

fréquence, suivant cet auteur, les régions temporale, pariétale, l'arcade sourcilière, la racine du nez.

Spring, sur 60 observations, a trouvé 41 cas de hernies occipitales et 14 cas de hernies frontales : dans les 5 autres cas, l'hydrencéphalocèle occupait divers points, tels que : le grand angle de l'œil, les fosses nasales, etc. Spring met complètement en doute l'existence des encéphalocèles des régions temporales et pariétales.

Dans l'étude anatomo-pathologique de l'encéphalocèle, on doit examiner successivement : *a.* l'orifice herniaire, *b.* les enveloppes et le contenu de la tumeur.

*a. Orifice herniaire.* — On supposait autrefois que la hernie se faisait toujours à travers les fontanelles ou les sutures, ou encore à travers des espaces non ossifiés du crâne. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien et que, dans l'immense majorité des cas, c'est à travers une perforation des os qu'a lieu le passage de l'encéphale et de ces membranes.

Cet orifice (fig. 132), situé le plus habituellement fort près de la ligne médiane, mais non tout à fait sur cette ligne, de forme allongée, ovale

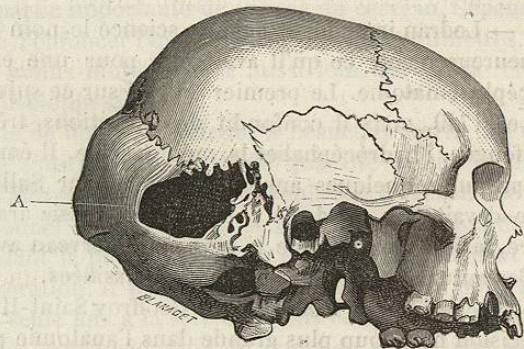


FIG. 132. — Crâne d'un sujet atteint d'encéphalocèle. — A, orifice herniaire (Musée Dupuytren).

ou quadrilatère, d'une étendue de quelques millimètres à plusieurs centimètres, a des bords tantôt lisses, tantôt rugueux, déchiquetés, irréguliers. Il est généralement unique, rarement double. Dans certains faits tératologiques, on ne trouve pas d'orifice herniaire à proprement parler ; il y a une vaste ouverture, sorte d'éventration crânienne à travers laquelle a passé soit le cervelet tout entier, soit une portion considérable de l'encéphale ou même tout l'encéphale, comme dans la notocéphalie.

*b. Enveloppes et contenu.* — Relativement à la nature des enveloppes et du contenu de la tumeur, on doit distinguer trois variétés : 1° la hernie simple de l'encéphale ou *encéphalocèle proprement dite* ; 2° la hernie des méninges ou *méningocèle* ; 3° la hernie de l'encéphale avec complication d'hydrocéphalie ventriculaire ou *hydrencéphalocèle*.

Les enveloppes de la tumeur sont constituées par la peau doublée

de son tissu cellulaire et les tissus fibreux sous-jacents y compris la dure-mère, dans les cas de *méningocèle*, et des autres enveloppes du cerveau, dans les cas d'*encéphalocèle* ou d'*hydrencéphalocèle*.

La peau, assez généralement saine, est quelquefois altérée. Souvent amincie, transparente, par suite de la distension forcée qu'elle a subie, parfois même éraillée dans les grosses hernies, elle est plutôt épaissie par des produits plastiques, ridée, rugueuse dans les petites encéphalocèles ou dans celles qui, primitivement volumineuses, sont revenues sur elles-mêmes par la résorption du liquide qu'elles contenaient. Il n'est pas très-rare de trouver des ulcérations et même de véritables eschares de la peau. Enfin, les vaisseaux cutanés sont assez souvent dilatés, variqueux, assez nombreux et assez développés pour constituer à la surface de la tumeur une sorte de tissu érectile, et pour avoir pu donner lieu à des hémorragies mortelles.

Les différentes couches cellulaires et fibreuses sous-cutanées sont rarement distinctes ; elles adhèrent très-fréquemment ensemble et avec la peau, à ce point qu'il devient impossible de les séparer. Quelquefois, entre ces différentes couches, on trouve des kystes uniloculaires ou multiloculaires renfermant des produits de nature variée.

