d'une attaque d'influenza ; elle fut pratiquée une première fois dans le ventricule gauche ; on dut l'interrompre, après avoir retiré 300 grammes, parce que l'enfant fut pris de convulsions violentes et était tombé dans un état de collapsus inquiétant. Huit jours après, la ponction du ventricule droit donna 270 grammes. La guérison fut complète et rapide ; trois ans après, l'enfant jouissait d'une intelligence remarquable et d'une santé parfaite.

La ponction doit être pratiquée aseptiquement, avec un trocart capillaire, au niveau de la fontanelle, à 3 ou 4 centimètres en dehors de la ligne médiane pour éviter le sinus longitudinal.

La *trépano-ponction*, suivie du *drainage*, comporte des dangers d'infection encore plus sérieux (Pott) (1). Elle a donné quelques succès entre les mains de Keen (2), de Mayo Robson (3) et de Broca (4).

La *ponction lombaire* est l'opération la moins grave, mais elle est souvent inefficace.

## CHAPITRE X

## TUMEURS DE L'ENCÉPHALE

ÉTIOLOGIE. — Les *tubercules de l'encéphale* forment la majorité des tumeurs trouvées dans la masse encéphalique chez les enfants (5). Exceptionnels avant trois ans (Rilliet et Barthez), ils atteignent leur maximum de fréquence entre trois et cinq ans et deviennent rares après sept ans. L'un de nous, M. d'Espine, a eu cependant l'occasion d'observer des convulsions chez un enfant de onze mois, qui se renouvelèrent à treize mois et furent mortelles. Il trouva à l'autopsie quelques tubercules disséminés dans la substance grise des circonvolutions; deux d'entre eux siégeaient au niveau de la zone motrice. Les tubercules cérébraux se développent plus souvent chez les garçons que chez les filles, et presque toujours chez des enfants prédisposés par l'hérédité ou exposés à la contagion tuberculeuse.

Les autres tumeurs cérébrales : *gliomes*, *sarcomes*, *carcinomes*, *cysticerques*, *échinocoques*, etc., sont plus rares.

Le *traumatisme* joue un rôle important dans l'étiologie des gliomes. Ces tumeurs se développent avec une extrême lenteur. Fürstner et

(1) Pott, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1890, t. XXXI, p. 34.
(2) Keen, *Lancet*, 19 sept. 1890.
(3) Mayo Robson, *Brit. med. Journ.*, 6 déc. 1890.
(4) Broca, *Revue de chir.*, 1891, p. 41.
(5) Dans une statistique établie par Starr (*Med. News*, 12 janvier 1889), sur 300 cas de tumeurs cérébrales observées chez des sujets au-dessous de dix-neuf ans, on trouve 152 tumeurs tuberculeuses, 86 tumeurs malignes, 30 kystes, 2 gommes et 30 tumeurs sans indication précise.



Stühlinger (1) ont démontré pour trois cas de gliomes, qu'ils ont constatés chez les adultes, que l'origine de ces tumeurs devait remonter à la première enfance et se rattachait probablement à une ancienne leptoméningite. Kirmisson et de Salis ont soutenu également le rôle du traumatisme cranien dans la genèse des tubercules cérébraux. Nous avons indiqué à l'article *Tuberculose* le rôle des causes irritantes sur les localications tuberculeuses, mais il faut tenir compte des coïncidences, et les observations qui ont été publiées par ces auteurs prêtent le flanc à cette objection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1. **Tubercules.** — Les tubercules siègent à peu près aussi souvent dans le cervelet que dans le cerveau et parfois simultanément dans ces deux organes ; on les a trouvés plus rarement dans le bulbe ou le mésocéphale; ils coïncidaient alors généralement avec des tubercules des hémisphères (Rilliet et Barthez). L'un de nous, M. D'Espine, a observé néanmoins un cas de tubercule de la protubérance, sans tubercules dans le cerveau. La substance grise des circonvolutions et la substance blanche avoisinante sont leur siège de prédilection, mais on peut en rencontrer également dans le centre ovale, les corps striés, les couches optiques, etc. Dans un cas observé par Hutinel (2), les tubercules étaient disséminés dans le corps strié, dans le cervelet, dans le centre ovale, et étaient accompagnés de deux tubercules dans la moelle épinière.

