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

conteste accidentelles et ont porté originellement sur le crâne, soit avant la naissance, soit au moment de l'accouchement. Avant la naissance, le *crâne* peut en effet être soumis, pour des causes et par des mécanismes divers, à des *compressions obstétricales* dont Lannelongue et Ménard ont fait une étude importante. Dans ces cas, le crâne offre un aspect caractéristique, avec deux dépressions diamétralement opposées, dues l'une à la pression de la paroi utérine, l'autre à l'appui sur une autre partie fœtale, sur l'épaule surtout. Au moment de la naissance, c'est aux enfoncements par forceps que je fais allusion [1].

Si l'on se trouve en présence d'un enfant encore jeune et atteint d'une de ces lésions craniennes, on interviendra pour créer une large brèche et permettre au cerveau de reprendre son développement traumatiquement interrompu ; il n'y a là rien de différent, en principe, de ce que nous avons vu pour les accidents tertiaires des lésions traumatiques du crâne et du cerveau, lésions capables d'aboutir, quel que soit l'âge du sujet, à la déchéance psychique complète [2] ; mais c'est fort différent des opérations que nous allons rencontrer à propos de la microcéphalie proprement dite.

Dans d'autres cas, c'est le *cerveau* qui est primitivement malade, le crâne étant de capacité normale, diminuée ou exagérée. C'est là que viennent se ranger l'hydrocéphalie [3], les pseudo-porencéphalies (la porencéphalie vraie étant un arrêt de développement), les scléroses cérébrales, les ramollissements, les hémorragies cérébrales et méningées, ces dernières lésions pouvant aboutir à des formations kystiques diverses [4]. Toutes ces lésions peuvent être congénitales ou acquises en bas âge ; même acquises, elles provoquent parfois,

1. Voy. p. 135.
2. Voy. p. 182 et suiv.
3. Voy. p. 397.
4. Voy. p. 381.

outre des troubles paralytiques divers et plus ou moins localisés, l'idiotie et la microcéphalie, que le cerveau soit anéanti dans une vaste étendue, ou qu'à la suite de la lésion initiale il subisse un arrêt de développement.

La plupart de ces lésions ne sont pas réellement curables ; mais certaines d'entre elles donnent prise au chirurgien, permettent d'espérer l'amélioration des paralysies, des crises épileptiques. Je n'ai qu'à rappeler ici ces faits, déjà mentionnés précédemment [1], et à conclure une fois de plus que les signes de localisation, et surtout l'épilepsie jacksonienne, indiquent, même chez les idiots, la trépanation exploratrice. C'est ainsi qu'au cours de craniectomies, Lannelongue, Reboul [2] ont rencontré et drainé des kystes séreux en décollant la dure-mère et plusieurs fois, en opérant des microcéphales, Lannelongue a trouvé des lésions craniennes, méningées ou cérébrales. On peut prévoir, avec L.-C. Gray, que la porencéphalie, les reliquats diffus de méningo-encéphalite resteront au-dessus des ressources de l'art, tandis qu'on pourra agir contre les lésions traumatiques récentes, les hémorragies, et peut-être l'ossification prématurée des sutures.

Jusqu'à présent, j'ai envisagé des cas où existait une lésion semblable à celles que nous avons passées en revue dans les chapitres précédents ; à vrai dire, seul l'âge du sujet apporte ici quelque chose de spécial, et le malade est frappé d'idiotie au lieu de déchéance intellectuelle parce que, n'ayant encore rien appris, il n'avait rien à perdre, sauf la capacité à apprendre. Si on opère, l'intervention portera directement sur une lésion, cranienne ou cérébrale.

Tout autre est le principe des *craniotomies pour microcéphalie proprement dite*. Tandis que chez les malades précédents on a pour but de traiter directement une lésion cérébrale, ici on se propose de faire au crâne

1. Voy. p. 381.
2. Voy. p. 383.

une solution de continuité linéaire, une sorte de suture artificielle, grâce à laquelle puisse se développer le cerveau, bridé jusque-là par un crâne trop étroit.

