

sphères cérébraux était inexcitable; en 1866 M. Vulpian écrivait encore que rien n'autorisait l'hypothèse des localisations dans la substance corticale (*Leçons sur la physiol. du syst. nerveux*, p. 719). Dès cette époque la localisation de la faculté du langage dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, démontrée par Broca, fournissait un puissant argument aux partisans de la localisation, mais ce fait, malgré son importance, était trop isolé pour entraîner la conviction. H. Jackson avait aussi cherché à démontrer que certaines lésions superficielles de l'encéphale pouvaient déterminer une forme spéciale d'hémiplégie; les théories physiologiques régnantes firent qu'on n'accorda pas aux faits publiés par Jackson et par Bravais, qui avait précédé l'auteur anglais dans cette voie, toute l'attention qu'ils méritaient.

En 1870, Fritsch et Hitzig reprirent la question de l'excitabilité de l'écorce corticale du cerveau et conclurent de leurs expériences, faites principalement sur des chiens, que si un grand nombre de points de l'écorce grise étaient inexcitables, ainsi que l'avaient observé Flourens et Longet, l'excitation électrique portée sur certains points bien déterminés des hémisphères provoquait constamment des mouvements, et que, par suite, il y avait à la surface du cerveau des zones excitables situées, chez le chien, au niveau du sillon crucial dans les lobes antérieurs.

Ferrier répéta avec succès les expériences de Fritsch et Hitzig, d'abord sur des lapins, des chats et des chiens, puis sur des singes; le cerveau du singe se rapprochant beaucoup au point de vue de sa structure du cerveau de l'homme, ces derniers faits ont un grand intérêt et nous croyons devoir indiquer les principaux centres psycho-moteurs d'après les expériences de Ferrier.

La figure 32 représente la face externe du cerveau d'un singe magot d'après Broca et Gromier; on distingue facilement les scissures de Sylvius (*s,s*) et de Rolando (*s,r*), les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes situées de chaque côté du sillon de Rolando, les circonvolutions frontales, les scissures parallèle (*sp*) et perpendiculaire externe (*spe*).

D'après les expériences de Ferrier, les centres pour les mouvements du membre antérieur se trouvent dans la zone A; c'est-à-dire qu'en excitant à l'aide du courant électrique la substance grise comprise dans cette zone on provoque à volonté des mouvements dans le membre antérieur du côté opposé; la zone B correspond aux centres moteurs du membre postérieur; l'excitation du point C

donne lieu à des mouvements de rotation de la tête et du cou, celle du point D à des mouvements des muscles de la face; celle du point E à des mouvements de la langue et des mâchoires; celle du point F à certains mouvements des yeux; enfin le point G serait en rapport avec les mouvements des oreilles. Ces centres moteurs sont groupés, comme on voit, autour du sillon de Rolando.

