

Tubercules quadrijumeaux. — Un néoplasme de cette zone se traduira par de la titubation, une ophtalmoplégie externe et des vomissements.

Base du crâne. — Les tumeurs de la base provoquent des paralysies combinées des nerfs crâniens.

Une tumeur *antérieure* retentira sur l'*olfactif*.

Une tumeur *médiane* déterminera : des *névralgies du trijumeau* associées parfois à de l'anesthésie, du zona, de la *paralysie faciale*.

Une tumeur *postérieure* agira sur la sphère de l'*acoustique*, des *oculomoteurs*, du *glossopharyngien* et du *pneumogastrique*.

Une tumeur du *chiasma* se traduira par de l'*hémianopsie latérale* (voy. p. 64, fig. 52, 55).

Pédoncules. — Les néoplasmes pédonculaires déterminent, outre les vomissements et les maux de tête : la paralysie alterne, le syndrome de Weber, parfois la propulsion latérale et des troubles vésicaux.

Protubérance et bulbe. — Cette localisation peut donner lieu : au *syndrome de Millard Gubler*; à la paralysie de la langue et de la déglutition; à des *paralysies bulbaires* (glycosurie, albuminurie, troubles respiratoires et cardiaques, hémorragies pulmonaires d'origine vaso-motrice) quelquefois associées à des paralysies des membres.

Cervelet. — Les tumeurs cérébelleuses se traduisent par des signes complexes : démarche ébrieuse (lobe moyen); marche impossible dans l'obscurité; réflexes plutôt exagérés, asthénie musculaire, vomissements; *œdème papillaire*; nystagmus; parole lente, scandée; troubles de la déglutition, parfois de la respiration et du cœur. L'intelligence est intacte; on constate en certains cas seulement un peu d'hébété.

Corps calleux. — Les tumeurs de cette région provoquent de la somnolence, de la stupeur et des troubles de la parole.

Glande pinéale. — Les néoplasmes de cet organe donnent lieu à des signes peu précis de compression et d'actions à distance : paralysies, aphasie, céphalée; plus rarement, à des anomalies de développement et à des spasmes laryngés.

Glande pituitaire. — Dans ces cas, les signes communs manquent souvent; l'hémi-anopsie temporale (lésion du chiasma), l'amaurose sont possibles; plus rarement on a observé : l'infantilisme ou le féminisme, un accroissement de la face et des extrémités (par une sorte d'œdème) rappelant l'*acromégalie*.

III. Signes pouvant révéler la nature de la tumeur. — Le plus souvent, la nature de la tumeur ne se révèle par aucun signe spécial; on est pourtant parfois renseigné : par la présence de tumeurs dans d'autres organes, par des signes de généralisation ou de cachexie cancéreuse, de tuberculose (tubercule du cerveau) pulmonaire, ganglionnaire ou autre; par la constatation d'exostoses ou de lésions syphilitiques évidentes, par la notion d'une syphilis antérieure ou les effets du traitement spécifique; par l'existence évidente d'hydatides du foie ou du poumon, la perception d'un souffle à l'auscultation du crâne (anévrisme).

CHAPITRE III

SÉMIOLOGIE DU CERVELET

I. — SYNDROME CÉRÉBELLEUX

Les lésions du cervelet, pour peu qu'elles soient bien limitées à l'organe et embrassent au moins l'une de ses moitiés, comprenant le vermis, font naître en général un *syndrome spécial* (*ataxie cérébelleuse*), tantôt pur, tantôt mêlé à des signes de compression ou d'excitation. Son élément essentiel est le *manque d'équilibre* pendant la marche et la station debout ou assise. Debout, le malade doit, pour se maintenir, écarter les pieds et étendre les bras sur les côtés, à la recherche d'un appui contre les oscillations de la tête et du tronc. Ce trouble est exagéré, non par l'occlusion des yeux, mais par la parole et le mouvement. Le sujet marche à petits pas, en zigzag, les jambes écartées et légèrement fléchies, comme ivre (*démarche ébrieuse*); à un degré de plus, il est étourdi, bute et tombe. Les mouvements de la tête et du cou peuvent persister, que le malade soit assis ou couché. Pour saisir un objet, la main hésite et tremble. Dans la marche, la moitié supérieure du corps se laisse devancer par l'inférieur. Debout le sujet perd l'équilibre, si on lui fait pencher la tête et le tronc en arrière, sans fléchir les genoux. La *parole* est scandée et explosive, ou balbutiée et traînante. On constate en outre une légère asthénie musculaire et, habituellement, l'exagération des réflexes. Les troubles oculaires, tels que nystagmus, strabisme sont fréquents, de même le vertige giratoire; la tristesse, la tendance à tourner de gauche à droite sont plus rares.