Tel est le principe de l'opération que Lannelongue a appelée *craniectomie linéaire*, que Keen propose de dénommer plutôt *craniotomie*. On le voit, il s'agit d'une intervention purement pariétale, ayant un rôle simplement mécanique ; et on voit aussi qu'on ne peut pas la comparer aux larges trépanations décompressives, dont nous avons parlé pour les tumeurs par exemple, par lesquelles on cherche à mettre plus à l'aise le cerveau, mais où on ne tente pas de favoriser le développement ultérieur de l'organe encore apte à s'accroître. Cette opération ressemble plutôt aux trépanations plus ou moins larges, parfois multiples, qu'avec des succès variables on a pratiquées chez les idiots épileptiques; certains auteurs, en effet, attribuent à la décompression les heureux résultats parfois obtenus. Mais on ne réussit pas à établir ainsi une suture artificielle qui sauvegarde l'avenir, et c'est là le principe essentiel de l'intervention prônée par Lannelongue.

Lannelongue n'est pas le premier à avoir eu cette idée ni à la mettre en œuvre. On peut, au point de vue historique, négliger l'opération faite en 1888 par L.-C. Lane (de San Francisco), car l'observation ne fut publiée qu'en 1892, lorsque les mémoires de Lannelongue furent connus et discutés en Amérique. Mais nous ne saurions omettre deux précurseurs, dont les notes, il est vrai, ne furent tirées de l'oubli par leurs auteurs qu'à propos des recherches de Lannelongue. Fuller a rappelé, un jour, qu'en 1887 il avait publié une observation, mais que personne n'avait consenti à suivre ses traces. Quant à Guéniot, il a fait savoir en 1890 à l'Académie des sciences, où Lannelongue venait de communiquer son premier mémoire, que le 5 novembre précédent il avait posé devant l'Académie de médecine, le principe d'une opération dont il entrevoyait la possibilité.

Malgré ces faits, que l'historien impartial doit enregistrer, il est incontestable que la paternité de la craniotomie pour microcéphalie appartient à Lannelongue. On ne s'arrache d'ailleurs plus la priorité de ces tentatives, universellement reconnues vaines dans leur point de départ scientifique et nulles dans leurs résultats thérapeutiques.

Voyons d'abord quel est le manuel opératoire de cette opération, puis nous étudierons ses résultats et ses indications en recherchant si, avec nos connaissances actuelles d'anatomie et de physiologie pathologiques, nous comprenons que la création d'une suture artificielle soit capable d'améliorer l'état intellectuel d'un microcéphale.

Manuel opératoire de la craniotomie. — Dans son deuxième mémoire, Lannelongue a décrit deux procédés de *craniectomie*, *linéaire* et *à lambeaux*.

Dans l'un comme dans l'autre, on attaque d'abord le

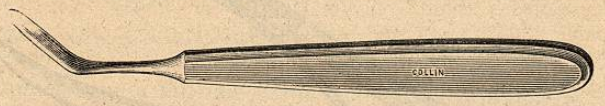

Fig. 49. — Rugine pour décoller la dure-mère.

crâne avec une couronne de trépan, de préférence à une des extrémités de la brèche projetée, et à partir de là

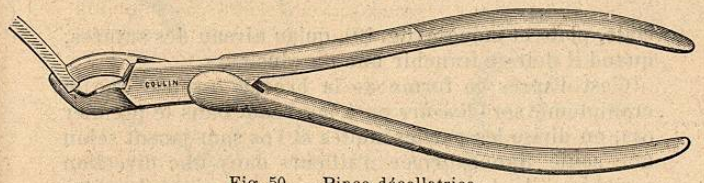

Fig. 50. — Pince décollatrice.

on creuse un fossé étroit, avec des pinces-gouges de modèles divers. Pour éviter d'ouvrir la dure-mère, il convient de la décoller, ce que Maunoury (de Chartres)

a fait avec un herniotome de Bœckel; il est plus simple d'avoir une pince-gouge un peu courbe, dont la branche femelle est convexe et se termine par une lame mousse

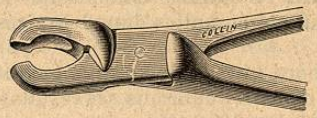

Fig. 51. — Pince-gouge à deux mors coupants.

qui dépasse en bec de canard l'autre branche (pince décollatrice de Lannelongue, *voyez* fig. 50). Lannelongue n'emploie pour ce décollement une sonde cannelée spé-

