II. — Tumeurs cérébrales.

Obs. 21. — *Syphilis ancienne. — Monoplégie brachiale. — Crises épileptiformes. — Trépanation. — Ablation d'une gomme de la dure-mère. — Guérison.* — Arthur Raunie et William. *British med. Journ.*, 19 mai 1888.

Nègre, âgé de 35 ans, atteint de syphilis tertiaire. Depuis 18 mois, il souffrait de céphalalgies violentes qu'il localisait aux régions frontale et pariétale droite. Avec cette douleur qui était intermittente, existaient, une sensibilité particulière du cuir chevelu de ces régions, et un écoulement de l'oreille droite. Ces deux derniers symptômes alternaient avec les maux de tête. L'écoulement était ordinairement aqueux et peu abondant, parfois, il devenait épais, jaunâtre, désagréable; il était dû, d'ailleurs à un catarrhe du conduit externe, car il n'y avait pas trace d'affection de l'oreille moyenne, ou du conduit osseux. Il y avait également des bourdonnements et des bruits divers dans l'oreille, des hallucinations de la vue et des cauchemars.

L'état mental était atteint, et depuis un an, semblait surtout caractérisé par un état d'exaltation. Le traitement consista en fortes doses d'iodure et de bromure, associés aux ferrugineux. Au bout d'un mois, le patient considérablement amélioré, demanda à quitter l'hôpital.

On le reçut de nouveau le 5 juin 1887, à minuit. Il avait eu une attaque avec perte de connaissance, dont il se releva rapidement. Il semblait à cette époque, un peu hébété, mais à part cela, rien d'intéressant. On redonna l'iodure et le bromure. Le 7 juin, nouvelle attaque dont je fus témoin. La commissure gauche de la bouche était rétractée et élevée, il y avait une déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Le membre supérieur gauche en adduction, l'avant-bras ployé à angle droit, le poignet courbé, et les doigts fléchis dans la paume de la main. Le membre inférieur dans l'extension rigide; le bras droit relevé par dessus la tête, et fléchi sans raideur ; la jambe droite étendue et contracturée, comme pendant une attaque tonique.

Puis il y eut une phase classique, mais seulement dans le bras gauche et la face du même côté ; la jambe gauche était très légèrement atteinte, mais il n'y avait rien du côté droit. A la face, du côté gauche, les mucles les plus affectés étaient l'orbiculaire des paupières, et les muscles releveurs et rétracteurs des commissures. Pendant ce temps, dilatation légère et égale des deux pupilles. Les spasmes classiques durèrent près d'un quart d'heure et furent réprimés par l'administration d'hydrate de chloral. A la fin de l'attaque, lors-

que le patient eut recouvré connaissance, il put exécuter des mouvements du côté droit ; mais on trouva de la parésie des muscles du côté gauche de la face et du bras gauche. Le membre inférieur gauche était aussi parésié, mais à un degré bien moindre. Léger ptosis de la paupière supérieure gauche.

Le 8 juin, le Dr Williams, appelé en consultation, pense qu'il est nécessaire d'opérer pour enlever une lésion probablement syphilitique des centres du bras et de la face, dans l'hémisphère droit.

L'opération fut faite le 9 juin, par le Dr Williams.

La température, avant l'opération, était de 101° F. et le malade se plaignait grandement de douleurs au niveau de l'éminence pariétale droite.

Le point choisi pour l'application du trépan correspondait à la circonvolution frontale ascendante. Avec un trépan de un pouce de diamètre, on fit une ouverture au crâne qui fut trouvé plus irrégulier et plus dense qu'à l'état normal. La dure mère était épaissie, et son ouverture donna issue à quelques grammes d'un liquide purulent, provenant du centre d'une petite gomme dégénérée de la dure-mère Comme le mal semblait s'étendre en arrière, on appliqua une deuxième couronne de trépan, et une demi-circonférence osseuse fut enlevée sur le bord postérieur de la deuxième ouverture.