II. — ATROPHIE ET SCLÉROSE

La lésion peut demeurer latente. Plus souvent elle se traduit par un développement intellectuel imparfait; par des crises épileptiques, des troubles de la marche et de la parole, et plus tard, par un syndrome cérébelleux plus ou moins complet, associé à des accidents provoqués par les complications (dégénérescences secondaires, hydrocéphalie, lésions cérébrales).

Les scléroses limitées ou tardives donnent lieu à des accidents moins marqués et plus tardifs : épilepsie isolée, ou débilité intellectuelle, faiblesse, démarche incertaine. Le début peut être lent; l'asthénie des membres et le tremblement sont d'abord passagers puis persistants; de la dysarthrie, des troubles de la marche et de l'équilibre s'y joignent ensuite.

III. — TUMEURS DU CERVELET

Les tumeurs se révèlent par des signes de deux ordres : *signes de localisation* (irritation ou destruction de certaines parties de l'organe) et *signes de compression* (hypertension intra-crânienne déterminée par le liquide céphalo-rachidien).

Signes de compression. — 1° C'est d'abord une *céphalée* tenace, violente, tantôt sans localisation précise, tantôt occipitale, exaspérée par les efforts, arrachant des hurlements, accompagnée de raideur de la nuque, reparaissant surtout le soir ; capable de provoquer la torpeur, la manie aiguë et même la démence. Cette douleur finit par s'apaiser pour faire place à l'*affaiblissement intellectuel*. Des *attaques syncopales, comateuses ou épileptiformes* peuvent se produire, ou des *vertiges*, d'abord seulement dans la station debout, ensuite même dans le décubitus. Le syndrome est complété par des *vomissements* (sans effort ni nausées), par de l'*amblyopie* et de l'*amaurose* en rapport avec la *névrite optique* et l'*œdème papillaire* (diminution progressive de la vue, jusqu'à la cécité), quelquefois par de l'*anosmie*.

Signes de localisation. — Ils consistent en un *syndrome cérébelleux* plus ou moins complet, surtout quand le vermis est envahi. On constate une *titubation* caractéristique, parfois, un *vertige* spécial (le malade, même couché, se sent emporté dans un tourbillon) indiquant la lésion des pédoncules cérébelleux moyens, et, entraînant la chute toujours du même côté.

La tumeur peut refouler le cervelet, la protubérance, le bulbe et comprimer les parties voisines. Il en résulte : tantôt une *hémiplégie*, ou plutôt une hémiparésie légère, quelquefois progressive ; tantôt la parésie et l'ataxie des membres inférieurs, la paralysie des 4 membres ou d'un seul ; tantôt les divers modes de paralysie alterne (avec un nerf crânien). Les réflexes sont plutôt exagérés du côté malade, avec ou sans clonus du pied. On peut encore observer la déviation de la tête et du tronc (par raideur et contracture des muscles du côté de la tumeur) l'opisthotonos. Les sphincters sont presque toujours intacts. On note parfois : une dysarthrie légère (parole lente et embarrassée) ; fréquemment une gêne de la déglutition et de la respiration ; des paralysies oculaires, et surtout la mydriase et le myosis. Le nystagmus est souvent précoce. La compression des tubercules quadrijumeaux, quand elle se produit, détermine une ophtalmoplégie bilatérale associée à la névrite optique. Le facial (paralysie faciale comprenant le facial supérieur), le trijumeau, le glosso-pharyngien, l'acoustique (perte de l'ouïe) sont susceptibles aussi d'être atteints. Certains de ces troubles sont transitoires.

