d'un spina-bifida. Fochier a signalé ce fait au Congrès de chirurgie, en 1894, à la suite de la communication où j'ai montré que presque tous les sujets guéris opératoirement de spina-bifida deviennent hydrocéphales ; il n'en est pas fait mention au procès-verbal. L'enfant a été présenté en octobre 1895 à la consultation de l'hôpital Trousseau. Il s'élevait bien ; on reconnaissait d'ailleurs immédiatement par l'inspection du crâne qu'il avait été hydrocéphale. Or peu à peu son état s'est aggravé, et il est revenu mourir dans mon service, idiot, paraplégique, avec eschares fessières. Je l'ai déjà dit à maintes reprises, et cependant on cite toujours ce cas comme favorable à la cure chirurgicale du spina-bifida.

Ces faits prouvent donc que toujours on devra tenter, chez les hydrocéphales, l'action du traitement spécifique. On saura d'ailleurs que l'échec ne démontrera pas que la syphilis doive être mise hors de cause ; elle peut fort bien avoir entraîné une sclérose oblitérante définitive, rebelle à l'iodure et au mercure.

2° Un autre groupe est celui des hydrocéphalies par *méningite* [1].

La méningite tuberculeuse est, de toutes les méningites, celle où l'hydrocéphalie a le plus, de tout temps, frappé les observateurs; mais son traitement chirurgical a été examiné [2].

Dans les autres méningites, l'hydrocéphalie a été jusqu'à présent moins étudiée ; on ne connaît guère son rôle, son intensité, ses variétés anatomiques. On peut prendre comme types, les faits étant trop rares pour se prêter à une description d'ensemble, les trois observations suivantes, dues à Mayo Robson, à Hahn, à Glym et Thomas.

Mayo Robson. Une fille de dix ans, n'ayant pas d'antécédents morbides, eut le *19 décembre 1888* de la fièvre avec otalgie gauche; au troisième jour se déclara une otorrhée, qui persistait lorsque, le *19 janvier 1889*, l'enfant fut admise à l'hôpital. On constata alors une température de 40°,5, de la rigidité de la nuque, des secousses convulsives de la commissure labiale droite avec hémiparésie droite, de la céphalalgie gauche, de la névrite optique. L'hémiparésie s'aggrava vite, s'accompagna d'aphasie. Le *7 février 1889*, Mayo Robson trépana sur le centre du bras et sous la dure-mère saine trouva le cerveau privé de battements; dans l'espoir de trouver du pus, il pratiqua plusieurs ponctions infructueuses et finalement il enfonça l'aiguille jusque dans le ventricule latéral. Une demi-once de liquide clair s'écoula et les pulsations cérébrales reparurent. Pas de drainage. Dès le lendemain quelques mouvements revinrent dans les membres, dans le bras d'abord; au troisième jour, l'enfant pouvait répondre aux questions simples. Au bout d'un mois, les symptômes paralytiques avaient disparu, et six mois plus tard l'opérée était revue parfaitement bien portante.

1. Voy. p. 385.
2. Voy. p. 386.

Hahn. Le malade, âgé de trente ans, fut envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de tumeur cérébrale. Pas d'antécédents syphilitiques, mais, par contre, alcoolisme marqué. A son entrée, on notait la déviation de la langue à gauche, une diminution du goût, des bourdonnements d'oreille et des douleurs sourdes dans la tête. Depuis *novembre 1891*, l'acuité visuelle avait complètement disparu à gauche, et commençait à s'affaiblir à droite. Perte de mémoire. Immobilité pupillaire à droite. On diagnostiqua un kyste hydatique dans le lobe frontal et on résolut de l'aborder en taillant un lambeau ostéo-cutané quadrangulaire à base dirigée du côté de la région temporale ; l'os fut taillé en biseau. La dure-mère n'offrait pas de pulsations; après son incision, la substance cérébrale fit hernie au dehors.