La dure-mère très-habituellement saine, quelquefois épaissie, contracte fréquemment des adhérences avec le pourtour de l'orifice herniaire. Dans quelques cas exceptionnels où la peau manquait, soit qu'elle eût été détruite par une eschare résultant de la tension exagérée du sac et de la nutrition insuffisante des téguments, soit par une autre cause, la dure-mère constituait seule la paroi externe du sac ; elle était dans ce cas rouge et épaissie.

Quelquefois la dure-mère, éraillée ou ulcérée, laisse passer une portion de l'encéphale ; dans ce cas, la peau et le péri-crâne constituent seuls les enveloppes de la hernie.

Les sinus, qui sont moins extensibles que le sac, et par conséquent ne se prêtent pas aussi bien que lui à la distension, forment souvent des brides saillantes qui partagent la tumeur en deux ou trois lobes. Cette disposition est surtout remarquable dans les hydrencéphalocèles de la région occipitale.

L'arachnoïde fait partie du sac dans l'encéphalocèle proprement dite et dans l'hydrencéphalocèle. Elle est souvent épaissie et offre des brides, des fausses membranes, en un mot, des traces d'inflammation chronique.

Dans la *méningocèle*, la tumeur est constituée exclusivement par un liquide clair et transparent dont la quantité varie de quelques grammes à plusieurs litres. Ce liquide communique souvent avec celui de la cavité arachnoïdienne du crâne par l'orifice herniaire. Toutefois, comme cet orifice est susceptible de se rétrécir, de s'oblitérer même, il peut en résulter une indépendance plus ou moins complète du contenu de la poche herniaire avec la cavité crânienne. Un cas curieux à cet égard est

celui cité par Penada (1) dans lequel l'orifice herniaire était pourvu d'une valvule faisant soupape, laquelle permettait à la sérosité de sortir goutte à goutte du crâne, mais ne lui permettait pas d'y rentrer. Quelquefois, dans le cas de méningocèle, il existe un léger engagement du cerveau à travers l'ouverture osseuse du crâne, une sorte de pointe de hernie.

Dans l'*encéphalocèle proprement dite*, cette proéminence du cerveau est plus accusée. Il y a une portion plus ou moins considérable de l'encéphale définitivement sortie du crâne. La substance cérébrale est d'ailleurs parfaitement saine. On peut ne trouver dans le sac herniaire que la portion de cerveau qui s'y trouve engagée, ou bien au devant de la hernie encéphalique existe en quantité plus ou moins considérable de sérosité.

Dans l'*hydrencéphalocèle*, on rencontre quelques autres dispositions anatomiques. Le plus souvent, en ouvrant le sac, on tombe dans une cavité plus ou moins irrégulière contenant une certaine quantité de liquide; mais ici il y a une distinction à établir: tantôt, en effet, ce liquide est extérieur à l'encéphale, tantôt il est intra-encéphalique et la cavité ouverte n'est autre qu'un ventricule qui s'est dilaté en refoulant excentriquement la substance nerveuse, à ce point que celle-ci ne forme plus qu'une couche d'une épaisseur à peine appréciable et que les parois des ventricules sont venues s'accoler et adhérer aux enveloppes tégumentaires. D'autres fois, on trouve du liquide à la fois en dehors et en dedans de l'encéphale. Une perforation, un trajet fistuleux plus ou moins long fait communiquer la sérosité intra et extra-ventriculaire. Dans quelques cas, entre la dure-mère et l'arachnoïde, au lieu de cette sérosité contenue dans une poche unique que nous avons signalée, on rencontre des kystes hydatiformes ou loges limitées par des brides et cloisons cellulo-fibreuses et pouvant contenir, soit de la sérosité, soit un tissu solide, spongoïde, dont les caractères histologiques n'ont pas été déterminés.

La pie-mère, enfin, qui recouvre immédiatement l'encéphale, est généralement épaisse, rouge et villose. C'est le plus souvent une portion plus ou moins considérable des lobes postérieurs du cerveau qui entre dans la constitution de la hernie; assez fréquemment, c'est tout ou partie du cervelet (fig. 133); ailleurs, mais plus rarement, ce sont les lobes antérieurs.