Phase terminale. — La terminaison résulte des progrès de l'asthénie et de l'hébétude, parfois d'accidents bulbaires : irrégularités de la respiration, ralentissement ou intermittences cardiaques, troubles de la déglutition. En résumé, les tumeurs du cervelet se distinguent surtout par des signes multiples étrangement associés.

IV. — HÉMORRAGIE ET RAMOLLISSEMENT DU CERVELET

Forme légère. — La lésion peut rester latente, ailleurs, à un ictus passager succèdent quelques troubles de l'équilibre et de la vue. Plus rarement, s'installent définitivement du mal de tête, des vertiges, la titubation, du nystagmus ou de l'amaurose.

Formes graves. — a. *Accidents aigus d'emblée.* — Le malade ressent une violente douleur à l'occiput, pousse un cri et meurt subitement ; d'autres fois, il succombe en 24 ou 36 heures, dans le coma, après des vomissements et des convulsions.

b. *Forme lente rémittente.* — Elle est plus habituelle. Une céphalée occipitale, des vertiges, des mouvements involontaires de la tête servent de prodromes ; la lésion constituée se révèle par l'accentuation des signes précédents, par un ictus, accompagné de vomissements répétés, généralement sans paralysies. La connaissance revient graduellement, mais la douleur occipitale et de la somnolence persistent, surtout dans la station debout ; la démarche est ébrieuse, avec tendance à tomber d'un côté ; le réflexe rotulien est un peu exagéré du côté de la lésion. On observe des troubles oculaires variables : mydriase ou myosis, plus rarement amblyopie et amaurose. Habituellement, à une phase stationnaire, succèdent des ictus répétés, apoplectiformes ou épileptiformes et un *coma* terminal avec respiration embarrassée et intermittente, pouls lent et irrégulier, puis mort.

V. — ABCÈS DU CERVELET

Ils demeurent quelquefois latents ou sont masqués par les signes d'une otite ou d'une mastoïdite qui en est l'origine. Leur existence est soupçonnée plus tard, grâce à un syndrome cérébelleux ébauché, ou à la persistance de la fièvre, de la douleur et de l'abattement, malgré la trépanation de l'apophyse mastoïde et l'évacuation du pus.

L'abcès du cervelet frappe d'habitude les sujets porteurs d'une *suppuration ancienne de l'oreille* dont l'écoulement subsiste ou est interrompu. Une céphalée éclate, continue, générale ou limitée, soit à la tempe, soit à la nuque, accompagnée de nausées, de vomissements réflexes et d'étourdissements. La station debout ou assise devient bientôt difficile ou impossible ; la nuque devient rigide ; la connaissance subsiste, mais le malade, plongé dans la torpeur, a la face traversée de grimaces convulsives. Les nuits sont agitées ; la fièvre est modérée (38°), le pouls lent ou accéléré. On constate de la douleur à la pression de l'apophyse mastoïde et de l'occiput, la perforation du tympan, et souvent, un écoulement fétide. L'inégalité pupillaire, le nystagmus, l'hypéresthésie, l'état cataleptoïde des membres s'observent plus rarement. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Si l'on n'intervient pas, le coma, la fièvre s'accroissent, la respiration s'em-

barrasse, et le malade succombe, après 15 jours ou 5 semaines, dans une crise convulsive ou une syncope.

Certains cas, après une phase aiguë, évoluent lentement comme une tumeur du cervelet.

VI. — LÉSIONS DES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX

L'existence de ces lésions ne peut être que *présumée*, derrière un syndrome complexe, sorte de *syndrome cérébelleux* compliqué de *tremblement* (choréiforme, intentionnel ou parkinsonien), de *paralysie de la III^e paire*, de *troubles pupillaires* (mydriase, réflexes à la lumière et à l'accommodation diminués ou abolis), de *paralysie ou de parésie des mouvements de latéralité* et de *diminution de l'acuité visuelle*.