Le plus souvent, on trouve, au milieu de la substance cérébrale et faisant corps avec elle, une, deux ou trois tumeurs régulières, arrondies, de la grosseur d'une noisette ; plus rarement ce sont des masses volumineuses, irrégulières, atteignant la grosseur d'un œuf de poule ou même du poing, et provenant de la fusion de plusieurs tubercules isolés. On a vu de ces masses énormes remplir presque complètement un des hémisphères. Ces tumeurs sont dures et compactes; elles offrent à la coupe un centre jaune, caséeux, sec ou ramolli, et une couche périphérique grise, demi-transparente, qui se continue directement avec le tissu cérébral. Parfois elles présentent une teinte verdâtre et une disposition en couches concentriques (Rilliet et Barthez).

Ces tumeurs sont-elles constituées par une agglomération de vraies granulations ou par une encéphalite tuberculeuse? Il n'est pas toujours facile de le dire. D'après Cornil et Ranvier, la partie du cerveau qui entoure le tubercule présente tous les degrés d'une prolifération active de la névroglie et en particulier de grosses cellules à plusieurs noyaux; les vaisseaux qui pénètrent dans la masse du tubercule sont tous oblitérés par de la fibrine et par la prolifération de leur gaine lymphatique. Le tubercule lui-même est formé, comme dans tous les

(1) Fürstner et Stühlinger, *Arch. für Psych.*, 1886, t. XVII, p. 1.
(2) Hutinel, *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 618.

autres organes, de petits éléments unis par de la matière granuleuse et présente au centre la dégénérescence caséeuse. Dans quelques cas rares, les tubercules du cerveau deviennent crétacés ; Rilliet et Barthez n'ont rencontré que deux fois cette transformation calcaire. En dehors de la zone tuberculeuse, le tissu nerveux est tantôt parfaitement normal, tantôt ramolli par l'œdème cérébral ou injecté et parsemé de petits foyers d'hémorragie capillaire.

Les tubercules cérébraux coïncident souvent avec des *tubercules méningés* et parfois avec la *méningite tuberculeuse*.

L'*hydrocéphalie interne* est une complication très fréquente de ces tumeurs, surtout quand celles-ci occupent le voisinage du vermis superior et gênent la circulation en retour par la compression des veines de Galien.

Les tubercules encéphaliques sont presque toujours accompagnés de tubercules dans d'autres organes ; ceux-ci siègent alors, le plus souvent, dans les ganglions bronchiques, dans les ganglions mésentériques ou dans les poumons.

2. **Tumeurs parasitaires.** — Les *kystes à échinocoques* de l'encéphale ont été observés quelquefois dans la seconde enfance ; un tiers à peu près des cas rapportés par Davaine (1) appartient à cet âge. Ils siègent tantôt dans la dure-mère, tantôt dans le cerveau ; on les trouve alors presque toujours dans les ventricules latéraux, où ils peuvent acquérir des dimensions considérables. Ces kystes présentent parfois plusieurs poches et peuvent coïncider avec des hydatides du foie. Ils ont une marche lentement progressive, qui peut amener par compression une atrophie des parties encéphaliques avoisinantes. Dans un cas observé par Roger, la tumeur était partie de la selle turcique qu'elle avait déprimée, s'était étendue au quatrième ventricule et avait pénétré de là dans les deux ventricules latéraux, où elle avait atteint un grand développement et atrophié le lobe rontal. Dans les cas de Reeb (2) et de Moulinié, le kyste avait fait saillie sous la voûte cranienne, qu'il avait perforée par compression.