Plus tard, on vit que cela n'était pas nécessaire, car la lésion était bien localisée, et ne dépassait pas de 1/4 de pouce le bord de la première ouverture.

La tumeur et une partie de la dure-mère épaissie furent enlevées. A part une légère inflammation de la membrane sous-jacente, le cerveau paraissait sain à ce niveau. Une petite portion du cerveau fut cependant excisée. La plaie cruciale du cuir chevelu fut réunie, après drainage. Pansement au sublimé. Bonne nuit après l'opération, le malade a une légère attaque, mais dort bien. La douleur disparaît, et il ne reste qu'un peu de sensibilité de la région.

Le lendemain, petite attaque limitée aux muscles de la face, mais sans perte de connaissance ; les paralysies ont disparu.

12 juin. Pas d'attaques, mais les signes de paralysie se montrent de nouveau.

Le 16. La température s'élève à 103° F. la plaie est guérie, excepté dans un angle qui laisse écouler un peu de liquide ; on rouvre la plaie, et on draine après avoir retiré un peu de sang décomposé. A partir de ce moment, la température baisse et la guérison survient rapidement.

Obs. 22. — *Épilepsie partielle déterminée par une tumeur cérébrale siégeant au niveau de la zone motrice. — Trépanation. — Ablation de la tumeur. — Disparition des accidents.* — Péan, Gélineau et Ballet. *Acad. de méd.*, 29 février 1889.

Jeune homme actuellement âgé de 28 ans, qui fut pris à 22 ans, d'accidents épileptiformes. Les crises dès cette époque se reproduisirent avec une certaine régularité. Elles survenaient tous les huit ou dix jours environ.

A différentes reprises, elles se rapprochèrent. Ces crises observées avec grand soin par Gélineau, présentaient, comme nous le verrons plus loin, tous les caractères de l'épilepsie partielle la plus typique. Pendant plus de cinq ans, les attaques furent combattues avec un certain succès par le traitement bromuré.

Mais, au mois de décembre 1888, en dépit de la médication instituée, les accès allèrent se rapprochant au point de constituer une menace pour la vie. C'est alors que Gélineau constatant l'insuffisance du traitement médical, et se basant sur les travaux publiés dans ces temps derniers, pensa qu'il s'agissait d'une épilepsie jacksonienne, causée vraisemblablement par une tumeur cérébrale, et qu'il y avait lieu d'agiter la question opératoire.

Le vendredi 7 décembre, nous nous réunissions en consultation, Ballet, Gélineau et moi.

Depuis 48 heures, le malade était en proie à des accès rapprochés. La température s'était élevée au-dessus de 40°. Sous nos yeux, F..., eut plusieurs crises. Chacune était caractérisée de la façon suivante : en premier lieu, spasme douloureux du gros orteil droit, puis raideur du membre inférieur correspondant, convulsions toniques, puis cloniques de ce membre, qui se propageaient ensuite au bras et à la face du même côté. La perte de connaissance ne survenait pas à chaque accès. Lorsqu'elle avait lieu, elle ne se produisait qu'à une période avancée de la crise. Elle n'en marquait jamais le début.

Dans l'intervalle des accès qui se succédaient d'assez près, on constatait un état parésique très net du membre inférieur droit.

D'après ces différents caractères, Ballet n'hésita pas à affirmer qu'on se trouvait, comme l'avait pensé Gélineau, en présence d'une lésion occupant le centre moteur du membre inférieur droit ou son voisinage immédiat. Quant à la nature de la lésion, en l'absence d'antécédents spécifiques ou tuberculeux, d'une part; étant donné d'autre part, le jeune âge du malade, qui ne permettait guère d'admettre l'hypothèse d'un foyer de ramollissement cortical, il était à peu près certain qu'on avait à faire à une tumeur cérébrale. Dans ces conditions, Gilbert Ballet, vint appuyer l'avis auquel nous nous étions préalablement rangés. Il fut décidé que nous pratiquerions la trépanation avec ouverture de la dure-mère au voisinage du centre moteur du membre inférieur. L'opération dans notre pensée, devait avoir pour résultat certain de déterminer la décompression de ce centre, et si les circonstances le permettaient, de nous amener à enlever la tumeur dont le siège avait été diagnostiqué.