Les circonvolutions cérébrales sont assez souvent effacées, dépliées, blafardes, comme macérées; toutefois, dans les volumineuses hernies occipitales qui font transition aux ectopies, le relief des circonvolutions et les anfractuosités qui existent entre elles sont conservés. L'aspect extérieur du cervelet, quand celui-ci fait partie des hernies, est également normal.

Tantôt la substance cérébrale herniée forme une masse unique, ailleurs elle est fragmentée, parfois même quelques-uns de ces fragments nagent isolés dans le liquide qui les environne (fig. 134).

Une cavité plus ou moins considérable, plus ou moins régulière, existe

(1) *Saggio d'osservazioni t memorta*. 1793. t. I. p. 15.

au milieu de la portion de l'encéphale que l'on trouve dans la hernie. Cette cavité, due à la dilatation d'une partie d'un ventricule, communique tantôt par une large ouverture avec le reste du ventricule contenu dans le crâne, tantôt par un pertuis étroit, plus ou moins sinueux, sorte de fistule cérébro-ventriculaire. Cette fistule peut s'oblitérer; de là, ces prétendus kystes cérébraux circonscrits, distincts des ventricules, qu'on a décrits dans les hydrencéphalocèles. L'épaisseur de la couche de sub-

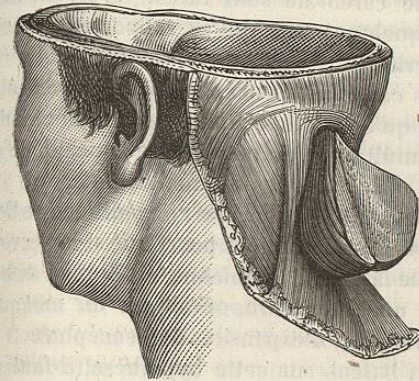


FIG. 133. — Hernie du cervelet (musée Dupuytren).

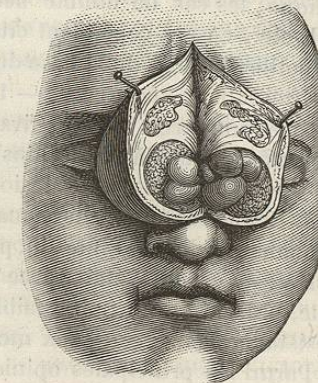


FIG. 134. — Hernie du lobe antérieur du cerveau (musée Dupuytren).

stance nerveuse qui forme les parois de cette cavité centrale est très-variable. Quelquefois, ainsi que nous l'avons dit, c'est à peine si l'on peut trouver des traces de tissu cérébral sur les parois de la cavité.

La séreuse ventriculaire est généralement épaissie, rougeâtre, offrant sur ses parois des plaques opaques et des villosités nombreuses.

La partie de l'encéphale herniée se continue d'ordinaire avec celle qui est restée dans le crâne par un pédoncule plus ou moins large qui traverse l'ouverture osseuse; mais, dans les très-volumineuses hernies, la portion extra-crânienne de l'encéphale se continue directement sans ligne de démarcation, sans rétrécissement, sans pédicule, avec la portion renfermée dans la boîte osseuse.

L'encéphale, outre les lésions propres à la maladie qui nous occupe, présente fréquemment diverses autres altérations; ainsi, il est parfois asymétrique, non divisé, imparfait dans son développement. Certaines parties peuvent manquer; les corps striés, les couches optiques, les commissures, peuvent être détruits; le cervelet est souvent rudimentaire, atrophie. Les faux du cerveau, du cervelet, manquent quand il y a fusion des hémisphères; la ténue du cervelet existe à peine dans la hernie de cet organe.

Des vices de conformation variés accompagnent très-souvent l'encépha

locèle. Ainsi, le crâne est fréquemment déformé dans les grosses hernies, tantôt plus petit (*microcéphalie*) avec aplatissement allant jusqu'à la difformité connue sous le nom de tête de chat, de tête de crapaud, tantôt plus grand (*macrocéphalie*), tantôt oblique quand un lobe entier sort de sa cavité.

Il n'est pas rare également de rencontrer avec l'encéphalocèle un spina bifida, un bec-de-lièvre, un pied-bot, ou enfin l'arrêt de développement de quelque organe, ou sa malformation.