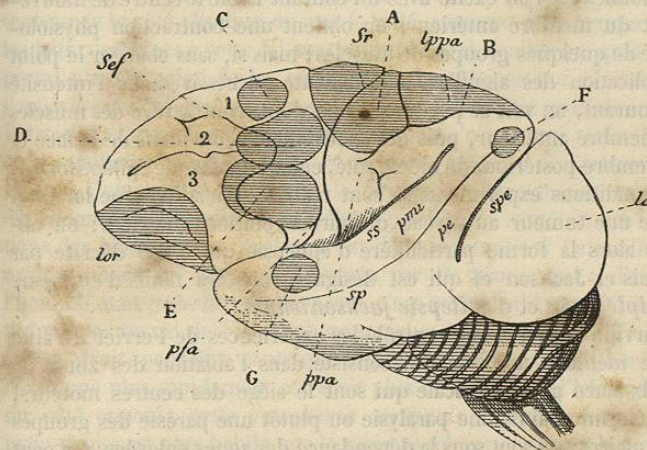


FIG. 32. — Face externe du cerveau du singe magot, d'après Broca et Gromier. Situation des centres moteurs d'après les expériences de Ferrier. — *ss*, scissure de Sylvius. — *sr*, sillon de Rolando. — *sef*, sillon courbe frontal. — *sep*, scissure perpendiculaire externe. — *sp*, scissure parallèle. — *pfa*, pli frontal ascendant. — 1, 2 et 3 : premier, deuxième et troisième pli frontal. — *ppa*, pli pariétal ascendant. — *lppa*, lobule du pli pariétal ascendant. — *pmi*, pli marginal inférieur. — *pe*, pli courbe. — *lo*, lobe occipital. — *lor*, lobe orbitaire. — A, centres pour les mouvements volontaires du membre antérieur. — B, centres pour le membre postérieur. — C, mouvements de rotation de la tête et du cou — D, mouvements des muscles de la face. — E, mouvements de la langue, des mâchoires. — F, certains mouvements des yeux, vision. — G, centre en rapport avec les mouvements des oreilles et de l'audition.

On a objecté à ces expériences qu'en excitant à l'aide du courant électrique la superficie du cerveau on n'agissait pas seulement sur la substance grise corticale, mais aussi sur la substance blanche sous-jacente, et que la diffusion du courant vers les parties centrales pouvait bien être la cause des mouvements produits. L'excitation est certainement transmise à la substance blanche; mais ne suffit-il pas de prouver, ainsi que l'a fait Ferrier, que l'excitation des mêmes points

du cerveau provoque toujours les mêmes mouvements pour démontrer qu'il y a là une véritable localisation? Si le mouvement produit est la conséquence d'une diffusion du courant électrique, pourquoi donc cette diffusion se fait-elle toujours dans le même sens?; pourquoi l'excitation de certaines circonvolutions reste-t-elle sans effet, alors que les circonvolutions voisines se prêtent si bien à la diffusion? La diffusion des excitations est du reste manifeste dans certains cas donnés; si l'on excite avec un courant faible le centre de mouvement du membre antérieur, on obtient une contraction physiologique de quelques groupes de muscles; mais si, sans changer le point d'application des aiguilles, on augmente successivement l'intensité du courant, on voit se produire d'abord une contracture des muscles du membre antérieur, puis des mouvements convulsifs de la face et du membre postérieur du même côté, enfin une attaque épileptiforme. Ces conditions expérimentales sont réalisées chez l'homme lorsqu'il existe une tumeur au niveau des circonvolutions motrices; on observe alors la forme particulière d'épilepsie qui a été décrite par Bravais et Jackson et qui est désignée sous les noms d'*épilepsie hémiplegique* et d'*épilepsie jacksonienne*.

Carville et Duret ont contrôlé les expériences de Ferrier à l'aide d'une méthode nouvelle qui consiste dans l'ablation des zones de la substance grise corticale qui sont le siège des centres moteurs. On détermine ainsi une paralysie ou plutôt une parésie des groupes musculaires qui sont sous la dépendance des zones enlevées. On peut encore, par l'excitation de la substance blanche sous-jacente à la substance grise enlevée, provoquer des mouvements; mais l'animal en expérience n'exécute plus ces mouvements *volontairement*; la substance grise des zones motrices doit donc être considérée comme servant de point de départ aux mouvements *voulus*, d'où le nom de points *psycho-moteurs* appliqué aux points de l'écorce grise du cerveau dont l'excitation physiologique ou artificielle provoque des mouvements. Lorsque la substance grise a été enlevée dans une très-petite étendue, la parésie disparaît au bout de sept ou huit jours; lorsque, au contraire, elle a été détruite sur une grande surface des circonvolutions motrices, la paralysie est beaucoup plus complète et plus persistante. Pour expliquer la disparition des accidents, on est obligé d'admettre que les zones de substance grise voisines de celle qui a été enlevée peuvent agir par *suppléance*, et l'on s'explique que cette action soit d'autant plus rapide et complète que la zone enlevée est moins étendue.

