

1. Les *tumeurs des hémisphères cérébraux* conduisent le plus souvent au développement graduel d'une hémiplégié qui doit être considérée en partie comme symptôme direct, et en partie comme symptôme indirect de foyer. Comme la néoplasie est souvent contiguë à la couche corticale, il s'ensuit que les symptômes corticaux sont d'une fréquence particulière en cas de tumeurs des hémisphères. L'*hémiplégié* se compose d'ailleurs assez souvent d'une série de monoplégiés qui s'ajoutent l'une à l'autre, de manière par ex. que le facial est paralysé tout d'abord, puis un bras et ensuite la jambe. Ces étapes paralytiques successives sont le plus souvent associées à des *convulsions* qui se bornent à un membre ou à une moitié du corps, mais qui s'étendent quelquefois au corps entier. D'après le siège particulier de la tumeur, d'autres symptômes de foyer se produisent: de l'*hémianesthésie* quand la zone pariétale du cerveau ou la partie postérieure de la capsule interne sont atteintes; de l'*hémioptie* quand l'un des lobes occipitaux est compromis; des *troubles aphasiques* quand les environs de l'insula gauche participent au désordre, etc.

2. *Tumeurs de la base du cerveau.* Les néoplasmes basilaires comptent parmi les tumeurs cérébrales les plus fréquentes et donnent lieu ordinairement à un tableau morbide assez caractéristique. Une partie de ces tumeurs végète sur la *base du crâne*; ce sont un grand nombre de sarcomes, les néoplasmes syphilitiques (périostites gommeuses), etc. D'autres néoplasmes ont leur point de départ dans les *méninges* (surtout la dure-mère), d'autres encore dans les *parties du cerveau* qui confinent à la base. Parmi ces derniers, les plus remarquables sont ceux qui naissent dans l'*hypophyse du cerveau*. Sous le rapport clinique cependant, le lieu précis d'origine n'a pas grande importance, attendu qu'à raison des étroites limites dans lesquelles ces parties sont resserrées, les symptômes cliniques ne diffèrent pas essentiellement et ne permettent pas d'aller au delà du diagnostic général « tumeur basilaire » à tel ou tel endroit de la base.

Les tumeurs basilaires revêtent une physionomie clinique caractéristique en ce qu'elles *intéressent* souvent les *nerfs de la base du crâne*. Les dispositions anatomiques expliquent par elles-mêmes comment il se fait que les troncs nerveux en question sont tantôt comprimés et tantôt directement envahis par le néoplasme. La paralysie qui s'observe le plus souvent est celle des *nerfs des muscles de l'œil* (oculomoteur commun et externe); unilatérale d'abord, elle devient quelquefois double dans la suite. La compression de l'une des *bandelettes optiques* peut produire de l'*hémioptie*, et celle d'un des nerfs optiques un *œdème papillaire unilatéral* avec trouble visuel d'un côté. Les *tumeurs hypophysaires* se distinguent surtout par l'apparition précoce de phénomènes relevant des nerfs optiques. Les lésions

du *trijumeau* occasionnent parfois des *troubles de la sensibilité* de la face et, en quelques cas, des *paralysies des muscles masticateurs*. Le tronc du nerf facial est quelquefois entamé. La *paralysie faciale* qui en résulte présente, au point de vue diagnostique, un caractère particulièrement précieux, en ce sens que la réaction électrique de dégénérescence qui se montre ordinairement dans les muscles paralysés de la face, dénote que la paralysie est de nature *périphérique*. Ce caractère est évidemment utile, vu qu'il indique que la lésion siège à la *base du crâne*, à l'opposé des affections *centrales* qui sont accompagnées de paralysie faciale. Outre la modalité électrique des muscles paralysés, la participation presque constante des *muscles du front* à la paralysie signifie aussi que la paralysie faciale est de nature périphérique (v. pp. 97 et 405). La *paralysie périphérique du nerf hypoglosse* se rencontre beaucoup plus rarement en cas de tumeurs basilaires que la paralysie faciale. On a recueilli jusqu'à ce jour très peu de données expérimentales sur les troubles des nerfs sensoriaux autres que les nerfs optiques; cependant il est probable qu'une observation minutieuse parviendrait à les rassembler en assez grand nombre.

