par Hale White, Starr, Bernhardt, contiennent un nombre proportionnellement élevé de tumeurs du cervelet, qui auraient pu être abordées avec succès par le chirurgien.

Hale White, sur 180 cas, trouve 7 tumeurs opérables du cervelet; Allen Starr, 96 tumeurs du cervelet, sur 300 tumeurs observées chez l'enfant, et un tiers environ, soit 10 p. 100 du total, eût pu être opéré avec succès.

Mills et Lloyd, sur 100 tumeurs, en trouvent 9 du cervelet, dont 4 auraient pu être localisées et 3 extirpées.

Bernhardt, sur 485 cas, compte 90 tumeurs du cervelet, dont 41 auraient pu être localisées et 19 extirpées.

Quant aux résultats opératoires, voici les chiffres fournis par Knapp.

D'après le tableau numérique de Knapp, sur 5 cas de tumeurs du cervelet qui ont été extirpées, on compte 2 guérisons et 3 morts. Mais si on contrôle ce tableau par le sommaire des observations, on voit que ces chiffres doivent être rectifiés ainsi : extirpations de tumeurs du cervelet, 4 cas avec 1 guérison et 3 morts.

La statistique de Starr, plus récente, est aussi plus étendue. Cinq fois, le chirurgien a enlevé une tumeur du cervelet, 2 fois avec succès, 3 fois avec mort consécutive. Mais à côté des faits d'extirpation, il y a les faits dans lesquels le chirurgien n'a pas trouvé la tumeur (9 cas) et ceux dans lesquels la tumeur, bien que trouvée, ne put être enlevée.

Le nombre total des interventions se trouve élevé à 22 dans la statistique que j'ai établi avec Maubrac, qui se décomposent ainsi :

7 ablations, 3 guérisons (Maunsell, Starr et M. Burney, Macewen), 4 morts (Suckling, May, Horsley, Parry); 15 cas dans lesquels la tumeur n'a pas été enlevée et qui ont donné 7 guérisons opératoires et 8 décès.

Les guérisons opératoires, sans extirpation, sont dues à :

Amidon et Weir (le patient succomba dix semaines plus tard; sarcome); Knapp et Bradford (le patient

mourut tardivement d'une hernie cérébrale compliquée d'encéphalite);

Macewen : deux cas, pour tuberculose;

Maudsley : tumeur adhérente à l'occipital, qui ne fut point enlevée;

Kocher : enfant auquel après trépanation décompressive a été réséquée une hernie cérébelleuse;

Postempski : le malade a été deux fois trépané, avec succès, mais l'existence d'une tumeur est parfaitement douteuse.

De cette classe d'opérés, un seul est donc à retenir comme guérison prolongée, celui de Maudsley, et encore la tumeur dépendait-elle peut-être plutôt de l'occipital que du cervelet.

Dans la dernière édition de son livre, von Bergmann réunit 12 tumeurs cérébelleusss opérées, avec 6 décès.

Que signifient toutes ces études d'ensemble, où sont réunies des interventions curatives et palliatives, où se coudoient les localisations exactes, erronées et impossibles, où gisent pêle-mêle tuberculose, syphilis et cancer? Rien. La seule méthode scientifique consiste à étudier séparément, et sans trop de souci des chiffres, ce qu'ont donné les divers procédés thérapeutiques, radicaux ou palliatifs, selon la séméiologie et la nature de la tumeur traitée.

§ III. — TRAITEMENT CURATIF

Quel que soit le traitement qu'on se propose d'appliquer, il va sans dire qu'il faut d'abord avoir reconnu l'existence d'une tumeur intra-cranienne; cela fait, le traitement curatif ne sera réalisable que si les symptômes ont permis de localiser le siège de cette tumeur et si, d'autre part, la nature du néoplasme, la disposition des lésions sont favorables à l'exérèse ou tout au moins au drainage. C'est seulement quand on aura la réponse, positive ou négative, à ces diverses questions, qu'on

entreprendra l'opération, et toujours on saura que l'on est exposé, même lorsque le plan opératoire paraissait bien réglé d'avance, à s'en tenir à une intervention exploratrice, heureux encore qu'elle puisse devenir palliative.