Un grand nombre de faits empruntés à la pathologie témoignent également en faveur des localisations corticales et méritent d'être rapprochés des résultats obtenus par l'expérimentation sur les animaux.

La localisation de la faculté du langage dans la troisième circonvolution frontale gauche est sans contredit un des faits les plus favorables à la théorie des localisations; les quelques observations qui ont été données comme contradictoires à la loi de Broca pèchent toutes par le côté clinique ou par le côté anatomo-pathologique, et les faits conformes à cette loi sont aujourd'hui si nombreux, qu'on ne prend plus la peine de les enregistrer. Les lésions qui produisent l'aphasie peuvent être exactement limitées à la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche; c'est ce qui arrive lorsqu'un embolus vient oblitérer la première branche de l'artère sylvienne. Comment se fait-il que la faculté du langage soit sous la dépendance de l'hémisphère cérébral gauche? La symétrie des fonctions des hémisphères cérébraux est donc incomplète? La meilleure explication de ce fait a été donnée par P. Broca, qui a dit que l'homme était *gaucher du cerveau*, c'est-à-dire qu'il prenait l'habitude de se servir de l'hémisphère gauche de préférence à l'hémisphère droit, peut-être parce que le premier de ces hémisphères se développe plus rapidement et reçoit plus de sang que l'hémisphère du côté opposé; cette *gaucherie cérébrale* explique comment la main droite est plus habile que la main gauche et comment la faculté du langage se localise dans l'hémisphère gauche.

La suppléance peut, du reste, se faire au moyen de l'hémisphère droit; bon nombre d'aphasiques récupèrent la faculté du langage, bien que les lésions cérébrales qui ont provoqué l'aphasie subsistent. le Dr J. Luys a cité en 1877 un très-bel exemple de cette suppléance; il s'agissait d'une femme qui à la suite d'une endocardite rhumatismale avait été atteinte d'hémiplégie du côté droit avec aphasie; l'aphasie avait complètement disparu depuis plusieurs années lorsque la malade succomba à une affection intercurrente; l'autopsie démontra qu'il y avait une atrophie complète de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, tandis que la circonvolution homologue du côté droit présentait un relief anormal, une véritable hypertrophie compensatrice (*Société médicale des hôpitaux*, 13 juillet 1877.)

Des lésions, même très-superficielles, des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes ou du lobule paracentral donnent lieu à des

paralysies des membres du côté opposé, qui rappellent ce qu'on observe à la suite de l'ablation des zones motrices corticales (expériences de Carville et Duret) ou bien à la suite de l'excitation des points psychomoteurs (expériences de Ferrier); dans le premier cas, qui se présente assez souvent chez les paralytiques généraux, on voit se produire des paralysies partielles et temporaires; dans le deuxième, on observe des phénomènes d'excitation qui, limités d'abord à un membre, peuvent se généraliser et produire l'épilepsie jacksonienne.

Chez des individus amputés d'un membre depuis plusieurs années quelques observateurs ont noté l'atrophie partielle et légère, des circonvolutions motrices du côté opposé au membre amputé; on conçoit facilement qu'un centre psycho-moteur n'ayant plus rien à faire s'atrophie. Peut-être arrivera-t-on par ce procédé à reconnaître quel est le siège des différents centres psycho-moteurs chez l'homme; mais jusqu'ici rien n'indique qu'une localisation aussi précise que celle faite par Ferrier chez le singe soit possible chez l'homme. Les propositions suivantes résument l'état de nos connaissances à ce sujet: 1° Les lésions des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes ainsi que celles du lobule paracentral s'accompagnent toujours de troubles de la motilité dans le côté opposé du corps, tandis que les lésions même très-étendues des autres parties de l'écorce grise n'entraînent aucun trouble de motilité. — 2° Le centre moteur du membre supérieur occupe une zone de l'écorce cérébrale comprenant les deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ainsi que les parties adjacentes des circonvolutions voisines, et non une partie bien limitée de cette zone. — 3° Le centre moteur du membre inférieur ne peut pas être séparé de celui du membre supérieur; les mêmes points semblent pouvoir agir sur les deux membres du côté opposé, les parties supérieures de la zone motrice étant plus spécialement consacrées aux membres inférieurs. — 4° Le centre moteur de la face paraît devoir être localisé à l'extrémité postérieure de la deuxième circonvolution frontale et à la partie de la circonvolution frontale qui l'avoisine. (Charcot et Pitres, Bourdon).