Les symptômes que nous venons de décrire comme ressortissant aux nerfs crâniens peuvent naturellement se combiner de diverses manières avec des *paralysies des membres*. Celles-ci se présentent ordinairement quand les pédoncules cérébraux et les voies pyramidales qui les parcourent sont lésés. Il serait oiseux de donner un aperçu détaillé de toutes les combinaisons possibles. Dans chaque cas à part, il importe de relever soigneusement tous les symptômes existants et de les mettre en regard des conditions anatomiques. Alors on réussit le plus souvent à déterminer, ne fût-ce qu'avec un certain degré d'approximation, l'endroit de la base où le néoplasme doit siéger. Toutefois des erreurs diagnostiques peuvent, quoique assez rarement cependant, être commises, par le motif que des symptômes dépendant des nerfs de la base du crâne sont aussi quelquefois provoqués, à titre de symptômes indirects de compression, par des tumeurs situées dans les endroits du cerveau assez éloignés de la base.

3. *Tumeurs du cervelet.* Si nous pouvons nous dispenser de décrire à nouveau les différents symptômes des tumeurs situées dans les diverses parties de la masse cérébrale, nous devons pourtant une courte mention spéciale aux néoplasmes qui se présentent assez fréquemment dans le *cervelet*. Les symptômes directs de foyer qui dénotent une affection cérébelleuse, la *démarche titubante* particulière et le *vertige* ont été décrits plus haut à la page 392. Il faut y ajouter des symptômes généraux le plus souvent très prononcés: la *céphalalgie* localisée de préférence à l'occiput et associée quelquefois à une *rigidité tonique* manifeste de la nuque, le *vomissement* et

les troubles de la vision dus au développement fréquent de l'œdème de la papille. Comme pour le nerf optique, la compression générale du cerveau paraît pouvoir, par un mécanisme analogue, produire des phénomènes de stase dans les autres nerfs des sens (par ex. les nerfs acoustiques et olfactifs), d'où résulteraient des troubles sensoriaux correspondants. Quand de part et d'autre l'odorat est troublé et l'ouïe supprimée, comme cela s'est rencontré quelquefois en cas de tumeurs de la fosse occipitale, alors surtout il faut songer à cette éventualité.

Marche générale des tumeurs cérébrales. La marche clinique des tumeurs cérébrales est presque toujours chronique. Ce n'est que dans des cas rares que le début et le cours ultérieur de la maladie ont un caractère aigu, quand une tumeur latente jusque-là donne lieu subitement à des symptômes graves, par suite d'un épanchement de sang qui s'opère dans son intérieur ou pour un motif analogue. En règle générale cependant, les signes d'une tumeur cérébrale se développent peu à peu. D'après le siège qu'elle occupe, ce sont des phénomènes généraux ou des symptômes focaux qui s'avancent au premier plan du tableau morbide. Le premier cas se rencontre le plus souvent. Des douleurs de tête vagues, contusives, ouvrent la scène et ce n'est que petit à petit que le cortège des autres symptômes généraux et focaux défile. Les manifestations morbides sont sujettes à des fluctuations multiples qui s'expliquent pour une grande part par les différences de pression que la tumeur exerce autour d'elle. Nous avons déjà signalé les aggravations subites qui sont propres aux gliomes riches en vaisseaux.

La durée totale de la maladie comporte d'ordinaire plusieurs mois au moins, parfois de 1 à 2 ans, ou plus encore. La terminaison est presque toujours mortelle. La mort vient tantôt subitement, tantôt après que les malades paralysés, aveugles et plongés dans le marasme, auront végété dans un état lamentable, dont les souffrances heureusement ont été atténuées par une profonde déchéance intellectuelle. La guérison n'a lieu qu'en cas de tumeur d'origine syphilitique. Il est possible que les tubercules solitaires soient aussi susceptibles de guérison, mais cette démonstration n'a pas été faite.

Diagnostic. Le diagnostic des tumeurs cérébrales se fonde en première ligne sur l'apparition par degrés et l'aggravation lentement progressive des symptômes généraux décrits ci-dessus (céphalalgie, vertiges, vomissements, convulsions, affaiblissement intellectuel, etc.). Tous ces symptômes, dont le mal de tête est le plus constant, indiquent qu'il se développe une affection cérébrale chronique et, parmi les affections de cette catégorie, la tumeur du cerveau est la plus probable, quand certains éléments étiologiques de nature spéciale (abcès consécutif à une cause traumatique, syphilis) peuvent être

éliminés. Ajoutons encore comme symptôme d'une importance particulière, l'œdème de la papille, qui est beaucoup plus rare dans toutes les maladies chroniques quelconques du cerveau (abcès, ramollissement) qu'en cas de tumeurs.

