

l'olfactif, l'oculo-moteur et la première branche du trijumeau; b) dans les tumeurs de l'hypophyse, entre le chiasma, l'oculo-moteur, la première branche du trijumeau, et l'abducteur; c) dans les tumeurs de la fosse moyenne, entre l'oculo-moteur, le pathétique et le chiasma, lorsque la tumeur se trouve au-dessus de la dure-mère, entre ces mêmes nerfs de l'œil et le trijumeau, lorsqu'elle est subdurale; d) enfin, dans les tumeurs de la fosse postérieure, entre le facial, le trijumeau, l'acoustique, le glosso-pharyngien, le vague, l'accessoire et l'oculo-moteur externe.

Le **diagnostic** a ici trois objectifs : existe-t-il réellement une tumeur cérébrale; quel est son siège; quelle est sa nature? La réponse à la première question est loin d'être toujours facile, surtout si l'on ne dispose que de symptômes généraux ou que de symptômes de foyer. Comme nous l'avons vu, le principal symptôme général est la céphalalgie; dans certains cas, elle existe seule, pendant des années, sans aucun signe qui puisse faire soupçonner une tumeur du cerveau; il est donc assez naturel qu'on pose alors le diagnostic de céphalalgie habituelle commune, ou d'hémicrânie : dans ces deux affections, la douleur céphalique peut atteindre une acuité extrême, devenir intolérable, seulement — et c'est l'unique circonstance qui puisse aider le diagnostic différentiel — dans l'hémicrânie et affections similaires, la douleur présente des rémissions, des accalmies complètes, tandis que chez les individus atteints de tumeur cérébrale, jamais la douleur ne cesse complètement. Il est d'autres cas, par contre, où le diagnostic se laisse poser *ex juvantibus* : lorsqu'une céphalalgie, aussi violente soit-elle, est favorablement influencée par certains médicaments, salicylate, bromure, caféine, on peut être convaincu qu'il n'existe aucune lésion anatomique sérieuse du cerveau; mais lorsque cette douleur résiste à tous les moyens thérapeutiques, on devra rechercher minutieusement s'il n'existe pas quelque symptôme de foyer, tel que la papille de stase d'un côté, qui puisse trahir éventuellement l'existence d'une tumeur. Qu'on n'oublie jamais que les cas de migraine pure, qui ne se laissent influencer par aucune espèce de traitement, sont, pour ainsi dire, des exceptions.

Il peut se faire aussi — bien que cela soit plus rare — que les convulsions constituent l'unique symptôme appréciable; on comprend que, si rien ne fait soupçonner une tumeur, et si ces convulsions se répètent pendant des mois, à intervalles assez modérés, on soit tenté d'admettre une épilepsie idiopathique. Ici encore, la thérapeutique devra nous éclairer : les

fortes doses de bromure ont généralement pour effet de diminuer le nombre et l'intensité des attaques d'épilepsie, parfois leur influence est frappante — ce même médicament restera sans résultat si les convulsions dépendent d'une lésion anatomique du cerveau.

Certains patients n'accusent que des vertiges et des vomissements, les troubles du sensorium, la céphalalgie, les convulsions faisant complètement défaut. En pareil cas, le diagnostic restera douteux; le vertige peut être dû à tant de causes, le vomissement se rencontre dans un si grand nombre d'affections, qu'il est réellement impossible de diagnostiquer une tumeur d'après ces seuls signes; on ne peut même conclure nécessairement, de leur présence, à une affection cérébrale; on peut les trouver réunis dans la maladie de Ménière, dans les affections nerveuses de l'estomac ou les maladies de la moelle épinière, le tabes, par exemple : dans certaines circonstances, les crises gastriques des tabétiques revêtent tout-à-fait les apparences des accès de vomissements de la tumeur cérébrale.

Au nombre des affections cérébrales que l'on pourrait confondre avec la tumeur, il faut citer l'abcès et la méningite. L'abcès se distingue avant tout par l'existence presque constante de mouvements fébriles bien apparents; dans l'occurrence, la papille de stase donnera de précieux renseignements. Si l'on y ajoute les rémissions, l'état général qui se maintient souvent excellent pendant des années, si enfin, on prend comme règle de n'admettre d'abcès cérébral qu'en présence de données étiologiques suffisantes, d'une affection purulente de l'oreille moyenne ou d'un traumatisme, par exemple, alors le diagnostic ne sera la plupart du temps pas difficile. Dans la méningite, c'est la fièvre qui domine, et bien que la papille de stase s'y rencontre beaucoup plus souvent que dans l'abcès, le délire précoce, l'agitation du malade constituent toujours des symptômes importants, précieux pour le diagnostic.