Voyons donc, dans le détail, les données cliniques et anatomo-pathologiques qui doivent régir nos décisions chirurgicales.

A. — DONNÉES CLINIQUES

Comme le dit fort justement Byrom-Bramwell, en étudiant au point de vue chirurgical la symptomatologie des tumeurs intra-craniennes, on doit établir les quatre catégories suivantes :

a) La tumeur est latente;

b) Il y a des signes d'affection cérébrale dont on ne peut déterminer la nature;

c) Il y a des accidents de compression cérébrale dont on ne peut déterminer le siège;

d) Il y a des phénomènes de localisation.

Cette classification va nous être fort utile, mais on aurait tort de conclure, avec son auteur, que seule la quatrième catégorie ressortit au chirurgien.

Les *tumeurs latentes* ne sont pas rares; souvent le cerveau et le cervelet s'habituent mieux qu'on ne l'eût pensé à des compressions progressives; la chose n'est plus à démontrer. Des faits fort intéressants pour le chirurgien sont ceux où une tumeur reste latente jusqu'au moment où le crâne subit un trauma; de là des problèmes cliniques parfois difficiles à résoudre; de là aussi des discussions sur le rôle du trauma dans la genèse des néoplasmes. Je ne reviendrais pas ici sur ces faits, que j'ai déjà signalés, si dans des cas de ce genre plusieurs chirurgiens n'avaient pratiqué une trépanation exploratrice, parfois palliative.

Sans être d'une fréquence extrême, les tumeurs cérébrales latentes ne sont pas exceptionnelles et, par exemple, plusieurs observations en ont été relatées par H. White. Mais, que démontrent ces faits? Tout simplement que les cas de ce genre sont au-dessus des ressources de l'art, quels que soient la nature et le siège de la tumeur, et que ces cas ne sont pas rares, sans qu'il convienne d'en exagérer la fréquence. Mais ils ne prouvent rien pour les cas où existe une indication symptomatique. Joignons-leur, par surcroît, les faits de la deuxième catégorie de Byrom-Bramwell, ceux qui s'accompagnent de signes d'affection cérébrale dont on ne peut déterminer la nature, et nous aurons un ensemble de cas où nous devrons nous déclarer désarmés.

Même ainsi cette somme correspond-elle à la majorité des cas de tumeur cérébrale? Certains auteurs sembleraient disposés à le croire, d'après les tableaux statistiques où ils alignent des faits empruntés à des médecins différents. Cela ne vaut pas, et de loin, les enseignements que comporte la statistique intégrale d'un observateur compétent; or, d'après une série personnelle de 23 cas, Oppenheim déclare que le diagnostic de l'existence est possible dans 80 p. 100 des cas.

Donc, les deux dernières catégories de Byrom-Bramwell constituent la grande majorité des cas. De quelle façon se prêtent-elles à l'intervention chirurgicale?

Si nous nous plaçons exclusivement au point de vue du *traitement curatif*, c'est-à-dire de l'extirpation, nous devons négliger la troisième catégorie, malheureusement la plus fournie, celle où les symptômes diffus ne permettent guère que le diagnostic de l'existence. Parmi ces symptômes, peut-on, comme le pense Bergmann, se fier jusqu'à un certain point à la sensibilité localisée à la pression? Heath l'a cru et a en effet mis à nu de la sorte une tumeur frontale volumineuse, trop adhérente d'ailleurs pour être enlevée. Mais ce demi-succès ne saurait peser bien lourd dans la balance et je ne me fierai pas, pour ma part, à ce symptôme si volontiers trompeur.

Les seuls cas réellement justiciables de l'extirpation

sont donc ceux où il existe des symptômes de localisation, et, dans ce sens, nous accorderons à Byrom-Bramwell, à Bergmann, que les cas chirurgicaux sont rares. Ce sera d'ailleurs seulement pour le regretter et non point pour en tirer argument contre la légitimité de l'intervention. Et dans cette minorité, nous allons encore établir des distinctions entre les cas plus ou moins favorables.

Trois types cliniques, en effet, sont à distinguer, selon que les signes de localisation existent seuls, et, s'ils existent en même temps que les signes diffus, selon qu'ils auront été les premiers ou les seconds en date.