Tandis que les symptômes généraux susdits indiquent surtout l'existence d'une tumeur, il n'y a que les symptômes focaux qui permettent d'en déterminer le siège exact. Cependant le développement par étapes et l'accession à intervalles distincts de symptômes nouveaux à ceux qui préexistent, est un argument de plus en faveur de l'hypothèse d'un processus morbide à marche non interrompue, tel qu'il est réalisé le mieux par les néoplasmes cérébraux. L'abcès se distingue des affections à allures analogues, par l'absence d'œdème papillaire d'abord, puis par les mouvements fébriles qui l'accompagnent quelquefois, et enfin par les relations qu'il a avec certaines conditions étiologiques (cause vulnérante, affection purulente de l'oreille). Les ramollissements inflammatoires et thrombotiques du cerveau, les ramollissements cérébraux à évolution lente donnent généralement lieu à des symptômes généraux moins intenses que les tumeurs, ne produisent qu'exceptionnellement de l'œdème papillaire et sont d'ailleurs (si l'on fait abstraction du ramollissement syphilitique) beaucoup plus rares chez les individus jeunes que les tumeurs cérébrales. Les processus scléreux présentent quelquefois une grande ressemblance avec beaucoup de cas de tumeurs du cerveau. Cependant l'œdème papillaire fait également défaut en ce cas; la marche dans son ensemble est beaucoup plus traînante (de 5 à 10 ans de durée et plus) et la multiplicité des foyers scléreux provoque parfois un complexe symptomatique tellement enchevêtré qu'il ne concorde que difficilement avec l'idée d'un foyer morbide unique.

Il est impossible de distinguer la tumeur cérébrale de certaines méningites chroniques circonscrites qui se rencontrent rarement et le plus souvent à la base, et qui, en occasionnant un épaississement notable de tissu, engendrent par là même tous les symptômes d'une tumeur basilaire. L'hydrocéphalie chronique peut aussi être confondue avec une tumeur cérébrale. Nous avons vu un cas d'hydroisie du quatrième ventricule, qui, du vivant du malade, avait présenté l'image complète d'une tumeur du cervelet.

Il n'y a que des suppositions à faire quant à la nature de la tumeur. Si les symptômes focaux dénoncent une tumeur de la substance cérébrale même, toujours on songera tout d'abord au gliome, attendu que c'est le genre de néoplasme de loin le plus fréquent à l'intérieur du cerveau. Comme il a été dit, on peut également avec assez de probabilité conclure à l'existence d'un gliome, quand on s'en rapporte à certaines particularités qui en caractérisent la marche (surtout à l'apparition par accès de manifestations successives).

S'agit-il, au contraire, d'une *tumeur basilaire*, l'hypothèse d'un *sarcome* a le plus de chance pour elle, attendu que les néoplasies de la base du crâne sont le plus souvent de nature sarcomateuse. Ce n'est qu'au cas où des phénomènes de la part du nerf optique apparaissent avec une précocité marquée, qu'on peut émettre le soupçon d'une tumeur hypophysaire. En tout état de choses, surtout quand il s'agit d'une tumeur basilaire, il faut avoir l'œil ouvert sur l'éventualité d'un *néoplasme syphilitique*, et le commémoratif comme l'examen de tout le corps doivent élucider ce point qui est d'une si grande importance thérapeutique.

Un genre spécial de tumeurs mérite encore d'être brièvement signalé, ce sont les *gros tubercules cérébraux isolés (solitaires) ou multiples*. Ils se produisent de préférence chez les *enfants*, au point que toute affection cérébrale chronique dans l'enfance fait songer à la possibilité de leur développement, et cela d'autant plus qu'il coexiste *des signes de tuberculose dans d'autres organes* (ganglions, poumons, os, etc.). Leurs *symptômes cliniques* sont analogues à ceux des autres tumeurs. Les douleurs de tête et les convulsions (parfois unilatérales) sont parmi les manifestations les plus fréquentes ; en outre tous les symptômes de foyer peuvent se montrer d'après que la maladie occupe tel ou tel siège.