Le ramollissement cérébral chronique, dépendant d'une maladie des vaisseaux, et la sclérose lobaire du cerveau, se distinguent de la tumeur par l'absence de symptômes graves, leur marche d'ordinaire plus lente, l'apparition multiple des foyers de sclérose et l'absence de la papille de stase.

On pourrait enfin confondre la tumeur cérébrale avec la paralysie progressive (démence paralytique) et avec l'alcoolisme chronique; pour que cette confusion soit possible, il faut, naturellement, qu'il se produise des attaques apoplectiformes, que la céphalalgie manque ou à peu près, et que l'état intellectuel soit particulièrement affecté, les troubles

de langage, qu'amène la perte de la mémoire, dominant au contraire toute la scène. Le cours de l'affection dissipera bientôt les doutes : dans la paralysie, les idées de grandeur se font rarement attendre longtemps ; la désorientation complète, l'excitation violente, sont également propres à cette affection, tandis que dans la tumeur il se développe bien plutôt de la stupeur et de la somnolence. L'alcoolisme chronique se caractérise par le tremblement, l'apparition de maladies de l'estomac et du foie : avant tout, on tiendra compte des antécédents.

Le siège de la tumeur ne peut être déterminé que si l'on dispose de symptômes de foyer de quelque valeur. Nous savons déjà que ces symptômes manquent souvent, particulièrement, semble-t-il, lorsqu'il s'agit de tumeurs molles occupant les ventricules ou le lobe frontal ; on n'a alors que des phénomènes de compression générale. Il est certain qu'une bonne partie des ganglions de la base, les noyaux caudé et lenticulaire et la partie antérieure de la couche optique, de même que le corps calleux, la voûte à trois piliers, les plexus choroïdes et le cervelet — le vermis excepté — peuvent devenir le siège d'une tumeur sans qu'il se montre nécessairement de symptômes de foyers. Au contraire, les tumeurs situées dans la région motrice, le lobe temporal et le lobe occipital, le pulvinar (couche optique), le pédoncule cérébral, la protubérance, la moelle allongée et le vermis du cervelet, provoquent souvent ces phénomènes de foyer si caractéristiques dont nous avons déjà donné la description. Rappelons encore que la destruction du pulvinar, ainsi que celle du lobe occipital, peuvent donner lieu à l'hémiopie ; que la paralysie précoce de l'oculo-moteur rend hautement probable la localisation de la tumeur dans le pédoncule cérébral, et qu'enfin, l'existence des symptômes généraux graves, de convulsions toniques sans perte de connaissance, le caractère titubant de la marche, permettent de supposer que le cervelet est atteint, et que le néoplasme en détruit particulièrement le vermis. En l'absence de symptômes généraux, les tumeurs de la moelle allongée peuvent emprunter le tableau clinique de la paralysie bulbaire : les vertiges y sont assez fréquents ; quant aux autres symptômes, ils sont variables et incertains ; souvent ils manquent complètement. La paralysie des abducteurs parle en faveur d'une tumeur de la fosse crânienne postérieure, nous avons vu antérieurement quels étaient les nerfs ordinairement intéressés dans ce cas.

S'il existe de l'amaurose, on examinera avec soin la réaction des pupilles à la lumière ; si elles réagissent, le nerf et les bandelettes optiques sont intacts, et il

ne peut être question que d'une lésion des voies optiques centrales ; leur réaction est-elle perdue ou considérablement affaiblie, on pourra conclure à une lésion du nerf ou des bandelettes. La réaction peut être normale malgré l'existence de la papille de stase, que l'on doit interpréter comme un fait accidentel venant s'ajouter à l'affection centrale. L'amaurose pourrait être interprétée comme hémiopie double ; l'examen de la réaction hémiopique de la pupille pourra nous renseigner à cet égard (v. p. 36).

La présence de symptômes de foyer ne suffit pas toujours pour rendre possible le diagnostic de localisation, surtout si les symptômes généraux acquièrent un développement et une gravité extraordinaires. Nous savons déjà que l'hémiplégie ne constitue pas toujours un symptôme de foyer, sa présence n'a donc aucune valeur pour le diagnostic topographique ; ajoutons enfin qu'il peut se produire divers effets éloignés, rendant illusoire toute tentative de localisation (v. *Jastrowitz*, bibl.).