D'après L. Landouzy, des lésions corticales siégeant à la partie postérieure du lobe pariétal, au voisinage du pli courbe, pourraient produire la chute de la paupière ou *blépharoptose* du côté opposé. Cette blépharoptose d'origine corticale ne s'accompagnerait pas de paralysie des autres branches de la troisième paire, ce qui semblerait prouver que le nerf moteur oculaire commun a des foyers d'origine multiples.

La théorie des localisations cérébrales compte encore des adversaires. Brown-Séguard, tout en admettant que chaque fonction du cerveau s'accomplit par l'action d'éléments distincts, pense que les cellules servant à une même fonction sont disséminées dans l'encéphale et non réunies de manière à constituer des centres; cette théorie est en complet désaccord avec les faits, qui démontrent que des lésions même peu étendues des circonvolutions motrices entraînent toujours des troubles de la motilité que ne produisent jamais des lésions beaucoup plus considérables des circonvolutions postérieures par exemple. D'autres observateurs admettent la spécialisation des conducteurs nerveux, tout en niant l'existence de centres nerveux distincts dans la substance grise corticale (Vulpian, M. Duval). Dans l'état actuel de nos connaissances sur les fonctions des éléments nerveux, il est difficile d'admettre que la substance blanche soit le siège des localisations cérébrales, car ce sont les cellules nerveuses situées dans la substance grise qui ont le principal rôle dans les phénomènes cérébraux; ce sont elles qui mettent en jeu l'activité des conducteurs nerveux. Du reste les auteurs qui localisent dans la substance blanche des circonvolutions cérébrales ne s'éloignent pas beaucoup de ceux qui localisent dans la substance grise et, au point de vue pratique qui nous importe surtout, on peut les faire rentrer dans le camp des localisateurs.

La théorie des localisations cérébrales est compliquée par l'existence de phénomènes nerveux à distance très-communs dans l'histoire des lésions cérébrales: c'est ainsi qu'une hémorragie peu abondante détermine la perte de connaissance, le coma (ictus apoplectique), et qu'une irritation de la membrane ventriculaire donne lieu à des phénomènes convulsifs. Les lésions cérébrales les plus intéressantes au point de vue de l'étude des localisations cérébrales sont celles qui agissent par destruction de telle ou telle partie, et non par irritation.

Il n'a été question jusqu'ici que des localisations dans les parties périphériques des hémisphères cérébraux; nous avons à nous occuper maintenant des localisations dans les parties centrales. Les recherches sur les fonctions spéciales de la couche optique et des noyaux extra et intra-ventriculaires du corps strié n'ont encore abouti à aucun résultat précis. Les auteurs qui ont placé dans les couches optiques le siège du sensorium commune n'ont fourni à l'appui de cette opinion aucun fait probant: la clinique démontre que les lésions circonscrites aux noyaux gris centraux se traduisent par une

hémiplegie qui n'a aucun caractère distinctif, quel que soit le noyau intéressé ; s'il s'agit d'une hémorragie limitée à la couche optique ou à l'un des noyaux du corps strié l'hémiplegie est transitoire, passagère. Les lésions de la capsule interne et de la couronne rayonnante donnent lieu au contraire à des symptômes qui permettent de diagnostiquer assez exactement leur siège.