Pronostic. Si l'on fait abstraction des néoplasmes syphilitiques, toutes les tumeurs cérébrales sont d'un pronostic entièrement *défavorable*. Dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, il peut arriver que des tumeurs tuberculeuses rétrocedent, mais il n'y faut jamais compter en pratique. Partout ailleurs la guérison est considérée comme impossible. Le temps qui s'écoule à dater des premiers indices du mal jusqu'à la mort, est très variable, comme on sait, de façon qu'il faut être très réservé sur le pronostic *quoad tempus*. Toutefois il est rare que la maladie dure plus d'un à deux ans, et il faut toujours se tenir en garde contre l'éventualité d'une mort soudaine et imprévue.

Traitement. Comme il n'y a aucun moyen assuré de jamais diagnostiquer la nature vraie de la tumeur, on essaiera en tout état de choses le traitement antisiphilitique (friction avec 3,0 à 5,0 grm *par jour* d'onguent gris, et à l'intérieur 2 à 5 grm d'iodure de potassium), parce que la possibilité de l'existence d'un néoplasme spécifique ne peut presque jamais être complètement écartée, et que dans cette occurrence la médication susdite a un effet marqué. Cependant la cure antisiphilitique n'a le plus souvent aucun résultat, la tumeur étant d'une autre nature, quoique l'*iodure de potassium* puisse même alors exercer pendant quelque temps une influence avantageuse. L'usage persévérant de l'*arsenic* a aussi été recommandé, en vue d'entraver la croissance du néoplasme. C'est surtout quand on soup-

çonne la présence d'un tubercule solitaire, qu'on aura recours à ce remède.

Dans ces dernières années on a essayé à diverses reprises d'enlever les tumeurs cérébrales par les moyens chirurgicaux. Il importe surtout en pareille occurrence de réfléchir aux conditions les plus avantageuses que prescrit chaque cas en particulier. Si l'on peut avec une certitude approximative diagnostiquer l'existence d'une tumeur de *la surface* du cerveau, spécialement de *la couche corticale motrice*, alors l'intervention chirurgicale est légitime et a été même en quelques cas suivie de succès. Il ne faut pourtant jamais s'y aventurer avec trop de témérité, car des complications inattendues et des malchances peuvent surgir. En quelques cas la simple ouverture du crâne, à cause de la diminution de la pression intracrânienne et de la tension générale de la tumeur qu'elle procure, semble exercer une influence avantageuse.

Pour le reste, le traitement se règle sur les indications symptomatiques. On combat la céphalalgie par des applications de glace, l'antipyrine, etc. les narcotiques, les convulsions par le bromure de potassium ou les inhalations de chloroforme, le vomissement par l'opium et les pilules de glace et en outre par le repos au lit. Il incombe à l'hygiène générale de préserver les malades autant que possible de meurtrissures, d'eschares, etc.

APPENDICE.

Cysticerques du cerveau.

Comme il a été exposé au tome I, le *cysticerque celluleux* provenant du *ténia solium* peut se présenter en grande masse dans le cerveau. Les cysticerques siègent le plus souvent dans la pie-mère, d'où ils passent ordinairement dans la couche corticale. Les méninges alors offrent les caractères de la méningite chronique, et sont parfois parsemées d'ecchymoses plus ou moins étendues. Si les cysticerques occupent en grand nombre le voisinage des ventricules, il s'ensuit d'ordinaire une hydrocéphalie interne plus ou moins prononcée. Chaque cysticerque est communément entouré d'une coque celluleuse, il est plus rare de les trouver tout à fait exempts de cette enveloppe.

Il est impossible de tracer un *tableau morbide* caractéristique des cysticerques du cerveau, attendu que, sous le rapport symptomatique, les cas diffèrent considérablement d'après le nombre et le siège des parasites. Quelquefois ils ne provoquent presque pas de symptômes, et on les découvre fortuitement à l'autopsie. Dans d'autres cas, ils sont la cause d'une

affection cérébrale de longue durée. De tous les symptômes, ce sont les *convulsions épileptiformes* qui se rencontrent le plus souvent, ce qui tient évidemment à ce que les cysticerques occupent la couche corticale. Ces convulsions à l'instar de rares attaques d'épilepsie peuvent se déclarer au milieu des apparences de la meilleure santé et à certains moments, à moins que, à part les convulsions, il n'y ait d'autres symptômes généraux persistants du côté de la tête : douleurs, état vertigineux, anomalies du moral et ainsi de suite. Dans un cas observé par nous, les manifestations morbides consistaient exclusivement en un mal de tête revenant par accès et accompagné de vomissements incoërcibles. Le diagnostic portait présument sur l'existence d'une tumeur. L'autopsie révéla la présence d'un cysticerque de la grosseur d'une cerise occupant le quatrième ventricule avec hydrocéphalie secondaire. — Des *symptômes* de foyer sont rares en cas de cysticerque du cerveau.