Il n'y avait point de tumeur, et on dut abraser la partie de substance cérébrale herniée, dans l'impossibilité de la réduire. Enfin on pratiqua une ponction exploratrice qui fit sortir des ventricules 100 grammes de liquide.

Cette intervention un peu accidentée détermina une guérison rapide. Le malade recouvra la mémoire, les douleurs cessèrent et l'acuité visuelle de l'œil droit revint notablement. Il s'agissait donc d'une hydrocéphalie comme on en voit survenir chez des alcooliques, dans la méningite cérébro-spinale.

Glym et Thomas. Un garçon de dix-huit ans entra à l'hôpital le *5 mars 1895*; depuis dix-huit mois, il souffrait d'accidents peu à peu aggravés : céphalée occipitale, vertiges, chutes sans

perte de connaissance, décroissance graduelle de la mémoire et de la vue; tête volumineuse (62 centimètres); nystagmus, paralysie oculaire (IV). Après échec de la médication antisyphilitique, on explora la fosse cérébelleuse droite, le *17 avril 1895*. Dès que la rondelle osseuse eut été enlevée, la dure-mère, privée de pulsations, fit une saillie considérable. Elle fut incisée, le doigt introduit sous le cervelet ne révéla rien d'anormal et explora ainsi la face inférieure du lobe cérébelleux droit, du vermis et un peu du lobe cérébelleux gauche : puis le doigt fut dirigé vers le quatrième ventricule, rencontra une saillie molle qui disparut aussitôt, et ne trouva aucune tumeur. Quand on retira le doigt, un jet de liquide s'écoula, le cervelet cessa de faire hernie et la respiration se régularisa. Il était évident que le doigt avait effondré le voile médullaire postérieur, qui ferme en arrière le quatrième ventricule et avait fait cesser l'hydrocéphalie. Suture de la dure-mère. Drainage extérieur seulement. Peu à peu cessation des accidents et enfin guérison complète. Il est possible que dans ce cas l'oblitération du foramen du voile médullaire postérieur ait été produite par une méningite chronique bénigne.

Nous ignorons quelle est la nature exacte des lésions dans ces trois observations. Certains auteurs ont attribué la première à la tuberculose : c'est une hypothèse que rien ne confirme et on peut aussi bien, sinon mieux, invoquer une méningite subaiguë d'origine auriculaire. Mais il est plus prudent d'imiter Mayo Robson, Glym et Thomas et d'enregistrer le fait sans chercher à remonter à la cause. Les recherches modernes nous démontrent que la ponction lombaire possède une valeur diagnostique importante, en nous fournissant du liquide céphalo-rachidien que l'on peut examiner histologiquement, bactériologiquement et chimiquement. Nous aurons donc, à l'avenir, des observations complètes et probantes, où la nature du mal sera élucidée; mais actuellement, les documents nous font encore défaut. Tout ce que nous pouvons conclure, c'est que dans certaines méningites, de nature indéterminée mais curables, l'hydrocéphalie aiguë, subaiguë, ou chronique

s'établit et cause par elle-même des accidents spontanément irrémissibles, mais capables de céder après l'évacuation du liquide, ce liquide ne se reproduisant pas.

Lorsqu'on diagnostiquera une de ces hydrocéphalies, le mieux sera de s'adresser d'abord à la ponction lombaire. On vérifiera de la sorte si l'évacuation du liquide amène une amélioration symptomatique, et si, dès lors, il y a soit hydrocéphalie externe, soit hydrocéphalie interne avec perméabilité du trou de Magendie. Si l'on juge ensuite qu'une intervention plus complète est indiquée, il nous est impossible de formuler des règles précises. Sachons seulement qu'aucun des trois chirurgiens cités n'a drainé : la simple ponction leur a suffi. Deux faits sont insuffisants pour que nous puissions conclure, d'autant plus que chez le malade de Mayo Robson, on cherchait un abcès auriculaire et c'est, à vrai dire, par hasard qu'a été instituée la thérapeutique efficace. J'en dirai autant pour une observation personnelle, fort analogue, à laquelle j'ai fait allusion quand j'ai étudié les formes curables de la méningite auriculaire.

3° Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit précédemment sur le traitement palliatif des *tumeurs cérébrales accompagnées d'hydrocéphalie*, sur les indications de la trépanation simple, de la ponction cérébrale ou lombaire ou du drainage des ventricules.

B. — HYDROCÉPHALIE ESSENTIELLE

1° **Indications thérapeutiques générales.** — L'épithète « essentielle » ne veut rien dire : elle peut tout au plus servir à masquer notre ignorance. Elle signifie seulement qu'à l'autopsie de certains enfants hydrocéphales, on ne trouve aucune lésion causale nettement caractérisée. A mesure que nos moyens d'investigation se perfectionnent, ces faits deviennent plus rares et nous méconnaissons moins qu'autrefois certains arrêts de développement, certaines lésions pathologiques.

C'est ainsi qu'il y a quelques années, Chiari a mis en évidence le rôle fréquent des lésions du cervelet dans l'hydrocéphalie congénitale.

Aucune conclusion ne peut être tirée des cas où, le sujet étant mort, l'autopsie n'a pas été pratiquée. Bien peu probants aussi sont ceux où la guérison aurait été obtenue, en mettant à part, bien entendu, les malades qui ont dû le salut au traitement antisyphilitique. Ils prouvent tout au plus que quelquefois la lésion causale est soit éteinte, soit d'une importance secondaire relativement à l'hydrocéphalie qu'elle a engendrée.

En fait, nous ignorons tout, nous ne pouvons donc que tâtonner dans nos essais thérapeutiques, et dès lors, personne ne s'étonnera que les résultats soient jusqu'à présent des plus médiocres. Si bien que presque tous les auteurs conseillent de renoncer à des tentatives opératoires trop souvent mortelles et anatomiquement frappées d'impuissance. Je suis loin d'être enthousiaste, mais je crois qu'une désespérance aussi absolue dépasse les bornes et que dans certaines conditions l'intervention opératoire peut donner sinon des guérisons, au moins des améliorations appréciables. On objecte alors qu'il ne s'agit pas d'hydrocéphalie « vraie » et c'est, par exemple, la critique adressée à l'observation que j'ai publiée en l'année 1891.

Dans ce cas, le drainage ventriculaire a été bien supporté et il a fait cesser un phénomène spécial, une contracture d'un bras. Est-il utile, pour arriver à ce mince résultat, d'entreprendre une opération grave, chez un enfant destiné à rester idiot? On est parfaitement en droit de le contester, et l'analyse de ma pratique personnelle va prouver que je suis à peu près de cet avis. Mais dire que le drainage ventriculaire ayant été pratiqué 12 fois avec 11 morts rapides et 1 seul succès opératoire, celui de A. Broca, les 11 décès appartiennent à l'hydrocéphalie « vraie » ou « essentielle », tandis que ces épithètes ne conviennent pas au cas amélioré, c'est faire un abus de langage. Ce serait fort bien si l'on pouvait définir dans sa cause, dans sa nature, dans ses lésions originelles, l'hydrocéphalie congénitale ou infantile, essentielle ou symptomatique — car toujours elle est « vraie » par définition, s'il y a du liquide en excès dans les ventricules. Or, qui se déclare en état de faire ainsi une étude réellement scientifique? Chiari, Picqué et Février insistent sur les lésions incurables constatées à l'autopsie : mais cela ne veut pas dire que chez les hydrocéphales qui survivent, qui même parfois arrivent à un âge avancé en étant des faibles d'esprit, mais non des idiots, au sens absolu du terme, l'évacuation du liquide en excès n'aurait pas eu pour résultat, si elle avait été assez précoce, d'améliorer l'état auquel le malade est arrivé spontanément. Tous les morts sont des hydrocéphales « vrais », les améliorés — car de guérison réelle il n'est pas question — n'en sont pas : soit! mais cherchons dans quelles conditions nous pouvons espérer que l'hydrocéphalie n'est pas « vraie ». C'est en posant le problème de la sorte que l'on fera peut-être quelques progrès.