Le *cysticercus cellulosæ*, qui est le scolex du tænia solium, peut s'enkyster dans l'encéphale. On le trouve sous la forme de petites vésicules solitaires, tantôt à la surface du cerveau dans la substance grise, tantôt dans les ganglions centraux ou le cervelet, tantôt dans les ventricules. Damaschino (3) en a observé un dans le quatrième ventricule chez une petite fille de six ans, et G. Merckel (4) en a trouvé un à l'entrée du troisième ventricule. Gerhardt a pu rassembler douze cas de cysticerques encéphaliques trouvés chez les enfants ;

(1) Davaine, Traité des entozoaires, 1877, p. 696.
(2) Reeb, *Centralblatt für die med. Wiss.*, 1872, p. 9.
(3) Damaschino, *Union méd.*, 1865, t. I, p. 476.
(4) G. Merckel, *Deut. Arch. für klin. Med.*, 1867, t. III, p. 297.



dans aucun on n'avait signalé la présence du tænia dans l'intestin. Les kystes auxquels donnent naissance les cysticerques ne sont jamais aussi volumineux que les kystes à échinocoques. Le cysticerque peut rester vivant dans l'encéphale pendant trois à six années. Il exerce sur la substance qui l'entoure une action irritative qui se traduit par une adhérence des méninges à la surface du cerveau et par de l'hydrocéphalie inflammatoire dans les ventricules.

3. **Cancer.** — Le *carcinome* encéphalique a été observé surtout comme extension d'un fongus de la dure-mère (Ecklund et Björkmann) (1) ou comme métastase d'un carcinome situé ailleurs (Nobiling) (2).

Le *sarcome*, qui est la forme la plus habituelle du cancer dans l'enfance, ne se développe en général dans la masse encéphalique, que secondairement à un sarcome de l'œil. Nous avons pu cependant recueillir 46 observations de tumeurs malignes primitives de l'encéphale relatives à des enfants (voir *Tumeurs malignes*, p. 320) ; c'étaient le plus souvent des glio-sarcomes, mais d'autres formes de tumeurs ont été aussi observées. Rothmund (3) a trouvé dans le cerveau d'une jeune fille de treize ans, qui souffrait depuis longtemps de céphalalgie et de crises de vomissements, un sarcome primitif à éléments fusiformes, de la grosseur d'un œuf de poule ; cette tumeur siégeait dans la partie postérieure des hémisphères cérébraux, au-dessus des ventricules latéraux. Breton (4) rapporte un cas de glio-sarcome de la dure-mère, observé chez un enfant de cinq ans, qui, parti de la tente du cervelet, perfora la base du crâne et envoya un prolongement dans le pharynx ; celui-ci détermina des accès de suffocation qui nécessitèrent la trachéotomie.

4. **Gliome.** — Les gliomes vrais ont une marche beaucoup plus lente que les sarcomes. Ils siègent, tantôt dans la substance grise des hémisphères (Gliky [5], Fürstner et Stühlinger), tantôt dans la couche optique (Rendu) (6), tantôt dans le cervelet (Broadbent) (7). Dans un cas de Ross (8), il existait, outre un gliome du vermis superior, une dégénérescence gliomateuse étendue de la moelle épinière. Ces tumeurs peuvent se transformer à la longue en tissu scléreux, présentant parfois une lacune à l'intérieur.

5. **Gommes.** — Les gommes du cerveau sont beaucoup plus rares chez l'enfant que les lésions diffuses produites par les méningites et l'endartérite syphilitique.

(1) Ecklund et Björkmann, *Journ. f. Kinderkr.*, 1863, t. XLI, p. 118.
(2) Nobiling, *Ibid.*, 1871, t. LVII, p. 71.
(3) Rothmund, *Klin. Monatschr. für Augenheilk.*, t. XI, sept. 1873.
(4) Breton, *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1892, p. 434.
(5) Gliky, *Deutsch. Arch. für klin. Med.*, 1875, t. XVI, p. 463.
(6) Rendu, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1878, p. 237.
(7) Broadbent, *Clin. Soc. Trans.*, 1872. t. V, p. 66.
(8) Ross, *Brit. med. Journ.*, 8 déc. 1877.