Lorsque la capsule interne est intéressée, il se produit une hémiplegie qui tout d'abord ne se distingue par aucun caractère spécial, mais cette hémiplegie ne se dissipe pas et elle se complique au bout d'un temps variable de contractures des membres paralysés. Il résulte des recherches de Ludwig Türck et de Charcot et Bouchard que la destruction de la capsule interne d'un des hémisphères entraîne toujours une dégénérescence secondaire que l'on peut suivre dans le pédoncule cérébral correspondant, dans la protubérance, dans la pyramide antérieure du bulbe et dans le faisceau latéral de la moelle du côté opposé à la lésion encéphalique ; il s'agit d'une *sclérose descendante systématique* . Un foyer hémorragique très-petit, mais ayant détruit la capsule interne, peut donc donner lieu à une hémiplegie persistante et suivie de contractures, tandis qu'un foyer hémorragique quatre ou cinq fois plus considérable, mais n'intéressant pas la capsule interne, ne produira qu'une hémiplegie temporaire.

D'après Charcot, des lésions corticales des circonvolutions motrices peuvent donner lieu également à des dégénérescences secondaires lorsqu'elles sont très-étendues, ce qui serait une preuve de l'existence de faisceaux directs allant de la capsule interne aux circonvolutions sans interruption au niveau des noyaux gris centraux.

Les lésions de la partie antérieure de la couronne rayonnante ont les mêmes conséquences que celles de la capsule interne : hémiplegie sans anesthésie, contractures secondaires ; au contraire, les lésions de la partie postérieure de la couronne rayonnante donnent lieu à l'*hémianesthésie* et souvent à l'*hémichorée*.

Dans l'hémianesthésie de cause cérébrale, le corps est partagé pour ainsi dire en deux moitiés, dont l'une est insensible, tandis que l'autre a sa sensibilité intacte ; au niveau de la face, du tronc, l'anesthésie s'arrête presque exactement à la ligne médiane ; les sens spéciaux sont atteints en même temps que la sensibilité au toucher et à la douleur ; du côté de la vue, on observe l'amblyopie croisée et non l'hémipie. Nous avons reproduit plus haut l'ingénieuse

explication de ce fait qui a été fournie par Charcot. Il est bien probable que tous les faisceaux nerveux sensitifs destinés à mettre le cerveau en communication avec la périphérie se réunissent à la partie postérieure de la couronne rayonnante pour se rendre aux circonvolutions postérieures.

Veysière a réussi à produire l'hémianesthésie chez les animaux en sectionnant la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante ; la physiologie expérimentale et la clinique sont donc ici complètement d'accord. Si, en clinique, on observe presque toujours l'hémiplegie en même temps que l'hémianesthésie, cela tient à ce que les lésions sont rarement limitées à la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante ; les parties antérieures sont le plus souvent intéressées en même temps dans une étendue variable.

Lorsque la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante est détruite, l'hémianesthésie persiste ; lorsqu'elle est simplement comprimée par un foyer hémorragique situé au voisinage, par exemple, l'hémianesthésie disparaît au moment où le sang épanché se résorbe. L'hémianesthésie se rencontre souvent dans l'hystérie avec tous les caractères qu'elle présente lorsqu'elle a son origine dans une lésion matérielle d'un des hémisphères cérébraux.

L'hémianesthésie s'accompagne quelquefois d'*hémichorée*, c'est-à-dire de mouvements involontaires et désordonnés des membres et de la face d'un côté du corps.

L'hémichorée peut du reste se rencontrer sans altérations de la sensibilité, d'où l'on doit conclure que, si les points dont les lésions donnent lieu à l'hémianesthésie et à l'hémichorée sont voisins, ils ne sont cependant pas identiques. D'après le professeur Charcot, les fibres dont la lésion provoque l'hémichorée se trouvent probablement dans la couronne rayonnante à côté et en avant de celles qui servent de voie de transmission aux impressions sensitives. Dans presque toutes les autopsies d'affections cérébrales avec hémichorée, on a noté la destruction de la partie postérieure de la couche optique ou *pulvinar*, ainsi que celle des fibres de la couronne rayonnante qui se rendent dans cette partie (Raymond).

