt (de Lyon), le père, n'a pas craint, tant le phénomène est constant, d'avancer cette proposition : toutes les fois qu'une tumeur du crâne, chez un nouveau-né, sera entourée d'un bourrelet osseux, on sera sûr d'être en présence d'un céphalématome.

Au point de vue clinique, vous assisterez à une augmentation de la saillie de la bosse que les parents de l'enfant n'auront pas manqué de constater et ils s'en affligeront, croyant à une aggravation de la maladie. Il faut les rassurer et les prévenir même que cet accroissement du volume de la tumeur est un phénomène naturel. La sécrétion osseuse qui aboutit sur les bords à la formation du bourrelet a son équivalent sur toute la face interne du péricrâne soulevé et le périoste va se comporter ici comme dans les cas si bien mis en lumière par Ollier, c'est-à-dire la sécrétion du tissu osseux. Sa face interne, d'abord grenue, présentera de petites aiguilles osseuses qui iront de sa face profonde à la surface de l'os, et c'est alors que ces petits amas de cellules, s'accroissant petit à petit, acquerront le volume d'une lentille et, se réunissant, transformeront le péricrâne en une lamelle osseuse, flexible, donnant la sensation d'une lame de fer blanc, ou, comme l'a fait remarquer Virchow, à de petits os wormiens. Ainsi un céphalématome dont on n'aura pas troublé l'évolution par une intervention intempestive, finira par s'entourer d'une coque osseuse.

Vous avez eu très nettement cette sensation chez nos deux petits malades. Je dois cependant vous faire observer que si celui de la Maternité reproduit le type exact du tableau clinique que je viens de vous exposer, celui de la clinique présente une variante qui ne laisse pas de nous intriguer quelque peu. En effet, voilà un céphalématome double qui en a tous les caractères, sauf un, mais peut-être le plus important. Nous sentions la fluctuation non seulement quand nous la cherchions séparément de chaque côté, mais encore d'un côté à l'autre : c'est un cas absolument rare qui ne peut s'expliquer que d'une façon. Chez ce petit malade, il y a un céphalématome double, mais il y a aussi autre chose et cette autre chose est une tumeur sanguine superposée aux céphalématomes, qui a son siège sous l'aponévrose crânienne, au-dessus du périoste. Il y a ici deux épanchements sanguins superposés et qui n'ont pas de communication en épaisseur. Pajot donne de ces tumeurs auxquelles, avec Nélaton et bien d'autres auteurs, il refuse le nom de céphalématome

sous-aponévrotique, les caractères suivants : bosse molle et fluctuante dans un point, plus ferme et plus œdémateuse à sa périphérie, ayant de la tendance à s'étaler à sa base et constituée à la naissance après un accouchement pénible. Si vous ajoutez à tous ces signes ceux incontestables qui nous ont révélé le double céphalématome chez notre bébé, vous vous rendrez compte de ce cas particulier. La fluctuation qui va ainsi d'une bosse pariétale molle à l'autre est sus-jacente à l'épanchement sanguin sous-périosté et vous vous rappelez qu'au moment de sa naissance cet enfant se distinguait par une tête très allongée. Ce dessin, où l'on a marqué par un trait la bosse sanguine, le fait ressembler à un enfant de chœur avec sa petite calotte.

Vous avez bien compris, n'est-ce-pas, qu'en parlant de cette tumeur sanguine je n'ai pas voulu entendre la bosse séro-sanguine qui s'observe dans presque tous les accouchements et qui est toujours en rapport avec la présentation et la position, et ce rapport est si constant que vous l'observez, cette bosse séro-sanguine, non seulement sur le crâne dans les présentations du sommet, mais sur la face, sur le siège ou sur le dos, suivant les présentations.

Le caractère distinctif de cette bosse séro-sanguine, c'est d'abord qu'elle n'est pas formée par du sang pur, comme le céphalématome, mais par de la sérosité sanguinolente. Ensuite elle imprègne tous les tissus et non seulement, comme l'avait avancé Tarnier, le tissu cellulaire sous-cutané. Varnier, dans une pièce congelée, a montré que la sérosité imprégnait jusqu'au périoste qui en était imbibé ; Pinard va plus loin, et, s'appuyant sur de nombreuses autopsies, affirme que l'os lui-même est imprégné jusqu'à sa face interne et au delà. Mais cette tumeur elle-même est molle, point fluctuante ; le doigt y laisse son empreinte, comme dans l'œdème. Elle apparaît dès la sortie du fœtus, puisqu'elle se forme avant son expulsion, et disparaît peu de temps après la naissance, un ou deux jours après. Puis, à sa disparition, jamais de bourrelet osseux ; jamais de limite, comme dans le céphalématome, au bord des os. On

peut dire, en quelque sorte, que les caractères de la bosse séro-sanguine sont juste le contraire de ceux du céphalématome. Comme genèse, elle est due à la compression circulaire à la base de la partie qui correspond au vide du bassin, dans l'engagement, et, en rapport avec le temps qu'a mis la présentation à descendre, à tourner ou à sortir. M<sup>me</sup> Lachapelle a très bien exposé le mécanisme de sa production, je n'y insiste pas.