Les symptômes autorisant à affirmer que cette tumeur siégeait au niveau et au voisinage immédiat du centre moteur du membre inférieur, c'est-à-dire au niveau de la partie supérieure des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes gauches, il s'agissait de déterminer le point précis de la cavité crânienne sur lequel devait être appliqué le trépan

En s'en référant aux indications fournies par les données actuellement acquises de topographie crânio-cérébrale, Ballet délimita d'abord l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, d'après les données de Lucas-Championnière ; puis, pour avoir la direction exacte de ce sillon, autour duquel sont localisés les centres moteurs ; il en détermina la partie supérieure.

Sur la partie gauche du crâne, en dehors de la suture sagittale, autour et au-dessous de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando, Ballet traça une circonférence de la largeur d'une pièce de deux francs environ.

Les téguments du crâne furent incisés à ce niveau, en ayant bien soin de conserver le périoste, qui fut détaché en même temps qu'eux. La couche osseuse fut ensuite enlevée par morcellement, au moyen du polytritome et de la pince emporte-pièce sur le point indiqué. La dure-mère, ainsi mise à nu, était saine ; elle fut incisée crucialement. A peine cette incision était-elle faite, qu'une gouttelette de sérosité louche apparaissait, mélangée au liquide céphalo-rachidien. Au-dessous de la dure-mère, la pie-mère se montra parcourue par une grosse veine qui coupait en deux, dans le sens transversal, le champ opératoire. En examinant avec soin cette membrane, nous vîmes que, en avant, sa transparence était normale, tandis que, en arrière, elle était jaunâtre et un peu bombée.

Elle recouvrait donc, en avant, une circonvolution manifestement normale, tandis qu'en arrière, il nous semblait qu'elle était soulevée par un néoplasme. Nous prîmes alors le parti de l'inciser à son tour, circulairement autour de la portion jaunâtre, et de chercher à la détacher. Nous vîmes de la sorte qu'elle adhérait à une tumeur reconnaissable à sa coloration blanc jaunâtre. Nous enlevâmes cette dernière.

Reconnaissant que son tissu était friable, et voulant de notre mieux ménager le tissu cérébral, nous eûmes à nouveau recours à la méthode de morcellement, en procédant du centre à la périphérie. Nous parvînmes de la sorte à enlever le néoplasme en totalité, sans que la substance cérébrale, dans laquelle celui-ci était comme enchâssé, fût intéressée d'une façon au moins notable. Ce temps de l'opération exécuté, nous pûmes constater la présence d'une cavité formée vraisemblablement par refoulement de la subs-

tance grise. La tumeur parut être pour Cornil, qui en examina les fragments, un fibro-lipome développé aux dépens de la pie-mère.

Un drain fut placé dans la cavité laissée par la tumeur, les quatre lambeaux de la dure-mère furent suturés au catgut et ceux du cuir chevelu au crin de Florence. Puis, le tout fut recouvert d'un pansement antiseptique, iodoformé, sublimé.

La plaie se comporta régulièrement, sans suppurer. Huit jours après l'opération, les fils et le tube étaient enlevés. Le dixième jour, la cicatrisation était complète.

Dès le lendemain de l'opération, les crises épileptiques, qui, la nuit précédente, étaient au nombre de 37, diminuèrent, le malade n'en eut plus que 6. Les jours suivants, il y eut encore quelques accès convulsifs, des phénomènes délirants et hallucinatoires, des manifestations parésiques du côté droit. Aucune complication, comme on vient de le voir, n'ayant eu lieu du côté de la plaie, nous pensons que ces divers phénomènes doivent être rattachés à l'irritation de la substance cérébrale résultant des manœuvres nécessitées par l'opération. Elles ont, d'ailleurs, affecté les caractères qu'on attribue à ce qu'on a très justement appelé les *équivalents* de l'*épilepsie partielle*.