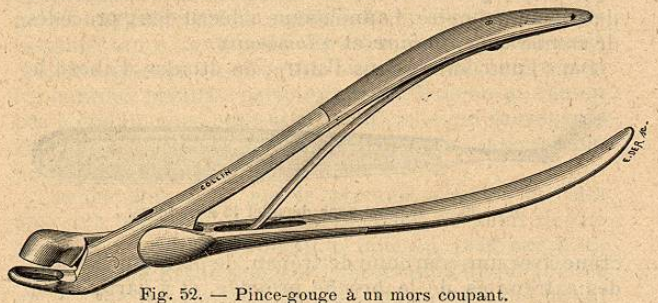

Fig. 52. — Pince-gouge à un mors coupant.

ciale, plate et mousse (fig. 49), qu'au niveau des sutures, quand il doit en franchir une ou plusieurs.

C'est d'après la forme de la brèche osseuse que la craniotomie sera *linéaire* ou à lambeau. Dans le premier cas, on divise les parties molles et l'os sous-jacent selon une seule ligne, dirigée d'ailleurs dans une direction variable; elle longera, par exemple, le sinus longitudinal supérieur, la zone motrice, etc., selon la région que l'on désire plus particulièrement débrider. Ainsi, dans un cas spécial, chez un enfant de huit mois atteint d'un aplatissement considérable de la région frontale,

les pariétaux continuant à se développer en hauteur,

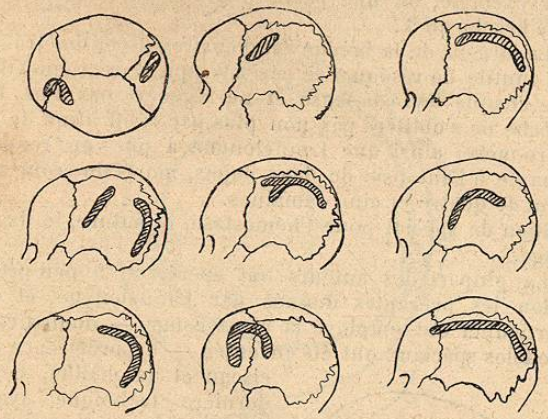

Fig. 53. — Tracés de craniotomie linéaire et à lambeau. (Lannelongue.)

Lannelongue a fait une craniotomie linéaire transversale, allant d'un ptérion à l'autre (fig. 54).

La craniotomie *à lambeau* dessine des lambeaux

Fig. 54. — Craniotomie transversale. (Lannelongue.)

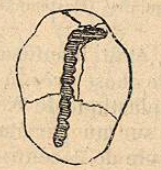

Fig. 55. — Tracé de craniotomie angulaire. (Jaboulay.)

ostéo-cutanés, qui restent adhérents par une base plus

ou moins large et comprennent un os entier, un pariétal par exemple, ou une partie d'un os. Ou bien on crée une brèche en T.

La largeur de la brèche est d'environ 1 centimètre. Il est inutile de réséquer le périoste, qui se recroqueville sur chaque lèvre osseuse et ne régénère pas d'os. La brèche ne s'oblitère pas non plus par ossification de la dure-mère, ainsi que Lannelongue a pu s'en rendre compte à l'autopsie de deux sujets, morts du croup au bout de quatre et cinq semaines.

Rien de spécial pour l'hémostase, la suture, le drainage.

La plupart des auteurs ont opéré, ou à peu près, selon les préceptes donnés par Lannelongue, et en particulier ont employé la pince-gouge — dont divers modèles spéciaux ont été inventés — de préférence au ciseau et au maillet, cette dernière technique ayant l'inconvénient grave d'ébranler le cerveau. Th. Anger, Girard (de Berne) ont appliqué en ligne des couronnes de trépan et ont fait sauter à la gouge les ponts intermédiaires.

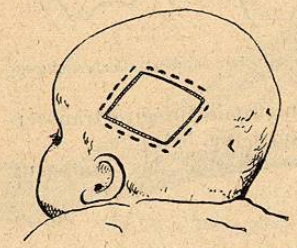

Fig. 56. — Craniotomie quadrangulaire. (Postempki.)