SYMPTOMES et MARCHE. — Souvent les tumeurs cérébrales ne se révèlent pendant la vie par aucun symptôme appréciable; c'est ce qui se passe habituellement pour les tumeurs qui siègent dans la substance blanche des hémisphères, pour celles surtout dont le volume ne dépasse pas la grosseur d'un poids (Ladame [1], Fleischmann [2]) et pour certaines tumeurs médianes des pédoncules ou du pont de Varole, qui écartent les cordons nerveux sans les léser ou les comprimer. La lenteur du développement du néoplasme, l'absence de congestion, d'inflammation ou de ramollissement du tissu cérébral ambiant jouent un rôle encore plus important dans cette absence de symptômes que la nature ou le volume de la tumeur.

D'autres fois, les tumeurs encéphaliques, latentes pendant tout le temps de leur développement, se révèlent peu de temps avant la mort par des convulsions, du coma ou une attaque apoplectique; ou bien encore un seul symptôme éveille l'attention pendant le cours de la maladie et fait soupçonner par sa persistance l'existence de la tumeur. Souvent c'est une céphalalgie opiniâtre et fixe ou revenant irrégulièrement sous forme de migraine. D'autres fois, c'est un spasme musculaire limité; ainsi chez un garçon de deux ans et demi, qui présenta à l'autopsie deux tubercules des hémisphères, on n'observa pendant plusieurs mois d'autre anomalie qu'un léger strabisme convergent (Bares).

Habituellement néanmoins, les tumeurs cérébrales s'annoncent chez les enfants, comme chez les adultes, par deux sortes de symptômes, les uns communs à toutes les tumeurs de l'encéphale, les autres variables suivant le siège de la tumeur. Nous avons surtout en vue, dans la description qui va suivre, les symptômes observés dans le cas de tubercules cérébraux.

1. **Symptômes communs.** — La *céphalalgie* apparaît de bonne heure. Tantôt elle est générale, tantôt elle se localise dans un des côtés de la tête et siège alors ordinairement du même côté que la tumeur; dans les tumeurs du cervelet, elle occupe souvent l'occiput. Chez les petits enfants, la céphalalgie est difficile à constater; elle ne se révèle que par le froncement des sourcils, la mauvaise humeur, l'agitation et les cris.

Les enfants présentent un *changement de caractère*; ils deviennent silencieux, irascibles et grognons. Leur teint perd sa fraîcheur, leur peau devient rugueuse, et leur visage se couvre parfois de taches de rousseur.

A ces symptômes banaux des premiers temps viennent se joindre bientôt des accidents nerveux d'une plus grave portée; les plus fréquents sont les *convulsions*. Tantôt véritables attaques épileptiformes avec coma et stades bien reconnaissables, symptôme très

(1) Ladame, *Thèse de Würzburg*, 1865.
(2) Fleischmann, *Oesterr. Jahrb. für Päd.*, 1872, t. II, p. 105.



fréquent des tumeurs cérébrales, quel que soit leur siège, tantôt convulsions partielles limitées à l'œil, aux muscles de la face, au membre supérieur, et comme telles, symptôme précieux de localisation dans la zone motrice corticale; elles peuvent se renouveler souvent, sans cause appréciable, et être suivies de paralysies passagères dans les muscles affectés.

Entre les attaques, il est rare que l'enfant jouisse d'une santé parfaite; il *vomit* facilement, perd l'appétit, se plaint de la tête et est constipé. Sa démarche est parfois mal assurée dans les jours qui suivent l'attaque; il est pris de *vertiges* persistants et de trouble dans les idées. D'autres fois, surtout chez les malades qui sont atteints de tumeurs siégeant dans l'écorce cérébrale, à la région antérieure et supérieure des hémisphères, on observe dans le membre supérieur ou inférieur des *tremblements*, des spasmes et même de l'hémichorée.