La nature de la tumeur est, en certains cas, impossible à déterminer pendant la vie ; d'autres fois, au contraire, ce diagnostic ne présente aucune difficulté. A cet égard, la marche de l'affection offre souvent moins de points d'appui que les anamnestiques, l'existence d'affections antérieures, par exemple. On devra encore tenir compte de cette circonstance que certaines espèces de tumeurs ont, au cerveau, leurs endroits d'élection ; l'âge du patient, enfin, pourra fournir quelques renseignements.

Si le patient a des antécédents syphilitiques, on devra penser qu'il s'agit de gommages ; s'il est issu de tuberculeux ou de carcinomateux, il y aura de fortes présomptions en faveur d'un tubercule cérébral ou d'un carcinome secondaire. On pourra conclure, avec beaucoup de vraisemblance, au développement d'un tubercule solitaire ou d'une tuberculose multiple, lorsque, chez les enfants, il se montre des symptômes cérébraux chroniques, céphalalgie, convulsions, éveillant la pensée d'une tumeur. Alors même qu'il y aurait des signes d'une lésion des surfaces cérébrales, on devrait encore soupçonner la présence de tubercules ou de gommages, dont la préférence, pour cet endroit, est connue. Le siège de prédilection des sarcomes est la base, celui du gliome est la substance blanche, le centre semi-ovale.

Le **pronostic** des tumeurs cérébrales est généralement défavorable ; on peut, avec une quasi certitude, prédire que la mort surviendra un ou deux ans après l'apparition des premiers symptômes graves. On ne connaît pas de guérison spontanée, et

la régression, sous l'influence du traitement, ne se montre que très rarement, et seulement en cas de tubercules ou de gommes : il ne peut d'ailleurs exister de doutes sur la possibilité de ces régressions et sur la moindre gravité de ces deux espèces de tumeurs. En général, la marche de l'affection est constamment progressive, en dépit de toute intervention thérapeutique; les souffrances du patient se maintiennent toujours à un haut degré et ne deviennent un peu plus supportables que le jour où le sensorium s'entreprend davantage. La mort arrive parfois subitement, mais, d'ordinaire, le malade succombe à l'épuisement complet, après un marasme de longue durée.

Le **traitement** est impuissant dans l'immense majorité des cas : exceptionnellement, l'administration systématique de l'iodure de potassium, à la dose de 5 à 8 gr. par jour, dans du lait chaud, continuée pendant 1 1/2 — 2 mois, est couronnée de succès. Nous ignorons absolument comment agit ce médicament, si c'est par action directe de l'iode sur la tumeur elle-même, ou si on doit plutôt attribuer les résultats heureux de cette médication à l'influence qu'elle exercerait sur les conséquences de la tumeur, ramollissement, œdème, collection liquide dans les ventricules : en tous cas, les effets en sont parfois manifestes, non-seulement dans l'hypothèse de gommes, mais aussi — nous tenons à le faire remarquer — lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes d'une autre nature. Outre l'iodure de potassium, l'arsenic, longtemps continué, semble donner, dans certains cas, de bons résultats; cependant, on manque encore, à son sujet, d'expérience suffisante.

L'intervention opératoire, lorsqu'elle semble indiquée et praticable, est susceptible des mêmes observations que celles que nous avons émises à propos de l'abcès cérébral (p. 262). Si l'on possède des signes certains d'un épanchement ventriculaire, on pourra, dans le but d'abaisser la pression intracrânienne, essayer la trépanation et la ponction du ventricule latéral. La fosse postérieure du crâne est toujours un *noli me tangere* (Wernicke). La céphalalgie, le vertige et le vomissement seront traités symptomatiquement.

Bibliographie.

- Obernier, in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. XI, 1. Abtheilung.
Bernhardt, Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste. Berlin, Hirschwald, 1881.
Heubner, 3 Fälle von Tuberkelgeschwülsten im Mittel- und Nachhirn. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XII. 3. 1881.
Strümpell, Ein Fall von Gehirntumor mit centraler einseitiger Taubheit. Neurol. Centralbl. Nr. 16. 1882.