Quelques chirurgiens ont pensé que la mobilisation obtenue par ces procédés, même par le procédé à lambeau, était insuffisante. Largeau (de Niort) a taillé, à peu de chose près, à la gouge et au maillet, un lambeau ostéoplastique de Wagner, haut de 8 centimètres et large de 7, sur un pariétal resté adhérent seulement par un pédicule de 3 centimètres et demi. Postempki délimite un quadrilatère par quatre incisions cutanées, qui ne se rejoignent pas, d'où quatre pédicules vasculaires, et par là il libère entièrement l'os sous-jacent (fig. 56).

Dumont (de Berne) mène une incision médiane du

front à l'inion, décolle les parties molles avec le périoste, puis applique de chaque côté une couronne de

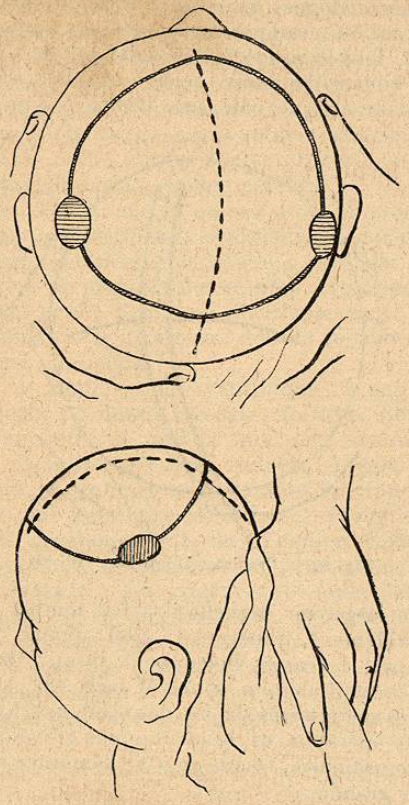

Fig. 57. — Craniotomie circulaire. (Dumont.)

trépan au-dessous de la bosse pariétale, et à partir de là il fait, de chaque côté, une brèche horizontale à la pince

coupante ; il en résulte que le sommet de la voûte devient une calotte mobile (fig. 57). Des craniotomies circulaires analogues, mais avec incision cutanée horizontale, ont été pratiquées par quelques auteurs.

Wyeth, dont le procédé a été suivi par Mc Clintock, a tracé de bout en bout une incision sagittale, et a creusé dans l'os, de chaque côté, une tranchée d'un quart de

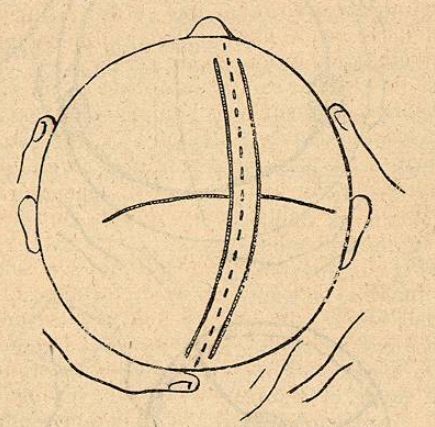

Fig. 58. — Craniotomie cruciale. (Wyeth.)

pouce de large, sur laquelle il a fait tomber au milieu un débridement transversal, d'où quatre lambeaux osseux qu'il a écartés violemment, jusqu'à donner aux tranchées sagittales un pouce de large (fig. 58). Malgré les succès opératoires de ces deux auteurs, Keen pense que cette opération est beaucoup plus grave que la craniotomie ordinaire, et que rien ne démontre son efficacité plus grande.

Gersuny a pratiqué chez un enfant de huit mois une série d'incisions radiées, au fond desquelles il a fendu aux ciseaux, en deux séances, à quinze jours d'intervalle, les os du crâne très minces.

Tels sont les procédés mis en œuvre. Quelle est leur valeur thérapeutique? C'est ce que nous devons maintenant nous demander : *a priori*, au nom de l'anatomie et de la physiologie pathologiques ; *a posteriori* surtout, par l'étude des résultats immédiats et éloignés.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Le but que se sont proposé Lannelongue, ses précurseurs et ses imitateurs, a été de créer une suture artificielle, grâce à laquelle le crâne pût se dilater proportionnellement aux besoins du développement cérébral.

Virchow a émis, sur la nature de la microcéphalie, une théorie qui justifierait complètement, si elle était exacte, ces tentatives opératoires : c'est par suite de l'ossification prématurée des sutures craniennes que le cerveau est arrêté dans son développement, contenu qu'il est dans une boîte osseuse dont la capacité est trop tôt devenue immuable.