Bien évidemment, lorsque les signes de localisation auront été précédés par les signes diffus, les conditions ne seront pas des meilleures, quoique l'on puisse garder quelque espoir s'ils n'ont été précédés que de peu. Le cas vaudra mieux, si les signes de localisation ont débuté et l'appréciation sera fondée alors sur le temps depuis lequel les signes diffus auront apparu, sur l'importance relative qu'ils auront acquise dans l'ensemble symptomatique. Mais là encore, et à supposer les chances les plus favorables, ce n'est pas l'idéal. L'idéal, c'est le diagnostic précoce des cas où la tumeur, méningée ou purement corticale, en est encore à la période d'un seul signe de localisation et, parmi ces signes, l'épilepsie jacksonienne est incontestablement le meilleur.

Mais alors, dira-t-on, êtes-vous bien sûr qu'il s'agisse d'une tumeur? Non, sans doute, mais il ne faut pas attribuer à cette objection une bien grande valeur, puisque, en somme, on arrive de plus en plus à penser que toute épilepsie jacksonienne rebelle au bromure de potassium doit être soumise à la trépanation. Cette trépanation précoce sera donc, en réalité, souvent exploratrice, et nous y reviendrons à propos de l'épilepsie dite essentielle; mais peu importe, car c'est la meilleure condition de succès si, opérant de bonne heure, on tombe sur une tumeur, comme dans le cas bien connu de Péan, Ballet et Gélineau; et de plus c'est

également la meilleure condition pour que la trépanation, si elle reste exploratrice, soit bénigne; nous ne saurions accorder à Seguin que l'intervention puisse être trop hâtive, à une époque où la tumeur n'est pas encore assez volumineuse pour être découverte.

N'y aura-t-il pas des erreurs de diagnostic, ne cherchera-t-on pas quelquefois en vain sur la zone rolandique des tumeurs qui existent ailleurs, parfois même hors du trajet du faisceau pyramidal?

Certes si, et en parcourant les observations, on arrive, même pour les cas de ce genre, à un total respectable; mais cela prouve seulement, ce que proclament d'ailleurs tous les cliniciens expérimentés en la matière, que les signes dits de localisation n'ont pas une valeur absolue, que nous devons sans trêve chercher à perfectionner les connaissances grâce auxquelles nous deviendrons capables de faire le départ exact de ce qui revient aux symptômes indirects.

Quelque paradoxal que puisse paraître le fait, c'est pour les tumeurs accompagnées de troubles moteurs paraissant permettre de les localiser sur la zone rolandique, que j'ai vu, dans ma pratique personnelle, le plus d'erreurs de diagnostic; et je ferai remarquer que dans tous ces cas je ne me suis pas fixé à mes propres forces. Il s'agit en effet de malades qui, venus d'abord vers moi, ont été soumis par moi à l'examen de neurologistes compétents; ou bien de malades auprès desquels j'ai été appelé par un spécialiste qui croyait bien me mener sur une tumeur de la région motrice. Si je nomme, pour partager ma responsabilité, Déjerine, Brissaud, Pierre Marie, on conclura que personne n'est à l'abri de l'erreur et je rappellerai que Byrom-Bramwell est autorisé à conclure que tous les signes, sauf l'hémianopsie, sont faillibles.

Mais avant de proclamer qu'ils sont en défaut, il faut un examen anatomique complet, car voici ce qui est arrivé à Krönlein : un jour on cherche en vain une tumeur rolandique et on conclut à une erreur de dia-

gnostic — or un an et demi après, à l'autopsie, la tumeur était bien au point trépané : c'est donc que lors de l'opération elle était sous-corticale, et trop petite pour être appréciable.

Aussi devra-t-on souvent prendre son parti de faire une opération exploratrice. Mais l'argument principal opposé à ces interventions, est leur gravité encore assez grande, sur laquelle Lucas-Championnière a insisté, à propos d'un important rapport où Terrier relatait une exploration infructueuse, mais bénigne, de la face interne de l'hémisphère. Et cependant Lucas-Championnière ne craint pas la trépanation, dont il est au contraire un des plus fervents adeptes.