L'instabilité des pieds et des mains décrite par Hammond sous le nom d'*athétose* ne paraît être qu'une forme de l'hémichorée.

La lésion d'un des pédoncules cérébraux produit une hémiplegie croisée avec hémianesthésie plus ou moins complète et souvent des mouvements convulsifs.

BROCA. Sur le siège de la faculté du langage articulé (Bulet. de la Soc. anat., 1861). — LUYB. Op. cit. — VULPIAN. Lec. sur la physiol. du syst. nerveux, 1866. — G. FRITSCH et HITZIG. Sur l'excitabilité électrique du cerveau (Arch. de Du Bois-Reymond, 1870). — Des mêmes. Recherches sur la physiologie pathologique du cerveau, (Berlin. Klin. Wochenschr., 1873 et 1874). — A. PROUST. De l'aphasie (Arch. gén. de méd., 1872). — H. JACKSON. Observ. on the localisation of movements in the cerebral hemispheres, London, 1873. — SCHIFF. Appendice à la 2^e édit. des Leçons de physiol. expér. sur le syst. nerveux, Florence, 1873. — NOTHNAGEL. Rech. expér. sur les fonctions du cerveau (Arch. de Virchow, 1873). — DURET. Recherches sur la circulation du cerveau (Arch. de physiol., 1874). — GROMIER. Études sur les circonvolutions cérébrales chez l'homme et chez le singe, thèse, Paris, 1874. — FERRIER. Rech. expérimentales sur la physiol. et la pathol. cérébrales, traduct. de H. DURET (Progrès méd., 1873 et 1874). — VEYSSIÈRE. Recherches clin. et expér. sur l'hémianesthésie de cause cérébrale, thèse, Paris, 1874. — VIRENQUE. De l'hémianesthésie, thèse, Paris, 1874. — PARANT. De la possibilité des suppléances cérébrales, thèse, Paris, 1875. — GHARRIER. De l'épilepsie traumatique, thèse, Paris, 1875. — LÉPINE. De la localisation dans les maladies cérébrales, thèse d'agrégation (médecine), Paris, 1875. — CHARCOT. Cours d'anat. pathologique (Progrès médical, 1875-1876). — Du même. Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau, Paris, 1876. — RAYMOND. Étude anat. physiol. et clin. sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomat., thèse, Paris, 1876. — VULPIAN. Destruction de la substance grise du gyrus sigmoïde du côté droit sur un chien (Arch. de physiol., 1876, p. 814). — L. COUTY. Étude relative à l'influence de l'encéphale sur les muscles de la vie organique et spécialement sur les organes cardio-vasculaires (Arch. de physiol., 1876, p. 665). — FÉRÉ. Note sur quelques points de la topographie du cerveau (Arch. de physiol., 1876). — BOCHFONTAINE. Étude expérimentale de l'influence exercée par la faradisation de l'écorce grise du cerveau sur quelques fonctions de la vie organique (Arch. de physiol., 1876). — S. POZZI. Article *Circonvolutions cérébrales* du Dictionn. encyclop. des sc. méd. — P. BERGER. Article *Corps opto-striés*, même Diction. — DUVAL. Art. *Système nerveux* in Nouv. Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques. — BROADBENT. Rapport sur les localisations cérébrales (Congrès méd. de Genève, 1877). — BOURDON. Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres (Acad. de méd., séance du 23 oct. 1877). — A. PITRES. Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales, Paris, 1877. — Louis LANDOUZY. Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites frontopariétales, thèse, Paris, 1876. — Du même. De la blépharoptose cérébrale (Arch. gén. de méd., 1877). — A. PITRES. Note sur la nomenclature des différentes régions du centre ovale des hémisphères cérébraux (Arch. de physiol., 1877, p. 245). — CHARCOT et PITRES. Des localisations corticales (Revue mensuelle de méd. et de chir., 1877). — LUSSANA et LEMOIGNE. Des centres moteurs encéphaliques (Arch. de physiol., 1877, p. 342). — BROWN-SÉQUARD. Mémoires sur la physiol. et la pathol. des diverses parties de l'encéphale (Arch. de physiol., 1877). — BROCA. Recherches sur l'action des hémisphères cérébraux (Acad. de méd., séance du 15 mai 1877). — FRANCK et PITRES. Analyse expérimentale des mouvements provoqués par l'excitation des territoires de la substance grise du cerveau (Soc. de biologie, 22 décembre 1877). — Des mêmes. Des conditions de production et de généralisation des phénomènes convulsifs d'origine corticale (Soc. de biologie, 29 déc. 1877). — FERRIER. Les fonctions du cerveau, traduct. de H. de VARIGNY, 1878. — GRASSET. Leçons sur les maladies du système nerveux, 1878. — HAMMOND. Traité des maladies du système nerveux, traduit par Labadie Lagrave, Paris, 1878.