Actuellement, l'opération remonte à deux mois et demi. Le malade, depuis deux mois, n'a présenté aucune manifestation épileptiforme. Il se considère comme guéri. La plaie du tégument du crâne, cela va sans dire, est parfaitement cicatrisée. Il persiste une dépression au niveau du point trépané, mais cette dépression ne gêne nullement le malade.

Obs. 23 (résumée). — *Traumatisme ancien. — Paralysie partielle. — Épilepsie jacksonnienne. — Trépanation. — Kyste. — Pas d'amélioration durable.* — Langenbuch. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1889, n° 13.

Vers l'âge de 3 ans, une fillette fut prise à la suite d'une chute hors de son lit, de convulsions localisées à la moitié gauche de la face et aux extrémités du même côté. Ces accidents ne prirent fin qu'au bout de plusieurs mois.

A l'âge de 5 ans et demi, les mêmes convulsions réapparurent et à partir de ce moment, elles se répétèrent régulièrement toutes les 6 à 8 semaines, en présentant nettement tous les caractères de l'épilepsie corticale. Du côté de la jambe gauche, il existait une paralysie des muscles du péroné.

Il fut impossible de trouver aucune trace de traumatisme à la surface du crâne; les réflexes tendineux et la sensibilité ne présentaient rien d'anormal. La supposition la plus vraisemblable fut qu'il s'agissait d'une lésion siégeant sur un point de la sphère corticale motrice et à droite, dans le voisinage de la scissure de Rolando.

C'est en ce point que fut appliquée une couronne de trépan. Après l'incision de la dure-mère, on trouva dans le tissu de la pie-mère, un kyste qui avait les dimensions d'une noisette et qui exerçait une certaine compression sur l'écorce cérébrale sous-jacente. Le tissu central ne présenta aucune autre altération.

La cicatrisation de la plaie se fit rapidement sans aucun accident; durant 16 semaines, il ne survint plus aucun accès convulsif, mais peu à peu, l'épilepsie primitive réapparut et bientôt les accès se répétèrent plusieurs fois par jour.

Obs. 24 (résumée). — *Attaques épileptiformes débutant par le pouce. — Monoplégie brachiale. — Trépanation ; ablation d'une tumeur tuberculeuse. — Guérison.* — Dr Horsley. *British Med. Journal*, 1886. Rapportée in *Arch. de Neurologie*, 1886.

Thomas N..., 22 ans ; a eu plusieurs attaques de pleurésie ; une tante paternelle est morte phtisique.

En janvier 1884, il commença à avoir des crampes dans le pouce et l'index gauche, qui consistaient en une opposition clonique de ces doigts, et qui se répétaient deux fois par jour.

En mars 1884, eut lieu la première attaque grave. Le spasme s'étendait au bras et le malade tombait. Puis survint une série de rémissions, interrompues par des attaques isolées.

Nature des attaques : elles commençaient par une opposition spasmodique clonique du pouce et de l'index gauche, ensuite le poignet, le coude et l'épaule se fléchissaient cloniquement; alors la face se contractait et le malade perdait connaissance. La main et les yeux étaient tournés à gauche, et le membre inférieur gauche était élevé. Le membre inférieur droit était ensuite pris et enfin le membre supérieur droit. La paralysie du membre supérieur gauche, succédait souvent à l'attaque. A de fréquents intervalles, le pouce du malade commençait à se contracturer, mais l'attaque pouvait souvent être arrêtée en étendant le pouce, ou en appliquant une ligature. Plus tard, les attaques commençaient souvent par la face.

État actuel. — Force de la main gauche = 45 ; main droite = 85. Les mouvements pouvaient tous s'exécuter de la main gauche. Le pouce gauche était souvent en état de rigidité.