Nous terminerons en disant que l'encéphalocèle est généralement unique; les cas de double hernie cérébrale sont rares. W. Lyon, Rip-pol, etc., en ont cependant cité quelques faits qui se rapportent tous à de petites hernies de la base du crâne.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Les causes de l'encéphalocèle peuvent être rangées sous trois chefs, suivant qu'on attribue son développement à des lésions du crâne, à des lésions simultanées du crâne et de l'encéphale ou de ses membranes, à des lésions encéphaliques ou méningées.

a. Établissant une fausse analogie entre les hernies congénitales de l'encéphale et celles de l'intestin, plusieurs auteurs ont pensé que si le cerveau sortait du crâne, c'était parce que la cavité crânienne était mal défendue, présentait un point faible, une ouverture, offrait, en un mot, une résistance insuffisante aux mouvements d'expansion de l'encéphale.

Parmi les principales opinions basées sur cette hypothèse, il faut signaler : le défaut congénital d'ossification du crâne attribué, soit à un arrêt de développement, soit à une maladie de la boîte crânienne. Presque tous les auteurs qui ont traité de l'encéphalocèle ont soutenu que l'ossification incomplète des os du crâne devait être considérée sinon comme la cause occasionnelle, du moins comme la prédisposition la plus puissante à la hernie cérébrale.

Cette théorie ne saurait être adoptée; en effet, chez les hydrocéphales, il est de règle de voir de larges portions du crâne non ossifiées, et cependant l'encéphalocèle ne se rencontre chez eux qu'à titre exceptionnel. D'ailleurs, comme le fait remarquer Malgaigne (1) contrairement à la doctrine professée par Boyer, J. Cloquet, Velpeau, etc., si c'était à travers un espace non ossifié du crâne que se fit la hernie, la membrane interosseuse devrait faire partie des enveloppes de la tumeur et se continuer à la base de celle-ci avec les os, ce qui n'a pas lieu.

Enfin, l'observation rigoureuse des faits montre de la façon la plus péremptoire que l'ossification du crâne des sujets atteints d'encéphalocèle est aussi régulière et aussi normale qu'elle l'est chez les autres enfants.

Toujours guidés par cette même idée, la majorité des chirurgiens regardant les fontanelles et les sutures comme des points de moindre résistance du crâne, les considéraient comme des voies facilement ouvertes à l'issue de l'encéphale.

(1) *Anat. chirurg.*, 1838, t. I, p. 321.

Malheureusement pour cette théorie, il est parfaitement démontré, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que la hernie cérébrale ne se fait pas par les fontanelles ni par les sutures. D'ailleurs, le peu de valeur de cette opinion saute aux yeux si l'on réfléchit que tous les enfants naissent avec des fontanelles non ossifiées, et que, cependant, l'encéphalocèle est une affection excessivement rare.

On a cru aussi à l'aide de la théorie de l'arrêt de développement, soutenue avec talent par Meckel (1), expliquer un certain nombre de hernies occipitales. On supposait que du défaut de réunion des deux moitiés latérales de l'occipital résultait une fissure primaire de cet os, analogue à celle que présente la colonne vertébrale dans le spina bifida, et qu'à travers cette fissure pouvait s'engager l'encéphale.

Cette théorie s'appuie sur une erreur anatomique : ce n'est pas sur la ligne médiane, ainsi que Spring l'a établi, mais latéralement, que se font les encéphalocèles.

Enfin Bruns a émis l'idée que la hernie pourrait bien résulter du défaut de rapport qui existerait entre un crâne trop petit et un cerveau normalement développé. Holmes (2) a réfuté cette opinion qui, d'ailleurs, ne s'appuie sur aucune preuve.

Comme on le voit, les théories émises plus haut (à part celle de Bruns) fussent-elles vraies, ne pourraient tout au plus servir qu'à expliquer pourquoi l'encéphale sort plutôt en certains points qu'en d'autres; mais elles sont insuffisantes à faire comprendre pourquoi le cerveau sort du crâne.

b. Comprenant que le défaut de résistance de l'enceinte crânienne ne pouvait jouer que le rôle de cause prédisposante, mais qu'on ne devait pas y voir la cause efficiente de l'encéphalocèle; plusieurs auteurs ont imaginé des théories mixtes, dans lesquelles ils ont fait jouer un rôle à la fois aux lésions du crâne et aux lésions de l'encéphale.