TUMEURS CÉRÉBRALES.

Les tumeurs cérébrales, de nature très-variable, sont produites tantôt aux dépens de la boîte crânienne (exostoses), tantôt aux dépens

des méninges ou des gros vaisseaux (tumeurs de la dure-mère, anévrysmes de calibre); tantôt enfin elles ont leur siège dans la substance cérébrale proprement dite (gros tubercules, gliomes, tumeurs parasitaires, etc.).

On comprend qu'au point de vue clinique il soit nécessaire de rapprocher ces altérations, car il importe peu, du moment où il s'agit d'une action en quelque sorte mécanique, que les tumeurs soient constituées par du tissu osseux, par une dilatation vasculaire ou par des néoplasmes tuberculeux ou cancéreux. Bien que les abcès du cerveau se comportent souvent comme des tumeurs, nous croyons devoir renvoyer leur histoire au chapitre consacré à l'encéphalite.

DESCRIPTION. — Les manifestations cliniques sont très-variables suivant le siège des tumeurs; aussi est-il particulièrement difficile de tracer un tableau des effets produits par les tumeurs cérébrales. Pour les maladies qui ont un siège précis, des symptômes constants, fondamentaux, le nosologiste peut constituer des types morbides qui répondent à la grande majorité des cas et qui en sont pour ainsi dire les *schémas*, mais pour les tumeurs cérébrales un pareil travail est impossible, car la symptomatologie est absolument différente suivant que la compression porte sur telle ou telle partie des hémisphères cérébraux. Nous devons nous contenter de signaler les symptômes qui se rencontrent le plus fréquemment dans l'histoire de ces tumeurs; les détails dans lesquels nous sommes entrés au sujet de l'étude de la structure du cerveau et des localisations cérébrales faciliteront notre tâche. Nous ferons cependant remarquer que ces tumeurs cérébrales n'agissent pas seulement par compression ou par destruction de certaines parties des hémisphères; elles provoquent des *actions à distance* qui rendent encore leur étude plus complexe.

Les tumeurs cérébrales peuvent rester latentes pendant longtemps; c'est ce qui arrive en particulier lorsqu'elles se développent en dehors des circonvolutions motrices, dans les lobes postérieurs par exemple, surtout si leur accroissement est lent et progressif. Les troubles morbides dus à la présence des tumeurs n'apparaissent pas toujours lentement, ainsi qu'on pourrait le supposer: il n'est pas rare que le début des accidents soit marqué par une attaque apoplectiforme ou épileptiforme. Nous passerons successivement en revue les troubles de la *motilité*, de la *sensibilité* et de l'*intelligence*, qui se montrent le plus souvent chez les malades porteurs de tumeurs cérébrales et nous chercherons, à propos de chaque symptôme, à signaler le siège et la nature des lésions qui s'y rapportent.