Malgré la haute valeur scientifique de son auteur, cette théorie ne devait pas faire fortune. Elle va, en effet, à l'encontre de tout ce que nous savons en biologie, en évolution des êtres animés. L'organe primordial est ici le centre nerveux, auquel le crâne fournit seulement une enveloppe protectrice; à tous les stades connus de développement, chez l'homme comme dans la série animale, le crâne obéit, pour ainsi dire, au cerveau, s'adapte à ses exigences, et nulle part on ne voit l'inverse. Et en fait, lorsqu'on a examiné le crâne des microcéphales, on a constaté que, d'ordinaire, les sutures ne sont pas ossifiées. Il est tout à fait raisonnable d'admettre que le cerveau subit un arrêt de développement et que sur lui se modèle un crâne de mêmes dimensions.

Comment expliquer cet arrêt de développement? Est-il d'origine pathologique, ou faut-il rapporter à une anomalie réversive, par atavisme, un état où le cerveau paraît sain mais est plus petit, plus lisse que le cerveau humain normal, présente souvent des circonvolutions disposées selon les types d'animaux inférieurs? Ces

questions, d'un grand intérêt scientifique, ne sont pas encore résolues : et l'on conçoit combien stérile doit être la craniotomie si la théorie atavique est exacte.

Si l'on admet, comme on doit le faire, l'origine cérébrale de la microcéphalie, la craniotomie ne semble pas, *a priori*, appelée à de bien brillantes destinées : et pourtant Lannelongue est partisan de la théorie cérébrale.

C'est que, peut-être, l'arrêt de développement de l'encéphale relève parfois d'une cause inconnue, mais temporaire. Lorsqu'elle a cessé d'agir, le cerveau pourrait avoir envie de reprendre son essor, mais il en serait alors empêché par la boîte cranienne dont l'ossification se serait trop tôt complétée. L'ossification prématurée des sutures serait donc secondaire et non point primitive, comme dans la théorie de Virchow, mais une fois produite elle jouerait un rôle important pour rendre définitive la lésion cérébrale.

Cette opinion, que d'ailleurs il n'a jamais cherché à généraliser, a été appliquée par Lannelongue à un certain nombre de cas. Il est, en effet, incontestable qu'il y a des microcéphales chez lesquels les fontanelles se ferment trop tôt, tandis que les sutures sont trop serrées et même s'oblitèrent prématurément.

Mais, même envisagée ainsi, l'ossification prématurée des sutures est-elle la règle? Oui, si on veut dire que l'ossification est prématurée en ce sens qu'elle se produit d'ordinaire à partir de la vingtième année et non, comme à l'état normal, chez le vieillard seulement. Non, si on veut parler de l'ossification cranienne complète chez l'enfant, et surtout chez l'enfant en bas âge : presque tous les auteurs qui ont fait sur ce point des recherches anatomiques le déclarent nettement, et, par exemple, sur 21 autopsies d'enfants microcéphales, 2 ou 3 fois seulement Bourneville a trouvé une synostose cranienne partielle.

L'anatomie et la physiologie pathologiques nous conduisent donc à penser que bien rares doivent être les cas où la création d'une suture artificielle au crâne sera

de quelque utilité, et malheureusement l'observation clinique, à laquelle doit toujours rester le dernier mot, a confirmé cet arrêt.

Résultats. — Il faut envisager successivement : 1° les *résultats immédiats*, c'est-à-dire la *gravité opératoire*; 2° les *résultats thérapeutiques*.

a) Résultats opératoires. — Au premier abord, la gravité opératoire paraît considérable. En présentant un enfant de six ans auquel on avait pratiqué un an auparavant la craniotomie, Dana déclarait que dans trois autres cas il avait vu mourir les opérés en quelques heures. Binnie dresse une statistique où la mortalité est de 24,5 p. 100, et sur 89 cas J.-F. Barbour (de Louisville) trouve 16 décès. Je ne tiens pas compte de la statistique de A. Starr : 14 morts sur 34 cas, car les faits les plus disparates y sont réunis. Par exemple, l'écoulement rapide du liquide céphalo-rachidien y est considéré comme un facteur de gravité, ce qui est évidemment erroné pour la craniotomie proprement dite, où l'on ne doit pas ouvrir la dure-mère.