Pas d'altération de la sensibilité, excepté la perte du sens musculaire dans le pouce gauche. Réflexes profonds exagérés dans le membre supérieur gauche. Douleur de tête violente à l'occiput et dans la région pariétale droite. Pas d'altération de la papille.

Diagnostic. — Lésion irritative de nature inconnue, siégeant au niveau

du centre du pouce ; c'est-à-dire à l'union du 1/3 inférieur avec le 1/3 moyen des circonvolutions ascendantes.

Opération, le 22 juin 1886. — Le siège de la lésion déterminé par la mensuration, on enleva une large rondelle osseuse. La dure-mère sectionnée, on vit une tumeur siégeant au-dessous d'elle et adhérente. La tumeur faisait une saillie de trois millimètres à la surface du cerveau ; elle était très dure. Elle avait une largeur de douze millimètres, mais comme le tissu cérébral voisin était sombre et livide, il fut enlevé aussi sur une étendue de douze millimètres. Cette manière de faire était justifiée, en ce que la tumeur s'étendait loin sous l'écorce. Le centre de la région du pouce fut enlevé par excision. Ligature de nombreux vaisseaux. Guérison rapide de la plaie, malgré un œdème considérable du cuir chevelu, dû à l'irritation causée par l'emploi du pansement phéniqué.

Le jour suivant : parésie de la face du côté gauche, et paralysie complète du membre supérieur gauche, y compris l'épaule.

Hémianesthésie gauche, perte du sens musculaire dans le bras du même côté.

Depuis, la paralysie s'est améliorée, mais il reste une légère différence dans la force de pression des deux mains. Les attaques ont disparu. La tumeur était de nature tuberculeuse.

Obs. 25 (résumée). — *Attaques épileptiformes. — Paralysie de la main et de l'avant-bras droits. — Parésie de la jambe droite. — Trépanation. — Tumeur cérébrale. — Amélioration.* — Horsley. *Brit. Med. Journal*, 1887, p. 863.

W. T., âgé de 37 ans, souffre d'attaques épileptiformes et de paralysie progressive ayant débuté par le membre supérieur du côté droit. Actuellement, la main et l'avant-bras du côté droit, sont complètement paralysés ; au membre inférieur du même côté, la paralysie est incomplète. Quant aux attaques qui toutes commencent par l'indicateur droit, elles ne se sont plus montrées depuis trois mois.

Il y a des maux de tête continuels, mais l'état mental est satisfaisant. On diagnostique une tumeur dans les centres de la main droite, et on trépane à ce niveau. L'ablation de la rondelle osseuse fait découvrir une tumeur qui est complètement enlevée, et pèse 128 gr. La guérison est rapide. Les maux de tête ont disparu, et la paralysie s'est arrêtée dans sa marche progressive ; l'état général est meilleur, mais les troubles de la parole se sont plutôt accentués.

Obs. 26 (résumée). — *Hémiplégie. — Coma. — Attaques épileptiformes. — Trépanation. — Tumeur cérébrale. — Ablation. — Amélioration.* — Horsley. *British. Med. Journal*, 1887, p. 863.

J. H., âgé de 38 ans, est atteint de paralysie complète du bras et de la jambe gauches, et présente souvent des attaques épileptiformes, débutant par l'épaule gauche.

Pendant les 10 jours qui précèdent l'opération, le malade est dans un état demi-comateux.

Le diagnostic est : tumeur de l'écorce cérébrale, comprenant la partie supérieure du centre du bras dans l'hémisphère droit. A ce niveau, on applique une couronne de trépan, et on enlève un gliome volumineux. Pansement antiseptique et drain enlevé le deuxième jour. La plaie se réunit par première intention dans une partie seulement, néanmoins la guérison est vite obtenue.

Pendant 3 mois, les résultats ont été favorables ; on n'a plus constaté d'attaques ; l'état mental est devenu parfait ; la paralysie a été grandement améliorée. Malheureusement des symptômes de récidive sont survenus, et le malade a succombé au bout de six mois.