Ainsi Malgaigne et les auteurs du *Compendium* pensent que certaines encéphalocèles peuvent être dues à une formation irrégulière des os et de l'encéphale dont une partie se serait développée primitivement en dehors du crâne largement ouvert. Il n'y aurait pas, à proprement parler, de hernie, puisque la masse de substance nerveuse renfermée dans le sac n'aurait jamais été contenue dans le crâne. Cette opinion que rien ne justifie, s'appuie sur l'existence de cette monstruosité désignée sous le nom de notocéphalie, dans laquelle le crâne ne contient que du liquide, le cerveau étant renfermé dans un kyste extra-crânien.

Une autre hypothèse est celle qui attribue l'encéphalocèle à des traumatismes intra-utérins, tels que coups sur le ventre de la mère, chutes, etc. On supposait que, sous l'influence de cette violence, la tête de l'enfant heurtant les parois du bassin, il s'ensuivait une rupture de la dure-mère

(1) Meckel, *Handbuch der pathologischen Anatomie*, t. I, 1812.

(2) *Surgical Treatment of Children's Diseases*. London. 1868.

et une solution de continuité des parois du crâne à travers laquelle se ferait la hernie. Un fait rapporté par Roux prouve tout au plus une coïncidence, et rien de plus.

Une théorie bien autrement sérieuse est celle émise par Corvinus qui créa l'expression l'hydrencéphalocèle, et vit dans l'hydrocéphalie la grande cause de la sortie du cerveau hors du crâne. Corvin eut seulement le tort de faire jouer aux fontanelles et aux sutures un rôle qu'elles ne jouent pas, et de trop se préoccuper de la résistance insuffisante du crâne. En outre, ignorant les variétés d'encéphalocèle que nous connaissons, il ne pouvait distinguer leurs mécanismes divers.

c. Les travaux de R. Adams sur l'encéphalocèle simple, ceux de Spring sur la méningocèle, ont achevé de fixer la question.

Il est maintenant à peu près généralement admis que c'est dans une affection de l'encéphale ou de ses enveloppes, ou, pour être plus précis, dans une *hydrotécephalie arachnoïdienne ou ventriculaire limitée*, que l'on doit voir la cause de la hernie du cerveau et de ses enveloppes.

La *méningocèle* résulte d'une hydropisie de l'arachnoïde. Les causes de cette hypersécrétion sont encore mal connues : on a invoqué, et c'est ce qui paraît encore le plus probable, une inflammation circonscrite de l'arachnoïde ayant pour résultat des adhérences entre les deux feuillets de cette séreuse et la formation d'une sorte de poche intra-crânienne, plus ou moins close, dans laquelle s'amasse de la sérosité arachnoïdienne. Ce liquide détermine une tension plus ou moins considérable de cette poche et conséquemment une pression continue contre un point circonscrit du crâne. Or, c'est une loi générale d'anatomie pathologique que les parties dures cèdent devant la pression des parties molles : l'os subit un travail régressif, s'use et se perfore ; c'est ce qui arrive ici. La sérosité accumulée dans un point limité de la cavité crânienne sort par la trouée osseuse qui vient de se faire, en poussant au-devant d'elle la dure-mère ainsi que les téguments sous-jacents, et la méningocèle est constituée.

Spring, d'ailleurs, a parfaitement réfuté l'erreur qui consistait à admettre que la hernie se fait à travers les fontanelles ou les sutures. Cet auteur insiste sur la résistance qu'oppose le tissu fibreux à la perforation. Il cède, dit-il, et ne se déchire pas ; l'os, au contraire, s'use, et se troue. En outre, l'orifice herniaire ne présente jamais la forme ni les dimensions des fontanelles, et ses bords érodés témoignent de l'usure de l'os.

Les cas, d'ailleurs mal observés, où la hernie a paru se faire à travers les sutures ou les fontanelles ne prouvent rien : on peut dire que la perforation s'est faite là, parce qu'elle devait s'effectuer en ce point, qu'il y eût ou non une fontanelle ou une suture. Aussi, dans ces cas, voit-on que la membrane n'a point cédé, et que la perforation porte autant sur elle que sur l'os voisin qui est échancré.