Parfois on voit survenir de véritables *paralysies* à forme hémiplégique, qui viennent affirmer l'existence d'une lésion cérébrale. Tantôt c'est une hémiplégie totale avec perte du sentiment et du mouvement, tantôt et plus souvent une hémiplégie limitée à la face ou au membre supérieur; ou bien ce sont des phénomènes de paralysie ou de contracture isolés, tels que strabisme, ptosis de la paupière supérieure, dilatation d'une pupille, amaurose.

Les *contractures* sont beaucoup plus rares; elles sont le plus souvent le résultat d'une dégénérescence secondaire de la moelle et ne se développent qu'au bout d'un temps plus ou moins long dans les membres paralysés.

Un des signes objectifs les plus importants de l'existence d'une tumeur cérébrale, quel que soit son siège, est fourni par l'*examen ophtalmoscopique*; c'est la papille de stase (ou papille étranglée), caractérisée par l'existence de veines tortueuses et dilatées, par la saillie de la papille dont les limites sont effacées, par la perte de transparence de celle-ci et par sa teinte grisâtre qui se confond peu à peu avec celle des parties péri-papillaires de la rétine, souvent enfin par de petites hémorragies autour de la papille. Ces altérations entraînent habituellement l'amblyopie. Elles s'observent principalement dans les tumeurs de la base et les tumeurs du cervelet, mais peuvent être produites aussi par des tumeurs de tout siège, qui rétrécissent par leur croissance la capacité intra-cranienne.

L'*hydrocéphalie*, comme nous l'avons dit, peut être une complication des tumeurs qui siègent au niveau de la fente cérébrale de Bichat.

2. **Symptômes spéciaux.** — On peut soupçonner une tumeur du *bulbe*, quand, aux signes généraux des tumeurs encéphaliques, se joignent des troubles de la déglutition et de la respiration.

Les tumeurs du *mésocéphale* s'accompagnent plus facilement que d'autres, d'hémiplégie faciale complète avec lagophtalmie. L'un de

nous en a présenté un cas avec autopsie à la Société de Biologie (1). Dans un autre cas, nous avons observé une paralysie de la sixième paire d'un côté et une hémiplégie complète du côté opposé (*paralysie alterne* de Gubler).

Les tumeurs des *pédoncules cérébraux* sont caractérisées par le syndrome de Weber, c'est-à-dire par la paralysie de la troisième paire du même côté que la lésion, et par l'hémiplégie des membres et de la face du côté opposé (cas de Fleischmann).

Les *tumeurs du cervelet* s'accompagnent plus souvent que d'autres d'hydrocéphalie ; on voit alors la fontanelle proéminer et la tête s'élargir dans tous ses diamètres. La céphalalgie occipitale et l'incertitude dans la marche paraissent être aussi plus fréquentes dans les tumeurs de cet organe que dans celles des autres parties de l'encéphale. On a signalé également la fréquence et la persistance des *vomissements* dans les tumeurs du cervelet. La compression exercée par celles-ci sur le bulbe et la protubérance peut amener une parésie des membres.

Dans une observation de Schweinitz (2) se rapportant à des tubercules des deux hémisphères cérébelleux, les symptômes que présenta l'enfant résument assez bien ceux que l'on rencontre le plus fréquemment dans les tumeurs du cervelet : faiblesse progressive des membres inférieurs, névrite optique, vomissements et convulsions. Ce sont plutôt des symptômes de voisinage que des symptômes propres à la lésion cérébelleuse. Dans un cas cité par Vulpian, où le tubercule avait envahi le vermis et une partie de l'hémisphére cérébelleux droit, l'enfant avait une tendance à la rotation à gauche autour de son axe longitudinal. Comme l'a montré Nothnagel, l'ataxie cérébelleuse paraît être en rapport avec des lésions du vermis superior.

Les *tumeurs corticales du cerveau*, qui siègent au niveau de la zone motrice (région rolandique), ne peuvent être diagnostiquées que lorsqu'elles déterminent des attaques d'épilepsie jacksonienne, des monospasmes ou des monoplégies, ou encore de l'aphasie motrice (circonvolution de Broca).

