

Une couronne contiguë à celle-ci et placée en avant découvrirait le centre des mouvements de l'écriture (pied de la deuxième frontale, agraphie).

Face. — Langue. — Tiers inférieur de la ligne rolandique, en prenant comme centre l'extrémité même de la ligne (en F, fig. 218). Une couronne contiguë et placée en avant découvrira entièrement la partie postérieure de la troisième frontale.

Lobe temporal. — Entre la ligne sylvienne et le conduit auditif, très près de la ligne sylvienne, si l'on cherche le centre de la mémoire, des sons, de la parole (surdité verbale); juste au-dessus du conduit auditif, si l'on soupçonne un abcès dans le lobe.

Pli courbe. — Centre visuel. — Sur la ligne sylvienne, à 6 centimètres du lambda (en Pc, fig. 218).

Lobule du pli courbe. — Sur la même ligne, à 9 centimètres du lambda, la couronne sera placée juste au-dessus de la ligne (en LPc, fig. 218).

Le sinus latéral suit la ligne qui va du trou auditif à l'inion; au-dessus de la moitié antérieure de cette ligne, c'est encore le lobe temporal; au-dessus de la moitié postérieure, c'est le lobe occipital, et ces deux lobes sont limités en haut par la ligne naso-lambdaïdienne.

Cervelet. — Au-dessous de la ligne allant du trou auditif à l'inion, mais à 1 bon centimètre au-dessous de cette ligne, pour éviter le sinus latéral, c'est le cervelet. Plus pratiquement encore, joindre par une ligne droite le sommet de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe, et trépaner au milieu de cette ligne; il faudra traverser une couche musculaire assez épaisse, mais l'ouverture répondra à la partie centrale du cervelet, et au point déclive de la fosse cérébelleuse (*). (Poirier.)

CHAPITRE III

DIFFORMITÉS ET VICES DE CONFORMATION DES OS DU CRANE

Nous n'étudierons ici que la microcéphalie, l'hydrocéphalie congénitale et l'encéphalocèle.

(* On sait que depuis Broca l'aphasie a été divisée en quatre formes, grâce surtout aux travaux de Charcot, Magnan, Vernike, Kussmaul.

Surdité verbale. — Le malade parle, lit, écrit, entend, mais ne comprend pas; il a perdu la mémoire des sons de la parole.

Cécité verbale. — Le malade entend et comprend le langage parlé; il parle bien, il peut même écrire, machinalement, mais il ne peut lire ni ce qu'il a écrit, ni l'imprimé, ayant perdu la mémoire des formes des lettres, et des mots écrits ou imprimés; ce centre est placé vers le tiers antérieur de la deuxième circonvolution pariétale gauche (lobule pariétal inférieur).

Agraphie. — Le malade parle, entend, lit, peut même copier un mot comme il copierait un dessin, mais il est incapable d'écrire, ayant perdu la mémoire des mouvements de l'écriture (pied de la deuxième frontale gauche).

Aphémie. — Le malade comprend le langage parlé, il lit, écrit, émet quelques sons, mais il ne peut plus parler, ayant perdu la mémoire des mouvements méthodiques et coordonnés, qui correspondent à la syllabe cherchée; ce centre a son siège dans le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale gauche (Poirier).

I

MICROCÉPHALIE

Le professeur Lannelongue, acceptant l'idée émise par Virchow que la microcéphalie avait pour cause une ossification prématurée des sutures, a proposé de favoriser chez les microcéphales l'expansion du cerveau « par une opération (craniectomie) destinée, en traçant dans la paroi crânienne des pertes de substance linéaires, à permettre sa mobilisation sur une étendue variable ».

La craniectomie de Lannelongue, la craniotomie de Keen, ont été conseillées par Fuller (1878), par Guéniot (1880) et exécutées par Lano (1888, Observ. restée inédite), mais il serait injuste de méconnaître que c'est seulement après la communication de Lannelongue à l'Académie de médecine (juin 1890) que ces opérations ont été acceptées et pratiquées.

« Dans la technique de Lannelongue, le crâne est attaqué d'abord avec une petite couronne de trépan, et en la prenant comme point de départ, on creuse le fossé crânien, à l'aide d'une pince gouge spéciale: le bec inférieur de cette pince, dépassant le bec supérieur, décolle la dure-mère qui n'a besoin d'être détachée avec une spatule spéciale qu'au niveau des sutures; la largeur de la brèche est d'environ 1 centimètre, et il est inutile de réséquer à son niveau le périoste, qui se recroqueville, sans reproduire d'os; quant à la direction de la brèche, elle peut être linéaire, suivant le sinus longitudinal supérieur, le sillon de Rolando, la suture fronto-pariétale, ou curviligne, et délimitant un lambeau crânien de dimensions variables.

« Le manuel opératoire indiqué par Lannelongue a été suivi intégralement par presque tous ceux qui depuis sa communication ont fait des craniotomies, et le total de celles-ci s'élève aujourd'hui à plus de 100. La plupart ont été linéaires, en simple fossé para-médian plus ou moins long et large (Heurteaux, Keen, Bauer, Horsley, Clayton-Parkill, Lane, Bilhaut, Moulouguet, Prengrueber, Piéchaud, Barlow, Estor, Joos), quelquefois double (Wyeth), parfois en fossé transversal, suivant la suture fronto-pariétale (Chénieux). Plus rares ont été les craniotomies à lambeaux, demi-circulaires (Gerster et Sachs), en fer à cheval (Largeau), en U (Reboul, Bunicy), en Γ (Jaboulay, Bœckel). » (Chipault.)

Plus hardis encore dans leurs attaques crâniennes ont été Postempski et surtout Wyeth (1895) et Doyen (*Hémicraniectomie*, 1896) (*) qui ouvrent le crâne des microcéphales « comme une écaille d'huitre » (Chipault).

RÉSULTATS OPÉRATOIRES. — En raison de l'âge des sujets, de leur déchéance, la craniectomie reste une opération grave: elle a donné un décès sur 24 opérés à Lannelongue, 5 décès sur 4 opérés à Dana; Brunner dans sa statistique de 1892 en relève 24 sur 100, et Barbour en 1895, 16 sur 89 opérations (Chipault).

Les résultats fonctionnels ont été des plus médiocres, et si dans les premières semaines, les premiers mois, certains sujets ont été améliorés, l'idiotie est redevenue ensuite complète; on n'a réussi quelquefois qu'à transformer un idiot, en un demi-idiot, ce qui est une mauvaise besogne, s'écrie Auguste Broca.

Ce jugement n'est pas sans appel, mais on s'explique très bien les insuccès de

(* De l'hémicraniectomie temporaire, par Adrien Marrotte. Thèse de Paris, 1896.