Vous ne pourrez pas confondre le céphalématome avec l'encéphalocèle ou la méningocèle. Celles-ci ont toujours leur siège au niveau des sutures, là où ne siège jamais le céphalématome. Elles sont compressibles, réductibles et produisent, quand on les comprime, des phénomènes généraux, principalement du côté de la respiration, quelquefois des mouvements convulsifs. Elles sont animées de battements en rapport avec l'expansion du cerveau ou du liquide céphalo-rachidien.

Les loupes du cuir chevelu sont rares à cet âge. Elles sont d'ailleurs mobiles et dures, plus limitées ; quant aux abcès, ils s'accompagnent de rougeur à la peau, de chaleur et quelquefois de fièvre du petit malade ; la fluctuation n'a pas les limites que nous avons assignées à celles du céphalématome.

Avant de vous parler du pronostic et du traitement qui ont une grande corrélation entre eux, je dois mentionner deux complications : l'une fréquente, l'excoriation ; l'autre rare, la fracture. Cette excoriation peut avoir des conséquences graves, en ouvrant la porte à l'infection et à l'inflammation de la tumeur. Aussi conviendra-t-il de la soigner avec beaucoup de précaution, par des pansements antiseptiques, appropriés, je veux dire non toxiques pour un enfant de cet âge. La fracture nécessitera le redressement de l'os enfoncé et demande, par conséquent, une intervention immédiate et très délicate.

Quant au pronostic, il est toujours favorable depuis qu'on s'en tient à l'expectation comme traitement. La tumeur pourra bien augmenter pendant une quinzaine de jours, mais disparaîtra spontanément, deux, trois, six mois ou un an après. Quelquefois même, après un certain temps, ainsi qu'en a rapporté un cas très intéressant Kien, en 1883, à la Société de médecine



de Strasbourg, la disparition peut être brusque et surprendre l'observateur. Mais, en général, l'évolution vers la guérison est lente, parce que la vitalité des parties où s'est fait l'épanchement est relativement faible et que la collection sanguine, ne pouvant s'infiltrer dans le tissu cellulaire circonvoisin, ce qui faciliterait beaucoup sa résorption, n'est absorbée qu'avec une extrême lenteur. Il faut avoir de la patience, il faut la communiquer aux parents de l'enfant et, si jadis le pronostic, de l'avis de tous les chirurgiens, était grave, c'est à leur intervention qu'était due cette gravité. Topiques résolutifs, irritants, caustiques; compression, ponction, séton, incision, ont été conseillés et trop souvent employés, nous dirons inconsidérément. On discutait la valeur de tous ces moyens, mais on omettait l'expectation, comme moyen curatif. L'intervention, surtout avant la période de l'antisepsie chirurgicale, amenait le plus souvent des accidents sérieux et quelquefois mortels.

En 1869, Giraldès, dans sa 22<sup>e</sup> leçon clinique, après avoir présenté un premier enfant atteint de céphalématome et avoir décrit tous les caractères cliniques de la tumeur qu'on n'avait pas encore opérée, s'exprime ainsi sur un second petit malade : « L'autre dans lequel le bistouri est intervenu, sur la *foi des livres classiques*, nous a permis d'observer l'inflammation, la suppuration de la tumeur, puis consécutivement la *nécrose* d'une partie du pariétal et les autres désordres que vous avez pu constater. J'espère que cet exemple sera pour vous d'un bon enseignement ! » Et ces accidents arrivés à ce distingué chirurgien se sont renouvelés souvent entre les mains des plus habiles. Aussi depuis vingt-cinq ans, la pratique, la thérapeutique ont changé. Nous ne faisons plus rien. C'est la conduite que recommande Pinard qui a, dans ses leçons, plusieurs fois insisté sur l'abstention, comme traitement. Suivez cet exemple, vous n'aurez pas à le regretter; et prêchez cette croisade pour sauver bien des enfants qu'on voudrait encore opérer et qui vous devront la vie et la guérison.