3. **Marche.** — La marche des tumeurs encéphaliques et des tubercules en particulier varie suivant les cas, mais la terminaison est presque toujours fatale au bout d'un temps qui peut s'étendre de quelques mois à un ou trois ans. Les gliomes seuls ont une durée parfois beaucoup plus longue. Quelquefois l'enfant succombe à la suite de convulsions répétées ou d'une attaque apoplectiforme ; d'autres fois le tableau de la maladie se confond avec celui de l'hydrocéphalie interne. Plus rarement apparaissent les symptômes de la méningite tuberculeuse. Enfin l'enfant peut succomber dans le marasme par les progrès de la tuberculisation dans d'autres organes.

(1) A. D'Espine, *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 10 avril 1869.
(2) Schweinitz, *Philad. med. Times*, 1887, t. XVII, p. 508.



DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des tumeurs cérébrales est impossible dans les cas où la tumeur reste latente pendant toute sa durée, ou bien ne se révèle que par des accidents terminaux, qu'on ne pourra pas distinguer de ceux d'une hémorragie cérébrale ou méningée, ou d'une éclampsie essentielle.

Dans quelques cas où la tumeur détermine des troubles visuels, le diagnostic peut être posé avec une grande certitude par l'examen ophtalmoscopique, comme nous l'avons dit plus haut.

Habituellement les tumeurs et particulièrement les tubercules cérébraux se révèlent par un ensemble de symptômes caractéristiques. « Lorsqu'un enfant scrofuleux a souffert pendant quelque temps de céphalalgie intense, lorsque le mal de tête est suivi de mouvements convulsifs, de quelque affection paralytique, d'amaurose, de contraction musculaire, de vomissements considérables... lorsque ces symptômes se succèdent les uns aux autres, à des intervalles de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, nous avons beaucoup de raisons de croire que l'enfant a des tubercules du cerveau. » (Green) (1).

Il est important toutefois de ne pas confondre ces symptômes cérébraux avec de simples *migraines* ou avec la céphalalgie opiniâtre que présentent quelquefois les jeunes filles chlorotiques ou les jeunes garçons fatigués par des travaux intellectuels. Cette dernière peut s'accompagner de photophobie, ainsi que d'une inaptitude complète aux travaux intellectuels (Rilliet et Barthez), mais elle n'est jamais aussi intense que dans les tumeurs cérébrales, et elle coïncide souvent avec des points névralgiques dans d'autres parties du corps, tels que l'épigastre, le dos, les espacee intercostaux ; enfin elle cède à un repos intellectuel complet, aux voyages, à l'hydrothérapie, aux bains de mer, etc.

L'*hystérie*, la grande névrose simulatrice (Charcot), peut en imposer aussi dans quelques cas de céphalalgie intense avec spasmes localisés ou paralysie unilatérale pour une tumeur cérébrale. L'absence de troubles oculaires liés à la stase papillaire et de signes de foyer d'une part, la présence des stigmates de l'hystérie de l'autre, permettront d'établir le diagnostic.

Les attaques de l'*épilepsie essentielle* se distingueront facilement des convulsions épileptiformes symptomatiques des tumeurs cérébrales, par le retour complet de la santé après les attaques.

L'*éclampsie* s'observe surtout dans la première enfance, où les tumeurs sont rares, ou bien survient à la suite d'une scarlatine ou de quelque autre affection compliquée d'albuminurie qui suffit à la faire reconnaître. Dans l'éclampsie urémique, la langue est presque toujours chargée et on observe de l'anorexie. Il n'en est pas de même dans les attaques épileptiques qui sont symptomatiques d'une tumeur

(1) Green, *Gaz. méd.*, 14 janvier 1843.

cérébrale, même quand elles s'accompagnent de vomissements.

Quand on fait le diagnostic de tumeur cérébrale, il est important, même chez l'enfant, de ne pas exclure la possibilité d'un *syphilome*, dont on a cité quelques exemples à la suite de la syphilis héréditaire, et d'instituer, comme pierre de touche, le traitement spécifique.