Le *diagnostic* ne se pose quasi jamais avec une certitude entière. On est admis à soupçonner la présence de cysticerques dans le cerveau quand les symptômes graves mentionnés ci-dessus se rencontrent chez un individu dont la profession (boucher, etc.) tend à faire croire à la possibilité d'une infection, qui actuellement est porteur d'un ténia ou qui notoirement en a hébergé un jadis, ou bien encore quand on a découvert des cysticerques dans d'autres organes et en particulier à la peau.

Nous ne connaissons aucun remède qui soit capable de détruire ces cysticerques sur place. Le *traitement* doit donc se borner à s'adresser aux symptômes.

CHAPITRE SEPTIÈME.

SYPHILIS CÉRÉBRALE.

Étiologie. Dans les chapitres qui précèdent, nous avons rappelé à diverses reprises le grand rôle que joue la syphilis en tant que facteur étiologique dans un grand nombre de maladies chroniques du système nerveux central. Ainsi que nous l'avons également fait voir, l'influence de la syphilis sur la production de ces maladies se manifeste de *deux* manières foncièrement différentes l'une de l'autre. L'une consiste en simples processus de dégénérescence systématique de faisceaux de fibres et de cellules ganglionnaires (tabes, paralysie progressive, dans l'autre il s'agit de la formation de véritables *néoplasmes (gommeux) syphilitiques tertiaires*. Il ne sera question dans ce chapitre que de cette dernière forme de maladies cérébrales syphilitiques.

La syphilis cérébrale se développe presque toujours pendant les *derniers stades* du processus syphilitique général. Ce n'est que par exception que des symptômes cérébraux existent dès la fin de la première année qui suit l'inoculation du chancre infectant. Le plus souvent plusieurs années, parfois même 10 à 20 se sont écoulées depuis le début de la maladie, avant que les premiers signes de l'affection cérébrale se montrent. C'est pourquoi on place généralement la syphilis cérébrale parmi « les symptômes tertiaires ».

L'*âge* et le *sexe* n'apportent de différence dans la fréquence de la maladie que dans la mesure que cela dépend du degré d'extension de la syphilis en général. Dans la *syphilis héréditaire* on a également signalé l'existence d'affections du système nerveux. Par contre on ne saurait refuser une certaine influence sur le développement de la syphilis cérébrale, à tous ces éléments divers qui jouent le rôle de causes *prédisposantes* dans toutes les maladies quelconques du système nerveux central. De même par exemple que la localisation des syphilides cutanées peut dépendre de certaines irritations extérieures qui portent constamment sur une partie déterminée de la peau, pareillement un cerveau, atteint originairement d'une faiblesse de résistance vis-à-vis de toutes les causes morbides (nervosité héréditaire) ou débilité par une succession d'influences morales dépressives, par des agents traumatiques ou toxiques, offre un champ plus propice au développement et à la propagation du poison syphilitique, qu'un cerveau sain et bien conditionné. Il va sans dire pourtant que ce dernier ne possède jamais une immunité complète à l'endroit de la maladie.

Anatomie pathologique. La syphilis cérébrale, aussi loin que s'étendent nos connaissances actuelles, se présente sous deux formes principales, d'abord à l'état de tuméfaction *néoplasique syphilitique* circonscrite ou étendue en surface (*gomme, syphilome*) et en second lieu sous forme d'*affection des artères cérébrales*, ayant ordinairement assez d'extension. Il n'existe pas de différence fondamentale entre ces deux formes morbides qui peuvent d'ailleurs se combiner entre elles; aussi bien l'affection artérielle est due également à une néoformation syphilitique spécifique dans les parois des artérioles.

Les *néoplasmes syphilitiques* sont représentés par des tumeurs jaunâtres ou gris rougeâtres, parfois caséifiées au centre, qui se développent d'ordinaire sur la dure-mère ou dans l'espace sub-arachnoïdien et se propagent de là à la substance même du cerveau ou aux vaisseaux avoisinants et aux nerfs mêmes; il est beaucoup plus rare qu'ils se mettent de prime abord dans la trame cérébrale. Histologiquement ils consistent en un tissu de granulation plus ou moins riche en vaisseaux et ayant subi la nécrose de coagu-