Malgré cette restriction, il est certain que cette gravité ne doit pas être exagérée, et que la trépanation exploratrice est amplement justifiée : car non seulement on a vu des malades subir l'opération sans aucun dommage; mais encore il y en a, dont le nombre croît chaque jour, qui en ont retiré le bénéfice d'une amélioration notable, comme nous le verrons en parlant du traitement palliatif.

B. — DONNÉES ANATOMIQUES

Pour être passible du traitement curatif, une tumeur, dont on aura déterminé le siège, devra être accessible, de volume raisonnable, limitée, et non point infiltrée.

Siège. — Une tumeur est *accessible*, lorsque, corticale ou superficiellement sous-corticale, elle est en rapport avec la voûte du crâne. Mais faut-il prendre ces délimitations au pied de la lettre? Ce serait un tort, car certaines tumeurs de la face interne ou de la base sont accessibles.

Pour déterminer avec quelle fréquence une tumeur cérébrale est accessible, Bergmann a édifié des raisonnements qui ont pour point de départ une importante statistique de Hale White, d'après 100 autopsies pratiquées à Guy's Hospital.

Cette statistique, examinée au point de vue chirurgical, montre que sur 100 tumeurs, 9 seulement étaient opérables (1 tubercule, 4 gliomes et sarcomes, 2 de nature indéterminée, 1 kyste, 1 myxome), c'est-à-dire réunissaient les conditions voulues de volume, de limitation, d'accessibilité.

Et, ajoute Bergmann, à cela il faut joindre les erreurs de diagnostic sur l'existence et le siège. Que sert qu'une tumeur de la pointe temporale ou occipitale ou d'un hémisphère cérébelleux soit anatomiquement accessible, puisqu'elle sera cliniquement latente ou tout au moins impossible à localiser? Or, dans les 9 cas opérables anatomiquement de la statistique de Hale White, il y a 5 tumeurs du cervelet, 1 de la pointe frontale, 1 de la pointe occipitale; quant au myxome de la dure-mère, il n'avait donné lieu à aucun symptôme.

Donc les tumeurs qui réunissent les conditions requises à la fois par l'anatomie pathologique et par la clinique sont très exceptionnelles et on peut les évaluer à 4 p. 100 du total, à 2 p. 100 même seulement d'après Bergmann.

La statistique de Byrom-Bramwell dépose dans le même sens.

Sur 10 115 malades observés par B. Bramwell, 82 étaient atteints de tumeurs intra-craniennes (diagnostic certain).

Ces 82 faits se décomposent ainsi :

1 fois, la tumeur fut trouvée à l'autopsie : elle n'avait déterminé aucun signe spécial durant la vie;

18 fois, les symptômes de localisation étaient absents, ou tout au moins insuffisants pour indiquer le siège de la tumeur;

22 fois (y compris 12 cas de tumeur du cervelet) le siège ou le grand volume (1 cas) de la tumeur, rendaient douteux le succès de l'intervention;

1 fois, la tumeur était multiple;

5 fois, il s'agissait de tumeur maligne (cancer ou sarcome mélanique);

20 fois, les patients furent tellement améliorés par le traitement que l'intervention ne parut plus nécessaire : la plupart étaient syphilitiques;

4 fois, l'évolution montra qu'une opération aurait peut-être été praticable.

Au total, sur 77 de ces 82 cas, l'opération était contre-indiquée lorsque Byrom-Bramwell vit le malade.

Restent donc 5 cas : chez 2 malades, le succès de l'intervention aurait été extrêmement douteux ; les 3 autres auraient pu subir l'opération avec un succès probable.

De ces 82 cas, 22 ont été examinés après nécropsie : sur ces 22 cas, l'ablation eût été impossible 17 fois.

Les 5 autres tumeurs auraient pu être probablement enlevées, si un diagnostic avait été posé et une opération entreprise.

Mais 3 de ces tumeurs ne s'étaient accompagnées d'aucun signe de localisation ; la quatrième était si étendue que l'opération eût été fatale.

Dans le dernier cas, enfin, le patient guérit complètement, pour un temps, par un traitement interne, et les symptômes ne reparurent qu'après une chute d'un lieu très élevé.