2° **Choix du procédé.** — Cela étant, à quelle méthode donner la préférence? Actuellement, on a renoncé à la compression, aux injections modificatrices, et c'est à la seule évacuation du liquide qu'on s'adresse pour amender les symptômes observés; et deux méthodes restent en présence : l'évacuation intermittente par la ponction répétée; l'évacuation continue, par le drainage.

Pour la ponction simple, le choix entre la voie ventriculaire directe et la voie sous-arachnoïdienne, encéphalique ou rachidienne, est commandé par certaines dispositions anatomiques.

Dans le cas habituel, celui de l'hydrocéphalie intraventriculaire totale, les ponctions et drainages sous-arachnoïdiens n'ont évidemment leur raison d'être que si le trou de Magendie existe et est perméable. Qu'il existe normalement, le fait est aujourd'hui hors de doute ; mais qu'il reste béant dans tous les cas patholo-

giques, la chose est moins certaine. Pour la méningite tuberculeuse, sa perméabilité est la règle; probablement aussi pour les diverses hydrocéphalies chroniques, symptomatiques ou essentielles. Mais à cette règle il est des exceptions, et par exemple O'Carroll a publié deux autopsies où le quatrième ventricule ne communiquait pas avec l'espace sous-arachnoïdien.

Il y a là un argument de premier ordre pour ne pas généraliser la voie sous-arachnoïdienne, et surtout pour faire de fortes réserves sur la trépanation occipitale de Morton-Parkins, pratiquée d'emblée. Parkins, sans doute, a opéré de la sorte une méningite tuberculeuse et une hydrocéphalie dite essentielle; dans les deux cas, l'issue du liquide céphalo-rachidien a prouvé que la communication existait, et même, l'hydrocéphalie essentielle a fourni un résultat thérapeutique appréciable. Mais si le résultat opératoire avait été nul, ce qui aurait pu arriver, on aurait soumis le sujet à une intervention par elle-même complexe et grave.

La prudence consistera donc à commencer par une ponction lombaire : on verra si le liquide s'écoule en abondance, s'il est normalement constitué, si son évacuation améliore les symptômes.

Si cette exploration démontre que le trou de Magendie n'est pas perméable, et si, d'autre part, on croit indiqué d'évacuer le liquide, on ira droit au ventricule latéral. Si, au contraire, on constate que la communication normale existe, l'hésitation reste permise entre la voie sous-arachnoïdienne et la voie ventriculaire, et le choix sera différent selon que l'on voudra s'en tenir à la ponction répétée ou pratiquer le drainage, selon que le crâne sera ossifié ou encore membraneux en partie.

Chez un enfant à crâne incomplètement ossifié, la ponction simple, répétée au besoin, sera indifféremment exécutée par voie lombaire, ou par voie crânienne. Dans les deux cas, les dangers sont les mêmes : septicité, aisée à éviter; évacuation trop abondante du liquide. Si la fontanelle antérieure est largement membraneuse, la ponction cranienne semble plus facile, et c'est à elle qu'ont eu recours, dans ces circonstances, presque tous les chirurgiens.

Lorsque le crâne est ossifié, la trépanation préalable est nécessaire : c'est dire que si l'on juge suffisante la ponction simple, l'avantage doit rester, très nettement, à la ponction lombaire, petite opération efficace, qui ne nécessite pas l'anesthésie, et que l'on peut répéter à volonté. Si, au contraire, on désire assurer, par le drainage, un écoulement continu du liquide, on se souviendra que les essais de drainage lombaire ont été inefficaces, que les trépanations rachidiennes ont été particulièrement difficiles et graves, et l'on opérera directement sur le crâne. C'est alors que l'on aura recours de préférence au drainage sous-arachnoïdien, qui paraît moins meurtrier, d'après les quelques faits actuellement publiés.