CHAPITRE IV

SÉMIOLOGIE DES PÉDONCULES CÉRÉBRAUX

SYNDROMES PÉDONCULAIRES

Il faut distinguer les lésions de la *calotte* et du *piéd du pédoncule*.

Calotte. — Ses lésions entraînent : 1° *du même côté*, la paralysie plus ou moins complète du moteur oculaire commun (souvent limitée à la musculature externe); 2° *du côté opposé*, une héli-anesthésie sensitive, en général incomplète, des paresthésies, une héli-ataxie, ou plus rarement une héli-parésie motrice.

Piéd. — Ses lésions se traduisent : 1° *du même côté* par une paralysie du moteur oculaire commun; 2° *du côté opposé*, par une héliplégie motrice plus ou moins complète (*syndrome de Weber*) sans troubles sensitifs. Une légère incoordination ou une légère hypoesthésie peuvent résulter de la compression de voisinage.

HÉMORRAGIES ET RAMOLLISSEMENT DES PÉDONCULES

Hémorragies. — 1° *De la partie interne.* — Les prodromes consistent en vomissements, céphalée, vertige, bourdonnements d'oreilles, puis surviennent un ictus et une paralysie totale ou très étendue de la III^e paire, du côté de la lésion, associée à une héliplégie complète du côté opposé (suivie de contracture) avec héli-anesthésie incomplète et fugace.

2° *De la partie externe.* — Dans les *cas purs*, on constate une héliplégie avec héli-anesthésie, sans troubles oculaires. Les *cas complexes* intéressant les étages inférieur et supérieur sont plus communs; à des

vomissements et à une céphalée occipitale succède un ictus ou une torpeur persistante, puis une paralysie incomplète et partielle de la III^e paire (ophtalmoplégie externe). Quand le foyer est très limité, les membres et la face sont respectés ou seulement parésiés (par compression), mais l'héli-anesthésie est fréquente. Les autres signes sont ceux de toute hémorragie cérébrale.

Ramollissement. — 1° *Étage inférieur.* — Précédée ou non de céphalée, de vomissements, une ophtalmoplégie soit interne, soit externe, généralement partielle, se constitue, tantôt brusquement, par ictus, tantôt peu à peu. L'ophtalmoplégie peut devenir totale, surtout en cas de syphilis; le début par la musculature externe est le plus commun. La paralysie de la III^e paire peut être précédée d'héliplégie, habituellement sans héli-anesthésie.

2° *Étage supérieur.* — Son atteinte se traduit par de l'anesthésie et des troubles intellectuels (apathie, somnolence).

3° *Foyers multiples.* — On constate alors le syndrome pédonculaire complet : paralysie oculaire du côté de la lésion; de l'autre, héliplégie motrice et héli-anesthésie; on peut même voir un *double syndrome de Weber*.

TUMEURS DES PÉDONCULES

Ces tumeurs éveillent un syndrome très complexe; elles sont rarement limitées aux pédoncules. Outre les signes de compression générale, communs à tout néoplasme encéphalique, on observe divers aspects du syndrome alterne pédonculaire : d'abord *héliplégie croisée*, complète ou incomplète avec exagération des réflexes et souvent incoordination, quelquefois troubles sensitifs variés; ensuite *paralysie incomplète*, parfois intermittente, *de la III^e paire*, du côté de la tumeur. La céphalée est intense, précoce, accompagnée de somnolence, de vomissements répétés, de vertiges puis de troubles visuels et de modifications de la papille (par hypertension intra-crânienne). La terminaison est due soit à des accidents pulmonaires ou cardiaques, soit à des crises délirantes, convulsives ou comateuses.

CHAPITRE V

SÉMIOLOGIE DE LA PROTUBÉRANCE

I. — SYNDROME PROTUBÉRANTIEL

La protubérance est traversée par les faisceaux pyramidaux en avant, les fibres des voies sensitives en arrière; les uns et les autres croisent à angle droit les faisceaux des pédoncules cérébelleux moyens, et s'entre-croisent plus bas. Il en résulte que leur lésion dans la protubérance provoque des phénomènes d'excitation ou de paralysie dans les membres du côté opposé. Les