L'*encéphalocèle simple* est une conséquence possible de la méningocèle, comme R. Adams l'a fait le premier remarquer, non pas que la hernie des

méninges entraîne forcément une encéphalocèle, mais celle-ci ne se produit qu'autant qu'elle a été précédée d'une méningocèle.

La hernie simple de l'encéphale n'existe pas d'ailleurs avant la naissance ; car, pendant la vie fœtale, aucune cause propulsive ne tend à faire sortir du crâne un cerveau sain, mais plus tard, sous l'influence de la respiration, de la circulation, des cris, des efforts, l'encéphale peut tendre à s'engager dans l'orifice qui a déjà donné passage à la dure-mère.

Il est à remarquer que la hernie ne se produit pas en une seule fois ; sous l'influence d'un effort, une petite portion du cerveau peut bien s'engager dans le sac, mais elle rentrera dans le crâne dès que l'effort aura cessé. Ce n'est qu'au bout d'un certain nombre de ces sorties et rentrées successives, que la réduction de plus en plus difficile finit par devenir impossible ; à ce moment, l'encéphalocèle est définitivement constituée.

L'*hydrencéphalocèle*, due à l'hydropisie d'une portion limitée des ventricules ou de leurs prolongements, se rapproche assez par son mode de production de la méningocèle. En effet, sous l'influence de l'accumulation d'un liquide exerçant une pression excentrique sur une portion circonscrite d'un ventricule, celui-ci se dilate, ses parois s'amincissent et viennent bientôt se mettre en contact avec un point circonscrit du crâne, sur lequel elles exercent une pression continue, comme le faisait la poche arachnoïdienne dans la méningocèle.

Ici encore l'os s'use et se troue. Le lieu de la perforation est intimement lié au siège de la lésion ventriculaire. Spring, dans le tableau qu'il a dressé à ce sujet, a bien fait ressortir ce rapport.

1° Dans les hydropisies de la corne postérieure du ventricule latéral, la perforation siègeait entre l'angle supérieur de l'occipital et la protubérance de cet os ;

2° Dans les hydropisies du quatrième ventricule, la perforation siègeait au-dessous de la protubérance occipitale.

Nous ferons remarquer que le cas de Breschet, dans lequel la hernie se serait faite à travers le trou occipital considérablement agrandi, paraît être une erreur d'interprétation ; il est plus rationnel de penser qu'il s'agissait là d'une perforation de l'occipital au voisinage du trou médullaire de cet os avec lequel elle se serait confondue.

3° Dans les hydropisies de l'aqueduc de Sylvius et de la corne postérieure du ventricule latéral, l'orifice occupait à la fois les régions sus et sous-occipitales.

4° Quand c'était dans la corne antérieure des ventricules latéraux que siègeait l'affection, l'ouverture herniaire existait au point d'union des os du nez et du frontal, ou encore dans la région frontale, plus rarement à travers l'unguis. Dans ce cas, la hernie se montrait soit au front, soit à la racine du nez.

5° Si c'était au contraire la corne descendante du ventricule latéral qui était le siège de l'hydropisie, la hernie se frayait un chemin à travers

la fente sphénoïdale pour apparaître dans la région orbitaire, ou à travers la fente sphéno-maxillaire.

6° Dans le cas où le troisième ventricule était le siège d'une hydropisie, le corps du sphénoïde ou la partie interne de la grande aile de cet os était perforé, et la tumeur faisait saillie dans les fosses nasales, vers le pharynx.

7° Enfin (mais ceci est problématique), dans le cas où l'on suppose une accumulation de sérosité de liquide dans le bulbe olfactif, ce serait à travers la lame criblée de l'éthmoïde que passerait le cerveau. Spring révoque en doute les faits qu'on a cités à l'appui de ce dernier siège.

Billard a cité un cas où l'écaïlle du temporal aurait été remplacée par une énorme encéphalocèle; on ne doit voir là qu'une perforation produite par une méningocèle devenue adhérente.

Cette relation entre le lieu de la perforation osseuse et le siège de la lésion ventriculaire sur laquelle nous n'avons pas craint d'insister, donne l'explication d'un fait qui, de prime abord, paraît singulier: c'est la fréquence des perforations du crâne en des points très-épais, comme la protubérance occipitale, et l'immunité relative de parties beaucoup plus minces, comme les fosses occipitales.