Byrom-Bramwell a examiné une série de 28 sujets, morts dans les services d'autres confrères : dans un seul cas, la tumeur eût pu être extirpée avec succès.

Dans une statistique provenant de l'Institut anatomique de Munich, Seydel nous apprend que sur 100 tumeurs il y avait 39 sarcomes ou gliomes, dont 2 opérables et d'ailleurs diagnostiqués à temps et exactement par von Ziemssen et par Bauer. Mais la proportion est meilleure dans le relevé fait par von Beck à Heidelberg : sur 51 tumeurs (dont 42 sarcomes, gliomes et psammomes), 24 fois fut établi un diagnostic suffisant, et 8 fois l'état anatomique fait croire que l'opération aurait été possible, et même heureuse.

De ces statistiques, qui ont le mérite d'être intégrales, on peut rapprocher la statistique plus favorable, mais « en mosaïque », dressée par Allen Starr sur 600 cas, dont 164 eussent pu être accessibles au chirurgien.

De ce total de 164 tumeurs, il y en avait 46 pour lesquelles l'opération était clairement indiquée, et 37 pour lesquelles une tentative d'ablation eût été probablement suivie de succès : c'est donc 37 tumeurs opérables sur 600, soit environ 6 p. 100. Voici ce tableau auquel

j'aurai à renvoyer plusieurs fois dans la suite de cet article.

	TUBERCULE		GLIOME		SARCOME		GLIO-SARCOME		KYSTE		CARCINOME		GOMME		INDÉTERMINÉES		TOTAL	
	Enfants	Adultes	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A
I. Axe cérébral :																		
1° Ganglions de la base, et ventricules latéraux	14	3	3	9	5	8	»	»	1	1	1	2	»	1	3	5	27	20
2° Tubercules quadrijumeaux et pédoncules	16	1	1	2	3	2	»	5	»	»	»	1	»	»	1	7	21	18
3° Protubérance	19	11	10	»	5	1	2	1	1	»	2	2	»	3	1	»	38	18
4° Moelle allongée	»	2	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	6	1
5° Base du cerveau	»	3	»	2	1	3	1	1	1	»	1	2	»	»	4	1	8	10
6° Quatrième ventricule	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5	4
II. Cervelet	47	8	15	8	10	13	1	6	9	»	3	»	»	»	11	10	96	45
III. Tumeurs multiples	34	4	»	2	3	5	»	»	2	»	2	1	»	1	3	1	43	17
IV. Surface corticale	13	9	6	19	1	46	»	8	»	1	1	19	»	13	»	12	21	127
V. Centre ovale	6	2	1	11	5	7	1	4	15	»	1	3	1	»	5	4	35	31
	152	41	37	4	31	86	5	25	30	2	10	31	2	20	30	41	300	300
	123		91		120		30		32		41		22		71		600	

Seules, les tumeurs situées dans le centre ovale ou

dans la zone corticale superficielle sont du domaine de la chirurgie : de ce tableau, il faudra donc retenir seulement 56 cas chez les enfants, et 178 chez les adultes, soit 234 cas. Or de ces 234 tumeurs, 70 étaient inopérables : il reste en définitive 164 cas, que Starr a ainsi répartis dans le tableau que voici :

	TUBERCULES	GLIOMES	SARCOMES	GLIO-SARCOMES	KYSTES	CARCINOMES	GOMMES	INDÉTERMINÉES	TOTAL
Région frontale.. . .	9	9	13	6	4	5	4	9	59
— rolandique. .	12	11	22	1	»	3	7	6	62
— pariétale. . .	2	3	3	»	1	2	»	»	11
— occipitale . .	3	2	4	»	»	5	»	1	15
— temporo-sphénoïdale. . .	1	1	8	1	»	3	2	1	17
	27	26	50	8	5	18	13	17	164

Mills et Lloyd ont trouvé que sur 100 cas qu'ils ont réunis, 10 auraient pu être opérés. Knapp, sur 40 cas, n'en trouve que 2 qui soient opérables et en examinant les 485 cas réunis par Bernhardt, il estime à 7 p. 100 le nombre des tumeurs opérables.