- Andry, J., Les tumeurs des plexus choroïdes. Revue de Méd. VI, 11, pag. 897. 1886.
Steinberg, Beitrag zur Localisation der Hirntumoren. Inaug.-Diss. Breslau 1886.
Heusser, Virchow's Archiv. Bd. 110, pag. 9. 1887. (Tumeurs de l'hypophyse).
Taubner, Ibid. Bd. 110, pag. 95. 1887. (Du lipome cérébral).
Daly, Brain, XXXVIII, pag. 234. 1887. (Tumeur de la glande pinéale).
Hutchinson, Ibid., pag. 223. 1887. (Néoplasmes dans le corps trié des deux côtés).
Brieger, Berl. kl. Wochenschr. Nr. 47. 1887. (Un cas de sarcome de la pie-mère).
Rossander, Hygiea, XLIX, 8. 1887. (Fungus duræ matris).
Birdsall, Philad. med. and surg. Reporter. LVI. 18. April 1887, LVI.
Churton, Brit. med. Journ. 28. May 1887.
Leclerc, Trois cas de tumeurs intracrâniennes. Revue de Méd. 12. 1887.
Sokoleff, Gliom des Centralnervensystems. Deutsches Arch. f. kl. Méd. Bd. 45, Heft 4, 5, pag. 433. 1887.
Jastrowitz, Beiträge zur Localisation im Grosshirn und deren praktische Verwerthung. Berl. kl. Wochenschr. XXIV, 49, 50. 1887.
Suckling, Lancet, II, 14. 1887.
Jackson, Hughlings, Brit. med. Journ., pag. 997. 1887.
Mills, Charles, Journ. of nerv. and ment. diseases. XIV, II, 12, 1887.
Schmidt-Rimpler, Arch. f. Augenheilk. XVIII, 2. 1887. (Gliome dans la protubérance, avec paralysie des muscles de l'œil et papille de stase).
Schweinitz, Philad. med. and surg. Rep. LVII, Oct. 1887. (Une tumeur de la glande pituitaire).
Rousseau, Encéphale. VIII, 1. 1888.

Appendice. Parasites du cerveau.

Parmi les parasites du cerveau, il convient surtout de mentionner les cysticerques et les échinocoques.

Les cysticerques ne sont reconnus la plupart du temps qu'à l'autopsie, soit qu'ils n'aient provoqué aucun symptôme pendant la vie, soit qu'ils aient réalisé un tableau morbide banal.

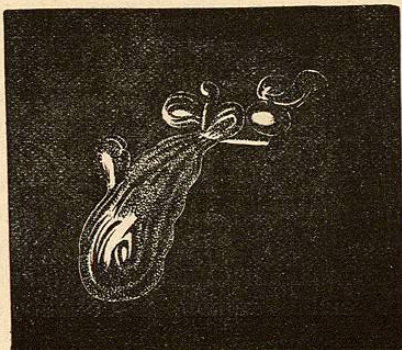
Leur kyste est rarement unique, on en trouve parfois jusqu'à cent, siégeant en partie dans les méninges, en partie dans la substance cérébrale grise ou blanche : on les a aussi trouvés libres dans les ventricules. Leur nombre peut être tel, que la surface du cerveau en paraît comme ensemencée. Leur volume varie entre celui d'une fève et d'une noisette; rarement, il est plus considérable. Le contenu du kyste est un liquide séreux; à un endroit un peu plus épais de la paroi se trouvent le cou et la tête; cette dernière, souvent pigmentée en noir, est reconnaissable à une couronne de crochets et à une petite ventouse. Les alentours du kyste sont entièrement normaux ou offrent des signes de ramollissement inflammatoire, surtout si le cysticerque est mort et altéré. Le kyste pousse quelquefois

des diverticules, ce qui donne lieu à une figure ramifiée en grappe, portant le nom de cysticerque racémeux (*Virchow, Marchand*). La durée de la vie des parasites est de 3 à 6 ans; après leur mort, ils se changent en une concrétion calcaire entourée d'une membrane conjonctive à l'intérieur de laquelle on peut reconnaître la présence de cholestérine et de graisse.

Les échinocoques se rencontrent le plus souvent sous forme de vésicules isolées, à la surface du cerveau et dans les ventricules; leur contenu, muqueux, jaunâtre, entouré de la paroi propre du kyste et d'une capsule conjonctive, peut, à la suite de déchirure, être évacué à l'extérieur par le nez, l'oreille, etc., ce qui donne lieu à une sorte de guérison spontanée.

Il est impossible d'assigner, aux cysticerques du cerveau, un tableau morbide particulier, les symptômes variant avec le siège des vésicules. Dans ces quatre dernières années, j'en ai observé 4 cas dans mon service, un seul avait été diagnostiqué pendant la vie, et encore n'était-ce pas grâce à des symptômes spéciaux,

Fig. 95.