On a cherché à quelles causes on pourrait attribuer le degré de fréquence de certaines variétés d'encéphalocèles. Plusieurs auteurs ont admis que si la hernie occipitale était si fréquente, cela tenait à la position déclive de la tête du fœtus dans le sein maternel.

Spring, qui se rallie à cette opinion, ajoute qu'on peut encore faire intervenir une cause organique. S'appuyant sur le développement des lobes cérébraux qui s'accroissent d'avant en arrière et ont leur maximum de croissance vers la deuxième moitié de la grossesse, et sur cette observation anatomo-pathologique que les organes sont d'autant plus disposés à l'hydropisie aiguë qu'ils sont dans la période de leur plus grande évolution, il en conclut: 1° que c'est du sixième au huitième mois que l'hydrocéphalie doit être le plus fréquente, et que ce sont les cornes postérieures des ventricules latéraux qui doivent surtout être atteintes; 2° que les hernies de la partie antérieure du crâne se faisant à une époque plus rapprochée de la conception, devraient s'accompagner plus fréquemment que les hernies occipitales de vices de conformation.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous devons examiner successivement les symptômes propre à la méningocèle, à l'encéphalocèle et à l'hydrocéphalocèle.

a. *Méningocèle*. — Elle se présente sous l'aspect d'une tumeur crânienne congénitale dans l'immense majorité des cas, pédonculée, c'est-à-dire rétrécie à sa base, indolente, non bosselée, fluctuante et habituellement transparente. Le volume moyen de cette tumeur égale celui d'un œuf de poule ou d'oie; il peut être plus petit et ne pas dépasser la grosseur d'un pois, ou, au contraire, atteindre celle d'un œuf de casoar (fig. 135).

Généralement ovoïde ou piriforme, la méningocèle revêt parfois des formes étranges; tantôt effilée, cylindrique ou claviforme, elle a donné lieu à ces fables d'hommes à cornes ou de porteurs de priapes susceptibles d'érection.

La peau qui recouvre ces tumeurs est amincie, transparente, sans chan-

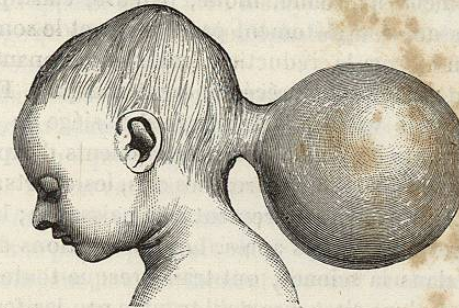


FIG. 135. — Méningocèle (Holmes).

gement de couleur, et présente quelquefois de légères éraillures à travers lesquelles se fait un suintement séreux.

La pression fait habituellement diminuer le volume de la tumeur, et peut parfois la faire disparaître entièrement; dans ce dernier cas, il est possible de sentir l'ouverture osseuse à travers laquelle s'est effectuée la hernie.

Quand on comprime une méningocèle, on ne sent habituellement ni battement, ni expansion, ni soulèvement, mais si cette compression est forte et continue, on détermine souvent un certain nombre de symptômes cérébraux, tels que: somnolence, stupeur, perte de mouvement et de sentiment, ou, au contraire, agitation, mouvements convulsifs, cris, vomissements.

Pendant le sommeil, la méningocèle diminue de volume; elle se tend, au contraire, sous l'influence des cris, des efforts, de la toux, de l'éternement, du vomissement.

D'ailleurs compatible avec l'exercice régulier des fonctions, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on voit les enfants qui en sont atteints abattus, prenant mal le sein et poussant de faibles cris.

La région occipitale est son siège de prédilection; beaucoup plus rarement, on la voit à la nuque ou au front, plus rarement encore, près de la fontanelle latérale postérieure.

b. *L'encéphalocèle proprement dite* revêt la forme d'une tumeur globuleuse, non pédiculée, aplatie, grosse comme un œuf de pigeon ou une bille de billard, non bosselée et recouverte par la peau saine.

R. Adams, qui le premier a donné une bonne description de l'encéphalocèle simple, qu'il regarde comme une conséquence, une complication de