D'autre part, sur 20 autopsies personnelles, Mills a constaté que la moitié environ des tumeurs étaient accessibles, et qu'un quart au moins étaient opérables; Dana, que 5 tumeurs, sur 29 qu'il a observées, auraient pu être enlevées.

Ces statistiques sont fort importantes et elles démontrent, à n'en pas douter, que, jusqu'à nouvel ordre, la minorité seulement des tumeurs intra-craniennes peut être traitée par l'extirpation; mais on aurait tort d'exagérer leur portée. Il s'agit en effet d'*autopsies*, c'est-à-dire de sujets chez lesquels la lésion, abandonnée à

elle-même, est arrivée à son dernier terme; l'observation anatomique est donc prise à une période où la chirurgie est par définition impuissante, mais rien ne prouve que si on eût fait un diagnostic précoce, on n'eût pas pu opérer avec succès certaines tumeurs anatomiquement accessibles, c'est-à-dire primitivement superficielles, et devenues plus tard inopérables à cause de leur volume et de leur diffusion. Et puis, dans bien de ces protocoles d'autopsie, il n'y a en regard qu'une histoire clinique nulle ou insuffisante, et nous ne savons pas à quelle catégorie, en prenant pour base la classification de Byrom-Bramwell, appartenait la tumeur.

Constatons donc simplement le désaccord et concluons qu'un supplément d'enquête s'impose, où l'on tiendra compte à la fois de l'anatomie et de la physiologie normales, de la clinique, de l'anatomie pathologique; qu'il serait surtout intéressant — ce que les documents actuels ne permettent pas encore — d'avoir un relevé complet à ces points de vue des cas où *l'on a jugé utile d'intervenir*. C'est sur ceux-là, en effet, qu'il convient de raisonner, au lieu de discourir pour prouver l'inopérabilité d'une tumeur qu'aucun chirurgien n'eût proposé d'opérer parce qu'il en aurait à coup sûr ignoré le siège et même l'existence. Tout cela prouve, une fois de plus, qu'on fait dire aux chiffres un peu ce que l'on veut.

Même quand on diagnostique une tumeur centrale, faut-il jeter le manche après la cognée? Oui, pour un tubercule ou un sarcome, mais non pour un kyste, pour un kyste hydatique en particulier, qui, à une profondeur quelconque, peut en principe être guéri par la ponction et le drainage.

Voici donc la question de *nature de la tumeur* qui vient compliquer celle d'accessibilité : et cela nous prouve qu'une étude en bloc n'est plus de mise. Utile au début, elle devient maintenant nuisible à la précision des indications opératoires et il faut éviter, que, dans les statistiques futures, les kystes hydatiques, par

exemple, soient mêlés aux sarcomes et aux tubercules, comme dans les relevés de H. White, de A. Starr.

En outre, jusqu'à nouvel ordre, le groupe des « tumeurs de nature inconnue » est encore trop considérable parmi les cas où l'on est intervenu pour que l'on puisse établir des statistiques scientifiques.

Volume. — La tumeur *ne doit pas être trop volumineuse*, et c'est un point sur lequel Bergmann insiste d'une façon toute particulière, car, d'après lui, si on enlève une tumeur volumineuse, même encapsulée, la mort opératoire est la conséquence à peu près fatale de deux complications alors observées : l'œdème aigu du cerveau (dont lui-même a observé un cas) et l'hémorragie. Ces accidents sont encore plus à craindre si la tumeur est grosse et infiltrée, entourée d'une zone de tissu cérébral rouge et ramolli.

Bergmann semble exagérer les craintes. Il est bien certain que plus la tumeur est grosse, plus l'opération est grave; mais on se souviendra que Keen, Horsley, Bramann ont enlevé avec succès des tumeurs pesant 125, 135, 280 grammes. Une des miennes pesait 160 grammes.

D'ailleurs, à quoi reconnaître avec quelques chances d'exactitude qu'une tumeur est grosse et diffuse? Nous n'avons pour critérium que le degré des symptômes diffus de pression intra-cranienne. Or, ce signe est très infidèle et, par exemple, une petite tumeur peut causer, par l'hydrocéphalie ventriculaire, des troubles diffus graves : on l'a observé bien des fois pour les tumeurs de la fosse cranienne postérieure.