Cysticerque racémeux. (D'après Marchand).

mais d'après des renseignements anamnestiques : le patient faisait grande consommation de viande de porc crue. Les 4 patients souffraient d'attaques convulsives épileptiformes avec ou sans perte de connaissance; deux d'entre eux offraient même de temps à autre une désorientation complète en dehors des attaques; il leur arrivait de rester, pendant des heures, sans se reconnaître, dans leur chambre de malade, ne reconnaissant plus leurs voisins, se trouvant, enfin, dans un état que l'on devait considérer comme l'équivalent d'une attaque épileptique, eu égard à sa reproduction fréquente. Jamais, chez aucun d'eux,

on n'observa de troubles moteurs, par contre, ils accusaient tous de la céphalalgie et des vertiges. Chez l'un, on découvrit 3 vésicules, du volume d'un pois, à l'intérieur des noyaux lenticulaire et caudé du côté gauche; la capsule avait été complètement épargnée : il n'avait jamais présenté d'incapacité fonctionnelle de la moitié droite du corps. Chez le second patient, on trouva dans la moitié gauche de la protubérance, à peu près vers le milieu, et tout près de la ligne médiane, un foyer de ramollissement de la grosseur d'un pois à l'intérieur duquel on découvrit un reste calcifié de cysticerque. Jamais non plus ce patient n'avait présenté de symptôme de paralysie. Le troisième était porteur de nombreux cysticerques dans l'écorce cérébrale, on en trouvait également nageant librement dans les ventricules dont le liquide était considérablement augmenté. Il est possible que l'idiotie qui s'était développée chez le patient et que l'on avait mise sur le compte des attaques épileptiformes, était tout simplement due à cette hydrocéphalie intense. Je n'ai jamais vu l'affection revêtir les apparences de la paralysie progressive au point de faire croire à cette affection; d'après *Wernicke*, le cas se présenterait souvent (*loc. cit.* III, 373).

L'**étiologie** de ces affections parasitaires est le mieux connue pour les cysticerques. Les parasites du cerveau ne présentent d'ailleurs rien de particulier à ce sujet; on les rencontre surtout chez ceux qui s'exposent souvent, chez les bouchers, par exemple.

Le **traitement** est complètement impuissant, on ne possède aucun moyen de détruire les parasites.

Les échinocoques du cerveau n'offrent non plus aucun symptôme spécial capable de les faire reconnaître, le plus souvent on croit se trouver en présence d'un néoplasme. Si la déchirure se produit, la tumeur qui bombe vers l'extérieur, accuse de la fluctuation et même des pulsations. Si la déchirure se fait du côté de l'œil, il se produit de l'œdème des paupières et de l'exophtalmie. *Westphal* rapporte un cas où plus de 90 vésicules avaient été ainsi évacuées à l'extérieur.

D'après le cas publié par *Bollinger* (v. bibl.), l'actinomycose pourrait également se rencontrer dans le cerveau humain : on trouva, dans une tumeur située dans le troisième ventricule, un très grand nombre des grains caractéristiques du champignon radié.

Bibliographie.

- Marchand, *Virchow's Arch.* Bd. 75. Bresl. ärztl. Zeitschr. 1881.
 Zenker, über den Cyst. racem. des Gehirns. Erlangen 1882.
 Soltmann, Cysticercus cerebri multiplex bei einem 1 jähr. Kinde. Bresl. ärztl. Zeitschr. Nr. 20. 1882.

- Brecke, Ueber Cysticerken im vierten Ventrikel. Inaug.-Diss. Berlin 1886.
 Goldschmidt, Freier Cysticercus im Gehirn. Deutsches Arch. f. klin. Med. XL, 3, 4. 1887.
 Bollinger, Ueber primäre Actinomycosen im Gehirn des Menschen. Münch. med. Wochenschr., pag. 789. 1887.
 Engel, Ein Fall von Cysticercus beim Menschen als Beitrag zur Diagnostik des Cysticercus cerebri. Prager med. Wochenschr. XIII, 2. 1888.
 Gavoy, Cysticercus du cerveau. Encéphale. VIII, 1. 1888.