L'ossification complète du crâne doit encore faire envisager le problème à un autre point de vue : qu'espérer, en effet, si la boîte osseuse, partout solide, est incapable de s'accommoder au retrait provoqué du cerveau?

C'est pour cela que T. Piéchaud (de Bordeaux) a insisté sur l'utilité de la craniectomie dans ces cas, et sur le rôle qu'on pouvait lui faire jouer. Il m'a toujours paru, même à l'époque où j'essayais de temps en temps d'opérer les hydrocéphales, que c'était beaucoup de besogne pour des sujets qui n'en valaient pas la peine.

Et, par contre, je ne peux oublier que deux des rares enfants auxquels le ventricule a été drainé sans accidents immédiats, ceux que j'ai opérés, avaient précisément le crâne ossifié; l'hydrocéphalie était, il est vrai, de volume médiocre.

Tous les enfants que l'on a drainés, alors que le crâne était encore membraneux, ont, au contraire, succombé en quelques heures, et, dans mes cas personnels, j'ai pu me rendre compte de l'affaissement effrayant que subissent, par le drainage des ventricules, le cerveau et le crâne, tous deux réduits à l'état de membranes

sans consistance. Aussi, après avoir opéré six hydrocéphales — dans des conditions que je vais spécifier dans un instant — ai-je conclu que le drainage, dont les indications sont d'ailleurs extrêmement rares, — doit être réservé aux sujets dont le crâne est soudé ou à peu près.

Nous voilà loin des conclusions radicales données par Keen dans son étude initiale! Loin d'être bénin, le drainage ventriculaire est au contraire fort grave, et ses indications sont d'autant plus rares que, si le trou de Magendie est perméable, le drainage sous-arachnoïdien est moins dangereux.

Il va sans dire que le drainage sous-arachnoïdien convient seul aux hydrocéphalies externes, comme dans les cas de Phocas, de Vautrin : le diagnostic clinique est d'ailleurs impossible, et c'est seulement au cours de l'opération que, jusqu'à présent, on s'est rendu compte de cette disposition.

3° **Résultats. Conclusions.** — Avant de donner l'analyse de ma pratique personnelle et les conclusions auxquelles, pour mon propre compte, je suis arrivé, je crois utile de résumer ce qui résulte des travaux publiés par d'autres auteurs.

Ce que j'ai dit, pour exprimer les indications du drainage ventriculaire et sous-arachnoïdien, suffit, me semble-t-il : le drainage est dangereux. Presque tous les opérés étant morts, les résultats thérapeutiques ne sauraient être étudiés.

La ponction simple, au contraire, qu'elle soit cranienne ou lombaire, est opératoirement bénigne. Si l'on opère aseptiquement et si l'on procède à une évacuation modérée, l'enfant survit presque toujours, et souvent on a pu le soumettre à plusieurs ponctions successives, répétées à intervalles variables. Mais y a-t-il des guérisons réelles? Quoi qu'on en ait dit, on peut en douter, malgré les 10 succès qu'annonçait Conquest dès 1838, malgré les 14 guérisons recueillies par West, dans la littérature anglaise, malgré la cure que de Græfe aurait

due à 11 ponctions successives, malgré l'heureuse issue que l'on aurait parfois observée à la suite de fractures accidentelles du crâne, ou de perforations spontanées de l'ethmoïde. Si ces beaux résultats répondaient à la réalité des faits, tous les chirurgiens, tous les médecins, soumettraient les hydrocéphales aux ponctions répétées : or, l'abstention est pour tous la conduite à peu près uniforme. Un des malades le plus souvent ponctionnés est celui de Calot, qui a subi 30 fois cette intervention, et a fini par succomber, entre les mains de Bardeleben, à une évacuation brusque au gros trocart.