Obs. 27 (résumée). — *Attaques épileptiformes. — Paralysie du bras gauche. — Trépanation. — Ablation de tumeur tuberculeuse. — Légère amélioration.* — Horsley. *Brit. Med. Journal*, 1887, p. 863.

T. W., âgé de 20 ans, était atteint d'attaques épileptiformes débutant par le pouce, et se renouvelant plusieurs fois par semaine. Il y avait de plus des spasmes continuels du pouce, et une paralysie incomplète du membre supérieur gauche. Etat mental affaibli ; maux de tête fréquents.

Le diagnostic fut qu'il existait une lésion irritative, probablement une tumeur, du bord antérieur du centre moteur du pouce. La trépanation fut faite au niveau du point présumé malade, le 22 juin 1886 ; et une tumeur tuberculeuse fut enlevée. Pansement phéniqué, et drain qui fut enlevé le deuxième jour. La réunion eut lieu par première intention.

Pendant trois mois, il n'y eut aucune attaque, plus tard, il y en eut 8, et depuis le mois de novembre 1886, on n'a rien observé de semblable. L'état mental ne s'est pas amélioré.

Obs. 28 (résumée). — *Traumatisme ancien. — Attaques épileptiformes. — Parésie du bras droit et de la face. — Trépan. — Ablation d'un kyste, et d'une portion de substance cérébrale. — Amélioration.* — Horsley. *Brit. med. Journal*, 1887, p. 863.

W. G..., âgé de 24 ans, a eu un ancien traumatisme du crâne, et depuis des convulsions épileptiformes se sont montrées, apparaissant par série, toutes les trois semaines au moins, et accompagnées d'une légère paralysie du bras droit et de la face.

On suppose que la fracture a aussi intéressé le cerveau, et qu'il existe une cicatrice irritant la région des centres.

La trépanation est pratiquée le 13 juillet 1886 sur le point lésé qui coïncide avec la région des centres. On enlève un fragment de la table interne, un petit kyste traumatique, et la substance cérébrale voisine sur une épaisseur de 5 à 8 millimètres.

Pansement phéniqué et drain pendant 2 jours. Depuis, il n'y a eu que trois petites attaques. L'état mental, très affaibli, s'est amélioré. Les maux de tête ont disparu.

La paralysie elle-même s'est un peu améliorée.

Obs. 29 (résumée). — *Tumeur syphilitique du lobule paracentral. — Ablation. — Guérison.* — W. Mac Ewen. *British. med. Journal*, 11 août 1888.

Il s'agissait d'une monoplégie brachio-crurale, sans modification de la sensibilité ; les symptômes moteurs seuls permirent de faire le diagnostic. L'ablation d'une tumeur du lobule paracentral, fit disparaître les accidents. Au bout d'une semaine, le patient pouvait remuer sa jambe ; et un mois plus tard, il marchait convenablement. En ce moment il peut faire de longues courses, quoique sa démarche ait l'apparence de celle des hémiplégiques ; car avant l'opération, il y avait déjà de la contracture du membre.

Obs. 30 (résumée). — *Monoplégie brachio-crurale. — Tumeur kystique. — Ablation. — Guérison.* — W. Mac Ewen. *British. medical Journal*, 11 août 1888.

Enfant de 3 ans, qui avait subi un traumatisme huit mois auparavant. Monoplégie complète brachio-crurale, avec rigidité des membres. A l'opération on trouva un grand kyste sous la dure-mère ; le contenu était clair ; il comprimait les circonvolutions motrices. Il y avait en outre une épine osseuse détachée de la table interne et enfoncée dans le cerveau. Ces deux lésions furent enlevées, et la guérison se fit progressivement. L'enfant qui avant

l'opération ne pouvait ni marcher, ni même se tenir debout, peut maintenant courir et se servir de ses mains, quoiqu'il y ait encore un faible degré de parésie dans ces deux organes.