Un signe assez probable de tumeur infiltrée est l'apparition de symptômes de compression très prononcés, se développant rapidement, tandis que les signes de localisation sont peu accentués et se développent tardivement. Mais il n'y a là rien de certain, et le plus souvent, on ne connaîtra le volume de la tumeur qu'à l'ouverture de la cavité cranienne. Pour Bergmann, en clinique, on a dans le coma, en tout cas, un signe

permettant de porter un jugement suffisant. A la période de coma, la contre-indication opératoire serait formelle, car on serait presque sûr qu'il existerait déjà, de par une tumeur volumineuse, des lésions d'œdème cérébral que l'opération ne ferait qu'aggraver : mais on répondra qu'un des malades, guéri par Horsley, était semi-comateux depuis dix jours lorsque fut entreprise l'opération.

Chez ce sujet, Horsley a pu mener à bien l'ablation de la tumeur; s'il ne l'eût point réussie, le résultat thérapeutique eût-il été certainement nul? On n'est pas en droit de l'affirmer, car dans des cas de ce genre on a obtenu des résultats palliatifs remarquables, que nous étudierons plus loin.

Nature de la tumeur. — La nature de la tumeur entre à son tour pour beaucoup en ligne de compte, dans les cas tout au moins où on peut la déterminer avec quelque précision, ce qui malheureusement est loin d'être constant. C'est un sujet sur lequel des discussions chirurgicales importantes ont été soulevées, ayant comme point de départ les statistiques d'autopsies établies par Hale White, par Bernhardt, par Allen Starr, par Birch-Hirschfeld, pour déterminer quelle est la fréquence relative des diverses tumeurs.

Voici ces statistiques.

A

Relevé de Hale White.

Tumeurs tuberculeuses	45
Gliomes	24
Sarcomes	10
Gliosarcomes	2
Carcinomes	5
Kystes	4
Lymphome	1
Myxome	1
Gommes	5
Indéterminées	3

B

Statistique de Bernhardt (480 cas).

Tumeurs tuberculeuses	92
Gliomes	52
Sarcomes	65
Gliosarcomes	12
Carcinomes	19
Kystes	23
Myxomes	11
Gommes	16
Hydatides	30
Ostéomes	6
Névromes	4
Psammomes	4
Papillomes	4
Fibromes	3
Cholestéatomes	2
Lipomes	2
Angiomes	2
Kystes dermoïdes	2
Enchondrome	1
Nature indéterminée	130

C

La statistique d'Allen Starr comprend 300 tumeurs chez des sujets au-dessous de vingt ans, et 300 tumeurs chez des adultes :

	Sur 300 sujets au-dessous de 20 ans :	Sur 300 sujets au-dessus de 20 ans :	Sur 600 cas :
Tubercules	152	41	193
Gliomes	37	54	91
Sarcomes	34	86	120
Kystes	30	2	32
Tumeurs indéterminées	30	41	71
Carcinomes	10	31	41
Gliosarcomes	5	25	30
Gommes	2	20	22

D

La statistique de Birch-Hirschfeld ne comprend que des tumeurs primitives (343 cas) :

Tubercules	132
Gliomes	86
Sarcomes	76
Syphilomes	30
Ostéome	7
Lipome	1
Cholestéatomes	2
Myxomes	9

E

Statistique de Seydel (de Munich), 100 cas (statistique de 14 ans à l'Institut pathologique de Bollinger).

8 488 autopsies ; 100 tumeurs du cerveau (1/85).

