

D'ailleurs, ces diverses déformations n'entravent en rien le développement du cerveau. On a attribué également à la synostose anormale un rôle prépondérant dans le développement de la *microcéphalie*. En effet, eu égard à l'âge auquel apparaît la synostose anormale, celle-ci peut être divisée en congénitale, infantile et juvénile. Or, il est aisé de concevoir qu'une boîte crânienne inextensible dès la naissance opposera un obstacle absolu au développement régulier de l'encéphale : aussi Virchow attribua-t-il la microcéphalie à l'oblitération prématurée des sutures. Cependant d'éminents esprits, Cruveilhier entre autres, ont pensé que la synostose prématurée était non pas la cause, mais le résultat de l'arrêt de développement du cerveau. C'était également l'opinion de P. Broca, qui a trouvé les sutures entièrement libres sur tous les crânes de microcéphales, non seulement chez les individus encore enfants, mais aussi chez ceux qui ont atteint l'âge adulte. Des faits récents paraissent cependant plutôt favorables à la théorie défendue par Virchow. En 1889, M. Guéniot présentait à l'Académie de médecine un enfant microcéphale dont les fontanelles et les sutures semblaient oblitérées, et formulait cette opinion qu'une opération libératrice pourrait peut-être permettre à l'encéphale de prendre son expansion normale. L'année suivante, M. Lannelongue pratiquait sur le crâne d'un microcéphale la *craniectomie*, c'est-à-dire réséquait une bande de tissu osseux large de 5 à 6 millimètres, longue de 10 à 15 centimètres, opération théoriquement intéressante, répétée un certain nombre de fois depuis cette époque. C'est dans le même but que M. Doyen pratique plusieurs incisions à la dure-mère après avoir rabattu un large lambeau ostéoplastique qu'il remet ensuite en position. Mais les résultats pratiques paraissent être médiocres.

Les sutures ont pour résultat d'amortir les chocs et d'arrêter dans une certaine mesure les vibrations qu'ils produisent, de sorte que, toutes choses égales d'ailleurs, la fréquence des fractures du crâne est en raison de la disparition des sutures : un crâne d'enfant se fracture difficilement, tandis que le crâne d'un vieillard, réduit à une seule pièce, est relativement fragile.

Les sutures du crâne ont perdu de nos jours l'importance qu'elles avaient jadis en médecine opératoire, alors que la trépanation était le traitement obligé des fractures fissuraires de la voûte crânienne ; il y avait alors pour le malade un intérêt de premier ordre à ce que le chirurgien ne confondit pas suture et fissure : aussi la possibilité d'une suture anormale due à la présence d'un os wormien devait-elle être toujours présente à l'esprit de l'opérateur.

Structure et propriétés des os du crâne.

Le crâne est *élastique*. Très développée sur les crânes d'adultes, cette propriété diminue sur les crânes de vieillards. Voici comment on peut le démontrer : deux crânes, l'un d'adulte, l'autre de vieillard (soixante-dix ans, je suppose), sont préparés, c'est-à-dire séparés des os de la face et vidés de leur contenu. Les deux crânes, tenus à un mètre environ au-dessus d'un sol recouvert de dalles, sont abandonnés à leur propre poids et tombent sur le vertex : le crâne d'adulte rebondit comme une balle élastique presque jusqu'au point de départ, tandis que le crâne de vieillard se brise généralement en produisant le bruit classique de pot fêlé.

La disposition de la substance osseuse des os du crâne présente un intérêt