Obs. 31. — *Tumeur du lobe frontal. — Trépanation. — Guérison.* — W. Mac Ewen. *British medical Journal*, 11 août 1888.

Le malade avait eu antérieurement dans la cavité orbitaire, sous le globe oculaire du côté gauche, une tumeur qui avait été enlevée avec soin et n'avait pas récidivé. La pupille était en état de myosis, il y avait un obscurcissement de l'intelligence, et un affaissement de tout l'état mental. Quoiqu'on pût supposer une tumeur du lobe frontal, les symptômes n'étaient pas assez affirmatifs pour décider l'opération. Quelques semaines plus tard, il y eut une série de convulsions bien observées par l'infirmier. Elles étaient nettement limitées au côté droit, commençant par la face et le bras, et s'y confinant pendant les premières attaques. A la 3e attaque, la jambe du même côté était prise à son tour ; plus tard, il y avait généralisation et perte de connaissance. Ces symptômes indiquaient une extension de l'irritation aux parties moyenne et inférieure des circonvolutions ascendantes, et avec les symptômes antérieurs indiquaient une lésion du lobe frontal gauche. Le trépan fut appliqué à moitié chemin entre les circonvolutions et la partie antérieure du crâne.

A ce point existait un petit nodule de la grosseur d'un grain d'orge ; on appliqua une large couronne de trépan, et l'os enlevé, on découvrit une tumeur de la dure-mère qui comprimait le cerveau. Elle s'étendait assez loin, et il fallut agrandir l'ouverture, pour l'enlever avec soin : elle couvrait les deux tiers du lobe frontal. Les membranes furent enlevées avec le néoplasme. Le patient guérit rapidement et devint apte à gagner sa vie. 8 ans plus tard, il mourut de brightisme, et à l'autopsie, il fut impossible de découvrir le moindre vestige de la tumeur.

Obs. 32 (résumée). — *Épilepsie jacksonnienne provoquée par une lésion en foyer facio-linguale. — Extirpation d'un kyste du cerveau. — Guérison.* — W. Mac Ewen. *Congrès de l'association britannique*, août 1888, et *Bulletin médical*, 1888, n° 64.

Homme de 22 ans. Accès très fréquents (plus de cent en 24 heures) de convulsions épileptiformes avec conservation de la conscience, limitées à la langue, aux muscles de la moitié droite de la face et au peaucier du même côté. Dans les intervalles de convulsions les parties affectées restent paralysées. Ces accidents paraissent consécutifs à une contusion de la tête, survenue il y a 8 ans. L'épilepsie jacksonnienne était évidemment provoquée ici par une

lésion irritative de la base des circonvolutions ascendantes, et cette lésion était probablement unique. Les convulsions du peaucier pouvaient s'expliquer par ce fait que le muscle est souvent animé par une branche du facial. On trouva en effet dans la portion inférieure de la circonvolution frontale ascendante, une kyste gros comme une noisette, logé en partie dans la substance corticale, en partie dans la substance blanche et entouré d'une zone étroite d'encéphalite. Le tiraillement de la zone cérébrale pendant l'ablation du kyste, provoqua, bien que le malade fût endormi par le chloroforme, une attaque convulsive localisée exactement aux mêmes muscles qui se prenaient pendant les accès épileptiformes spontanés. Ces convulsions cessèrent après l'extirpation du kyste et ne se renouvelèrent plus. Guérison complète de la plaie sous un seul et unique pansement. Disparition rapide de la paralysie des muscles de la face.

Le malade put reprendre son travail. Ce cas peut servir à la détermination du siège du centre facio-lingual chez l'homme.

Obs. 33 (résumée). — *Spasme protopathique du gros orteil, précédé de phénomènes sensitifs et suivi de paralysie.—Tumeur tuberculeuse. — Guérison.* — W. Mac Ewen. *Congrès de l'Association britannique*, août 1888. *Bulletin médical*, 1888, n° 64.