Tubercules	27
Sarcomes, gliomes et gliosarcomes	99
Kystes hydatiques	2
Actinomycose	1
Cholestéatomes	3
Kystes	2
Carcinomes	2
Psammomes	2
Tumeurs syphilitiques	2
Tumeurs indéterminées	16

Parmi ces relevés, le plus important est celui de Birch-Hirschfeld, parce qu'il ne comprend que des tumeurs primitives, c'est-à-dire précisément celles qui peuvent être, en principe, du ressort de la chirurgie. Ils concordent d'ailleurs tous, dans leurs grands traits, nous montrant que de toutes ces tumeurs, le tubercule est la plus fréquente, puis viennent les tumeurs malignes, où sont réunis les gliomes et les sarcomes, les

kystes relativement assez fréquents ; quant aux tumeurs proprement dites de nature bénigne (ostéomes, lipomes, myxomes), elles sont rares.

a) Syphilomes — Au nombre des tumeurs, au sens purement clinique du mot, tous les auteurs rangent sans hésiter les syphilomes, gommes ou sclérogommes. Ils ont raison, car c'est avec les allures des tumeurs qu'en clinique ils se présentent le plus souvent. Aussi, le premier soin du chirurgien doit-il être de déterminer avec toute la rigueur possible, s'il s'agit ou non d'une lésion syphilitique. Mais, si l'on ne constate avec netteté des commémoratifs ou des lésions concomitantes caractéristiques, l'examen sera souvent en défaut sur ce point, et on est ainsi conduit, dans le doute, à instituer le traitement antisyphilitique, dit « pierre de touche ». En effet, quelque faibles que soient les chances de ce traitement, comme jamais on n'est en droit d'affirmer qu'un homme est indemme de syphilis, on peut faire bénéficier le malade de ce doute.

Donc, mercure et iodure de potassium seront largement prescrits, mais pas plus longtemps que six semaines, deux mois au grand maximum : c'est la limite extrême que l'on doive atteindre. Horsley, au Congrès international de 1890, s'est élevé à juste titre contre la prolongation démesurée du temps pendant lequel on soumet le malade à un « loyal essai » du traitement médical et empirique.

La question n'est pas seulement de déterminer à partir de quand nous devons juger que ce traitement par l'iodure et le bromure de potassium est décidément inefficace. Ce qui la complique, c'est que bien souvent, même en cas de sarcome, l'iodure à haute dose amène d'abord une amélioration qui induit en erreur, comme si, pour un temps, il modérait l'accroissement du néoplasme, et partant les signes de compression. Mais il serait sage de se poser la limite de six semaines; si, au bout de ce temps, il n'y a pas une amélioration très nette, n'hésitons pas à faire une trépanation exploratrice.

« L'inefficacité constante du traitement médical contre les tumeurs en général est bien connue, dit Horsley; et pourtant si le chirurgien est ici trop souvent en présence de néoplasmes devenus inopérables, c'est précisément parce que l'on a perdu du temps à cette thérapeutique. »

D'ailleurs, même en cas de syphilis certaine le traitement spécifique, dans le cas particulier, n'est pas toujours d'une efficacité souveraine. Gowers, puis Horsley, affirment que la pachyméningite, dont la tendance est grande à s'étendre même après l'ablation, n'est qu'améliorée et non guérie par le traitement spécifique. Horsley n'hésite pas à dire : « Pour les gommes cérébrales, des autopsies m'ont convaincu qu'il en est de même. Pour guérir ces lésions, le seul moyen, tout comme pour les tubercules, consiste à les extirper ».

Cette proposition est trop radicale et malgré l'autorité de Horsley nous continuerons à penser que, si le sujet est syphilitique, le traitement a de grandes chances de succès; que s'il ne l'est pas avec certitude on doit essayer, mais sans s'y obstiner, le traitement « pierre de touche ». Mais je ne crois pas, par contre, qu'il faille confirmer sans appel la condamnation *a priori* prononcée par Bergmann contre les interventions pour syphilis avérée. En théorie, sans doute, son argumentation n'est pas dépourvue de vraisemblance. Lorsqu'on intervient pour lésion syphilitique, dit-il, on trouve une gomme ou bien une cicatrice : qu'on enlève la gomme, soit, mais si on excise la cicatrice, il s'en formera une nouvelle après l'opération ; or, qui pourrait répondre que le malade ait gagné au change? Les conditions ne sont pas comparables à celles dans lesquelles se trouve le chirurgien qui intervient pour une épilepsie traumatique : dans ce dernier cas, on remplace une mauvaise cicatrice par une cicatrice que l'on espère meilleure.

Le raisonnement est séduisant et paraît solide, mais, comme partout, il doit s'incliner devant les faits. Or, dès 1885, nous trouvons une observation fort importante