IV. Affections congénitales, hydrocéphalie, méningocèle, porencéphalie, absence de certaines parties du cerveau.

Nos connaissances concernant les collections liquides que l'on rencontre au cerveau, et qui sont connues sous le nom général d'hydrocéphalie, sont loin d'être complètes; leur origine est surtout fort obscure. Le liquide est logé entre les méninges ou dans les ventricules: dans le premier cas, on dit qu'il y a hydrocéphalie externe; dans le second, hydrocéphalie interne. La collection peut se produire très rapidement, comme elle peut aussi s'effectuer lentement et petit à petit et alors on a affaire ou à l'hydrocéphalie aiguë ou à l'hydrocéphalie chronique. Les conditions déterminantes de l'hydrocéphalie remontent souvent à la vie intra-utérine; souvent aussi, elles ne se développent que beaucoup plus tard; de là, la distinction entre hydrocéphalie congénitale et hydrocéphalie acquise. C'est à peu près ce que nous savons de l'étiologie, aussi les avis sont-ils très partagés sur la nature intime de l'affection; il nous est impossible de préciser en quelles circonstances l'hydrocéphalie constitue une maladie particulière, idiopathique. Quoi qu'il en soit, dans la majorité des cas, l'affection est congénitale, et c'est à cette hydrocéphalie congénitale que s'attache la plus haute importance pratique.

L'hydrocéphalie congénitale est rarement externe, le plus souvent elle est interne. Elle peut déjà avoir atteint un développement considérable à la naissance de l'enfant, la circonférence du crâne mesure alors parfois 60 à 70 centim., et même plus. Les os du crâne ont en ce cas une minceur remarquable, celle d'une feuille de papier. Les fontanelles et les sutures ont des dimensions exagérées. Les ventricules, considérablement dilatés, ne sont plus revêtus que par une couche de substance cérébrale, épaisse de 1 1/2 — 2 centim. Cette dilatation porte principalement sur le ventricule latéral, cependant les 3^e et 4^e ventricules peuvent aussi y prendre part. Tout le cerveau, et particulièrement la base, porte les marques de l'élévation de la

pression intracrânienne; il est aplati, étalé, les commissures sont élargies et le trou de Monro possède des dimensions considérables; les parois des ventricules sont souvent recouvertes de granulations, l'épendyme est enflammé, épaissi à certaines places. Le liquide ventriculaire est séreux et incolore, sa quantité peut s'élever jusqu'à 1 1/2 litre; il contient 99 % d'eau, 0.3 % d'albumine, des traces de sels, etc. Son poids spécifique s'élève de 1004 à 1006.

Parmi les **symptômes** de l'hydrocéphalie, le plus frappant est certainement la déformation particulière du crâne; parfois peu prononcée à la naissance, cette déformation peut passer inaperçue pendant les premières semaines et ce n'est qu'au bout de 1 1/2 à 2 mois que l'on constate à l'évidence la disproportion qui existe entre le développement de la tête de l'enfant et celui du reste du corps. Le périmètre du crâne, qui comporte chez le nouveau-né 40 centim. environ, pour s'élever, après la première année, à 44 centim., augmente rapidement chez les hydrocéphales, gagne 1/2 à 1 centim. par semaine et, au bout d'un certain temps, souvent au bout de quelques mois déjà, atteint les dimensions de celui de l'adulte, c'est-à-dire 50 centim. Si la distension se fait régulièrement, le crâne affecte une forme sphérique dont le volume contraste singulièrement avec celui de la face restée petite; si le développement l'emporte dans le sens du diamètre longitudinal, le crâne est alors celui d'un dolichocéphale; son aspect est rendu plus bizarre encore par les veines, très dilatées, qui le recouvrent comme de cordons bleus. La faiblesse d'innervation des muscles de l'œil fait que souvent le bulbe est dirigé vers le bas.

L'aspect d'un enfant atteint d'hydrocéphalie bien développée est si caractéristique, que le **diagnostic** peut être posé à première vue: lorsque l'enfant est debout, la tête vacillante et difforme, le tronc qui, avec ses membres contrefaits, paraît n'être qu'un appendice de la tête, l'expression idiote de la face, tout y concourt. Parfois il s'y ajoute encore quelques troubles de motilité, des contractures musculaires, de l'exagération des réflexes. Il est facile de comprendre que l'intelligence ne se développe qu'imparfaitement ou pas du tout; les enfants, pour la plupart, n'apprennent jamais à parler ou ne le font que d'une façon très primitive, ils ne se mêlent pas aux jeux de leurs petits compagnons, restent niais et malpropres et deviennent ainsi une charge, aussi lourde que pénible, pour leurs parents. Cependant, il en est chez qui l'intelligence se développe relativement mieux, surtout si les circonstances s'y prêtent. Leur éducation raisonnée, faite dans un