Ces ponctions successives avaient amélioré l'état du malade. De même chez un sujet observé par Ayres et Hersmann. Körnitzky a publié 5 cas confirmant ce que je viens de dire : sur 5 enfants de cinq à quinze mois il a obtenu 4 résultats nuls et 1 amélioration. La statistique de Hern serait plus favorable, car sur 6 malades il y aurait 1 mort (par tumeur du cervelet) et 5 améliorations, dont 2 pourraient être considérées comme des guérisons. Je citerai encore des succès de Wyss, de Rehn.

Parmi ces observations, celle de Rehn est particulièrement importante en ce qu'elle nous montre un résultat à longue échéance. Malheureusement les cas analogues sont tout à fait exceptionnels, et, en outre, nos connaissances actuelles en diagnostic sont impuissantes à nous les faire prévoir. D'après Steffen, on a quelques chances de succès dans l'hydrocéphalie externe : mais précisément nous sommes hors d'état de diagnostiquer cette variété anatomique. Cette donnée conduit à aussi peu de conclusions pratiques que celles sur lesquelles Frank a prétendu établir les indications du drainage.

Tout ce que je viens de dire s'applique également à la ponction lombaire et je crois sage, par une méthode quelconque, de n'espérer que des améliorations. Comme ces améliorations ne sont pas négligeables, comme quelquefois même elles peuvent être notables, je pense

qu'on est en droit de soumettre les hydrocéphales aux ponctions répétées. Je suis bien plus réservé sur le drainage, et ma pratique personnelle en fait foi.

En effet, j'étais intervenu personnellement en 1896 chez 6 hydrocéphales seulement. Depuis cette époque, j'ai quelques faits épars sur lesquels j'ai cru inutile de garder des notes, car ils confirment les précédents.

Quatre de ces cas sont des *trépano-ponctions avec drainage*.

La première opération, publiée dans la *Revue de chirurgie* de 1891, concerne un enfant de quatre ans à crâne ossifié, chez lequel la ponction du ventricule latéral droit mit fin à une contracture du membre supérieur gauche, surajoutée depuis quelques mois à l'état ancien d'idiotie hydrocéphalique. L'enfant a survécu plusieurs années et la contracture n'a pas reparu, mais il est resté idiot.

La seconde opération publiée en 1893, au Congrès de chirurgie, a été pratiquée sur un enfant qui avait été opéré quelques mois auparavant de spina-bifida sous-occipital, puis était devenu hydrocéphale. Le crâne était réduit à une membrane fibreuse, parsemée de quelques plaques osseuses : l'écoulement de liquide céphalo-rachidien fut énorme et l'enfant mourut en quelques heures.

Le troisième cas, mortel, concerne une hydrocéphalie congénitale, sans lésion causale connue.

Le quatrième cas, enfin, est celui d'une fillette de trois ans, à crâne ossifié, relativement intelligente et chez laquelle depuis quelques semaines la vue s'était perdue, en conséquence d'une névrite optique. L'enfant, atteinte d'un volumineux sarcome du chiasma, a succombé au quartorzième jour. Mais il est à noter que, comme dans le premier cas, il n'y a pas eu d'accidents par écoulement exagéré de liquide céphalo-rachidien, quoique, dans les deux cas, le drainage ait été établi avec un drain de caoutchouc.

Dans les observations où le crâne était ossifié, il a

été constaté avec très grande netteté que le cerveau apparut immobile dans l'aire de la trépanation, et qu'il commença à battre sitôt évacuée une certaine quantité de liquide.

Deux *ponctions simples* ont été faites, l'une à travers les fontanelles, l'autre par la région lombaire.

Le premier enfant a fort bien supporté l'évacuation (sans aspiration) de 250 grammes de liquide; mais peu de jours après, le crâne était aussi tendu qu'auparavant. Aussi ai-je laissé cet enfant succomber cachectique, en quelques semaines, sans que l'intervention ait été renouvelée, à l'hôpital où ses parents l'avaient pour ainsi dire abandonné.

La ponction lombaire a été pratiquée chez une fillette opérée avec succès de spina-bifida lombaire quelques mois auparavant. Elle n'a eu aucun inconvénient, mais n'a amené aucune amélioration et n'a pas été renouvelée.