En réalité, l'opération bien conduite est assez bénigne pour qu'on ait été en droit de la pratiquer à titre d'essai ; en 1891, sur 25 cas, Lannelongue n'avait perdu qu'un opéré. Ce qui pèse sur la statistique, c'est l'inexpérience de certains opérateurs, c'est parfois l'emploi de procédés spécialement graves.

Je suis loin de prétendre que la léthalité doive être nulle ; Horsley, par exemple, malgré toute son habitude de la chirurgie cérébrale, a vu un de ses opérés succomber en présentant une hyperthermie subite et intense, arrivant à 42°. Mais on peut conclure de la série intégrale de Lannelongue, la seule qui ait une importance numérique réelle, que la gravité n'est nullement hors de proportion avec celle de la maladie. C'est donc des résultats thérapeutiques que vont dépendre les indications.

b) Résultats thérapeutiques. — Si l'on prend la statistique dressée par J.-F. Barbour, on trouve les résul-

tats suivants, pour les 73 sujets sur 89 qui ont survécu à l'opération :

Résultats certainements nuls	20
Pas de renseignements	4
Diminution des attaques épileptiformes	1
Améliorations	48

Voilà certes qui serait beau ; améliorer 48 microcéphalies sur 89, fût-ce au prix de 16 décès ! Mais si on analyse les faits de près, en dépouillant chaque observation, on arrive à une conclusion bien moins consolante.

Presque tous les auteurs qui ont fait des craniotomies pour microcéphalie ont observé une *amélioration immédiate* parfois remarquable. Ce n'est évidemment pas constant, et par exemple le résultat a été absolument nul chez les malades d'Estor, de Heurtaux, de J.-F. Barbour. Mais dès les premiers jours, Th. Anger, Horsley, Prengrueber, etc., ont noté quelques modifications favorables ; les enfants criaient moins, semblaient acquérir quelque fixité dans le regard ; quelques-uns ont cessé de se salir au lit comme ils le faisaient constamment jusque-là et pour la première fois de leur vie ont demandé le vase.

C'était encourageant, et pendant quelques mois les chirurgiens ont espéré que peu à peu, l'amélioration s'accentuant, on arriverait, avec le temps, à des résultats satisfaisants. Ne fallait-il pas du temps, pour que le cerveau reprît son essor, à la faveur de la suture artificielle ?

Malheureusement, l'avenir n'a pas réalisé ces promesses, et les *résultats tardifs* ont été d'ordinaire nuls, ou à peu près, même chez les malades qui avaient d'abord semblé moins idiots. C'est ce qui eut lieu très nettement, par exemple, chez une opérée de Maunoury (de Chartres) ; chez cette fillette, l'amélioration commença dès le deuxième jour et s'accentua pendant les deux premiers mois, mais à partir de là elle cessa et

l'idiotie redevint complète, quoique la palpation démontrât la persistance de la tranchée osseuse non ossifiée. Il en fut de même chez l'opérée de Th. Anger.

Dès lors, les succès enregistrés au bout de quelques jours, quelques semaines, quelques mois même, ne prouvent absolument rien, et sur la nullité du résultat définitif le silence des optimistes de la première heure est significatif.

Les observations suivies pendant assez longtemps pour avoir quelque valeur sont exceptionnelles. L'une d'elles est celle que, dans son premier mémoire, Lannelongue a communiquée à l'Académie des Sciences. A cette date, l'amélioration immédiate était déjà évidente, et, ayant pu voir l'enfant cinq ans après, j'ai constaté que certainement on avait, au total, obtenu un résultat assez favorable ; la fillette joue, court, reconnaît les personnes de son entourage, mange seule ; mais son intelligence est restée des plus obtuses. A côté de ce fait, on ne peut guère ranger que ceux de Cerné, de Chénieux, de Wyeth, de Joos, de Keen, de Dana, de Largeau, de Lanphear et d'Eskridge.

Ces faits sont rares, incontestablement ; mais ils suffisent à démontrer que le résultat n'a pas toujours été tout à fait nul. Ils sont toutefois passibles d'une objection, à laquelle il a été impossible de répondre avec netteté ; après l'opération, on s'est occupé, plus qu'on ne l'avait fait jusque-là, de ces enfants auparavant abandonnés, et dès lors quelle part doit revenir au traitement pédagogique, dont les heureux effets sont hors de doute ?