Une fillette de 7 ans était sujette à des accès épileptiformes suivis de paralysie. A l'approche de chaque accès, la malade ressentait, dans le gros orteil du pied droit, une douleur intense qui lui arrachait des cris. Cet orteil restait ensuite en hyperextension convulsive tonique pendant environ cinq minutes. Les choses en restaient souvent là, mais souvent aussi survenaient des convulsions cloniques dans les muscles du pied, de la jambe et de la cuisse du côté droit. Ces convulsions s'étendaient parfois au tronc, puis à la moitié droite de la face et au bras droit, et alors la malade perdait connaissance. Malgré la paralysie motrice, la sensibilité cutanée était conservée. De tous ces symptômes, Mac Ewen conclut à une lésion corticale de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. La lésion devait être probablement tuberculeuse et partant multiple, attendu que la constitution de la malade et ses antécédents héréditaires, parlaient en faveur de la tuberculose.

En effet, plusieurs tubercules miliaires, disposés le long des vaisseaux, furent trouvés à la partie supérieure des circonvolutions ascendantes, qui, en dehors de ces tubercules, ne présentaient rien d'anormal. Cependant, la palpation attentive du cerveau permit de découvrir à la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante, un nodule circonscrit, situé dans la profondeur de la substance cérébrale, et l'incision de la couche corticale dans cette région, mit à nu une tumeur tuberculeuse, grosse comme une noisette, et

qui se laissa facilement extirper. La malade fut prise après l'opération, de secousses convulsives dans le côté droit, surtout dans les muscles du bras et de la jambe ; secousses qui durèrent pendant huit jours, pour disparaître ensuite graduellement. L'enfant jouit maintenant d'une santé excellente. Les phénomènes sensitifs intenses, produits par cette lésion, viennent à l'appui à l'opinion de Gowers, qui croit que les parties comprises dans la sphère dite motrice, ont une fonction à la fois motrice et sensitive. La localisation des mouvements du gros orteil dans la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante n'est pas démontrée par cette observation, attendu qu'une tumeur fut trouvée également dans la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante. La lésion, dans sa totalité, peut être localisée dans ce cercle que Beevor et Horsley placent dans la partie supérieure des circonvolutions ascendantes.

Obs. 34 (résumée). — *Traumatisme ancien. — Contractions spasmodiques du bras gauche. — Paralysie du membre supérieur gauche. — Parésie du membre inférieur. — Trépanation. — Gliome. — Ablation. — Mort.* — Hughes Bennett. *British med. Journal*, mai 1885.

Un fermier, âgé de 25 ans, vient consulter l'auteur en octobre 1884 pour une paralysie du bras gauche. D'une bonne santé jusqu'en 1881, il avait été frappé fortement à cette date, par une pièce de bois qui lui avait contusionné le côté gauche de la tête ; il s'en était suivi une perte de connaissance de quelques instants. Un an plus tard, il avait commencé à se plaindre de céphalées, de fourmillements de la face et de la langue (du côté gauche). Bientôt étaient survenues des contractions spasmodiques de ce côté, puis des fourmillements du bras gauche, suivis d'un affaiblissement de la motilité de ce membre. Des sensations analogues de fourmillements commençaient à se faire sentir à la jambe gauche.

Lors de l'examen, il avait une paralysie complète du bras, une légère parésie de la jambe gauche, une notable déviation de la langue. La vision était conservée, mais il existait une double névrite optique. Les réflexes tendineux étaient exagérés du côté malade. Enfin il existait une céphalée habituelle et des vomissements accidentels.

Ces symptômes firent diagnostiquer une tumeur cérébrale corticale, localisée au voisinage du tiers moyen de la scissure de Rolando. En raison des douleurs intolérables du patient, et de la marche progressive de la tumeur, une opération fut proposée et acceptée par le malade. Le 25 novembre, Godlee trépana le crâne, et mit à nu après incision de la dure-mère, la circonvolution pariétale ascendante. On trouva, au point soupçonné, un gliome qui fut complètement enlevé au moyen de la curette de Volkmann. Une