Six opérations pratiquées de 1890 à 1896 pour une maladie aussi fréquente que l'hydrocéphalie, c'est évidemment peu, et c'est la preuve que je suis loin d'être enthousiaste de l'intervention. Presque tous les malades que j'ai vus, ont été renvoyés sans être opérés, et c'est en somme dans des conditions très spéciales que j'ai cédé aux instances des parents et depuis 1896 j'ai continué à n'opérer presque jamais.

Une trépano-ponction mortelle et une ponction lombaire inefficace ont trait à des malades précédemment opérés de spina-bifida et que menaçait de jour en jour davantage une hydrocéphalie progressive [1].

1. Chipault m'attribue un drainage ventriculaire pour tubercule du chiasma, mort en trois semaines. L'observation serait publiée *Rev. de chir.*, 1891, p. 37. Or l'enfant a guéri; dès lors la nature des lésions est inconnue. Quant à mon autre trépano-ponction à laquelle cette opinion pourrait s'appliquer : 1° elle était inédite jusqu'à la publication, en 1896, de mon *Traité* en collaboration avec Maubrac; 2° il s'agit d'un sarcome et non d'un tubercule.

Ma *conclusion* sera que, d'après mon expérience personnelle, comme d'après les faits publiés, la trépanation avec drainage ventriculaire doit être rejetée *lorsque le crâne est encore largement membraneux*. Dans ces conditions, en effet, elle a été *constamment* suivie de mort rapide. Quant à la trépano-ponction non suivie de drainage, elle est inutile, et si l'on veut intervenir, on aura recours à la ponction à travers les parties membraneuses du crâne.

L'efficacité de cette *ponction simple*, répétée au besoin, est des plus problématiques. On semble toutefois avoir obtenu quelques résultats *palliatifs*.

Lorsque le crâne est ossifié, l'intervention est justifiée (après avoir bien averti les parents qu'elle ne peut être que palliative) lorsque survient un symptôme par un excès de tension intra-cranienne. Ainsi chez mes malades atteints depuis quelques mois seulement, l'un de contracture d'un membre, l'autre de cécité. L'opération doit alors, bien évidemment, commencer par une trépanation si l'on veut opérer au crâne; mais je crois inutile la craniectomie préliminaire proposée par Piéchaud. Puis on peut drainer le ventricule latéral. La voie temporale me semble la meilleure. Le résultat palliatif a été très net dans un de mes cas. Si l'on n'a pas l'intention de drainer, la ponction lombaire est préférable.

CHAPITRE VI

MICROCÉPHALIE ET IDIOTIE

Variétés. — Qu'est-ce qu'un idiot, qu'est-ce qu'un microcéphale? A ces questions Chambard nous répond que l'idiotie, « lésion évolutive, arrêt de développement de l'organisation psychique, est aux fonctions intellectuelles et morales ce que la surdi-mutité est à la fonction du langage; elle ne diffère donc que par le degré de l'imbécillité et de la simple débilité mentale ». Nous répondons aussi qu'un microcéphale est un idiot dont la tête est petite.

Mais cela ne nous avance guère sur la connaissance de la nature même de l'idiotie, de ses liens avec l'obscure « dégénérescence » actuellement si fort à la mode.

Une définition exacte et bien limitative de l'idiotie est impossible à donner. On s'entend cependant à peu près sur les sujets, incapables de se suffire à eux-mêmes, auxquels convient le nom d'idiots. Reste à savoir pourquoi ils sont idiots, et c'est seulement lorsque nous le saurons que nous pourrons entreprendre, dans certains cas, une thérapeutique plus ou moins efficace, curative ou prophylactique.

Depuis assez longtemps, pourtant, nous savons que, parmi les idiots, quel que soit le volume de leur tête, qu'ils soient macrocéphales ou microcéphales, il en est chez lesquels on trouve, à l'autopsie, des *lésions cranio-cérébrales manifestement pathologiques*.

Il y a des sujets chez lesquels les lésions sont sans