Il semble bien qu'à cette éducation il faille attribuer, dans ces succès relatifs, une part réelle, peut-être même considérable. Mais aussi il faut faire entrer en ligne l'acte opératoire, ainsi que le démontrent les améliorations immédiates, trop souvent fugaces, il est vrai. Ces améliorations sont impossibles à expliquer, mais nous devons les enregistrer.

Dans certains cas, donc, on obtient quelque chose ;

dans la majorité, on n'arrive à rien. Pouvons-nous faire, entre ces deux catégories, des différences cliniques nous conduisant à des indications thérapeutiques? D'après Binnie, il faut distinguer selon que la microcéphalie est congénitale ou acquise ; dans cette seconde variété, dont les faits de Mc Clintock, Cerné, Keen, etc., nous offrent des exemples, l'enfant se développe d'abord bien, puis s'arrête et devient idiot, tandis que son crâne reste petit et s'ossifie prématurément ; c'est alors qu'il conviendrait d'opérer.

En théorie, cette opinion est séduisante ; mais en pratique on est vite convaincu, par la lecture des observations, que parmi les enfants devenus nettement microcéphales après leur naissance, les résultats favorables ne sont pas plus nombreux que parmi les autres.

On pourrait encore chercher à apprécier par la palpation où en sont les sutures ; si on les trouve ossifiées, l'opération aurait quelques chances de succès. Ici encore, nos investigations sont vaines. Nous apprécions bien l'état des fontanelles, mais c'est à peu près tout ; et par exemple sur un opéré de Lannelongue, mort quelques mois après à Bicêtre, Bourneville a constaté, à l'autopsie, que les sutures n'étaient pas ossifiées. Je crois qu'il a, depuis, multiplié les constatations de ce genre.

Revel se demande si l'on ne devrait pas réserver l'opération aux sujets au-dessous de cinq ans ; passé cet âge, l'intervention serait à la fois plus grave et inefficace. C'est oublier que l'enfant présentée par Dana avait six ans ; qu'une jeune femme opérée par L. Bauer a vu diminuer une paralysie spasmodique et a pu ensuite enfiler une aiguille.

Si donc nous voulons opérer, il faut le faire au petit bonheur, pour ainsi dire, en considérant, avec Keen, qu'on ne perd rien à un résultat nul, ni même à un décès. L'unique question est de savoir si les améliorations obtenues méritent d'être prises en considération ; discussion philosophique et non plus chirurgicale.

Certains médecins seront fiers d'avoir transformé un

idiot complet en un demi-idiot, capable de marcher et de manger seul, d'expulser à peu près proprement ses déjections, de reconnaître quelques personnes et de prononcer quelques paroles ; certaines familles accueilleront avec joie les semblants de démonstrations affectives qui deviendront alors possibles.

D'autres — et c'est de ceux-là que je suis — pensent que, la guérison réelle n'ayant jamais été obtenue jusqu'à présent, ces progrès partiels sont bien insignifiants ; je les trouverais même volontiers plus nuisibles qu'utiles, et cette opinion s'applique autant aux résultats du traitement pédagogique qu'à ceux du traitement opératoire. Transformer un idiot en un demi-idiot est une mauvaise besogne ; si l'enfant reste tout à fait incapable de subvenir à ses besoins, comme il est de règle, il est pour la société une charge inutile ; et si, par hasard, il peut un jour quitter l'asile pour entrer dans la vie commune, alors il devient directement dangereux par sa capacité à fournir une progéniture presque fatalement défectueuse.

Cette philosophie un peu brutale est la seule qui respecte les lois universelles de la sélection naturelle, et elle nous mène à regretter que, malgré l'exemple de Sparte, l'emploi du Barathre ne se soit pas généralisé dans le monde civilisé ; à considérer qu'après tout, la craniotomie aurait peut-être pour principal avantage de remplacer, infidèlement, hélas ! ce gouffre démodé. Mais ce rôle ne doit jamais être le nôtre, et c'est pour cela que, les meilleurs résultats étant nuls à mes yeux, j'ai toujours, sauf une fois, refusé d'intervenir, quoique j'en aie bien des fois été sollicité ; et je remarquerai que les observations, publiées en grand nombre de 1890 à 1893, sont devenues bien rares aujourd'hui.