Les *abcès du cerveau* se distingueront des tumeurs cérébrales par leurs commémoratifs (traumatismes, suppurations craniennes, etc.), par leur marche spéciale (période initiale bruyante, suivie d'une période de latence) qui ne présente pas toujours l'aggravation lente et progressive observée dans le cas des tumeurs.

TRAITEMENT. — Le traitement médical ne pourra être que symptomatique en dehors des cas de tumeurs syphilitiques. Il sera dirigé principalement contre la céphalalgie (antipyrine, vessie de glace sur la tête, vésicatoires volants), contre les vomissements (glace à l'intérieur, potion de Rivière) et contre les convulsions (bromure de potassium, chloral).

Il est toujours indiqué d'essayer un traitement spécifique prolongé, soit l'iodure de potassium, soit les frictions mercurielles, avant de se décider à intervenir chirurgicalement.

En cas d'insuccès, Bergmann, Keen, Broca, Chipault, etc., conseillent de tenter une opération, quoique le nombre des tumeurs opérables soit à peine 2 à 4 ou 5 pour 100 (Halewhite [1], Seydel [2]). Et encore faut-il rappeler ici que chez l'enfant la localisation des tumeurs cérébrales se prête moins que chez l'adulte aux tentatives d'ablation. Sur trois cents cas de tumeurs cérébrales, recueillis par Allen Starr (3) chez les enfants, 19 pour 100 seulement se prêtaient par leur siège superficiel à la convexité, à l'opération, tandis que chez l'adulte, la proportion des tumeurs opérables s'éleva à 59 pour 100.

Les succès dans les ablations de tumeurs cérébrales sont d'ailleurs si restreints, que la question de l'intervention devrait être tranchée le plus souvent par la négative, si la *trépanation* par elle-même n'avait pas donné des améliorations sensibles, quel que fût le siège de la tumeur. Cette influence palliative se traduit par la diminution de la céphalalgie et des autres signes de compression cérébrale ; elle s'explique par l'écoulement considérable de liquide céphalo-rachidien qui suit nécessairement toute incision des méninges.

(1) Halewhite, *Guy's Hosp. Rep.*, 1896, t. XL.
(2) Seydel, *Verh. der deutsche Ges. für Chir.*, Berlin, 1892.
(3) Allen Starr, *Brain Surgery*. London, 1894.



## CHAPITRE XI

## HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE INFANTILE

Les paralysies de l'enfance, qui formaient jadis un vrai chaos sous le nom de *paralysies essentielles*, peuvent être divisées aujourd'hui d'une façon rationnelle, d'après le siège de la lésion, en cérébrales, spinales et périphériques. Ces dernières, dans lesquelles rentrent les paralysies *obstétricales*, sont habituellement d'origine traumatique.

HISTORIQUE. — Le nom d'*hémiplégie spasmodique infantile* a été donné par Heine en 1860 à un syndrome clinique qui se rencontre un peu moins souvent dans l'enfance que la paralysie spinale infantile, et qui, malgré la diversité des causes qui peuvent le produire, est très uniforme dans sa symptomatologie.

L'hémiplégie infantile a été entrevue par les anciens auteurs, Cazauvielh, Lallemand, Cruveilhier, Turner, mais c'est à Charcot et à ses élèves, Cotard, Bourneville, Regnard, Raymond, Oulmont, qu'on doit les contributions cliniques les plus importantes sur cette maladie.

Le premier travail d'ensemble sur cette question a été l'article que lui a consacré l'un de nous, M. D'Espine, dans la troisième édition de ce Manuel (mars 1884), et la thèse inaugurale de Gaudard, un de ses élèves (1).

Quelques mois après, Strümpell (2) décrivait la même maladie sous un nouveau nom, *poliencéphalite aiguë*, qui n'a pas fait fortune, parce qu'il reposait sur une donnée hypothétique, celle d'une lésion inflammatoire de la zone motrice du cerveau, analogue à celle trouvée dans les cornes antérieures de la moelle chez les sujets atteints de paralysie infantile.

D'Espine et Gaudard ont démontré, au contraire, par 15 observations personnelles et 80 observations empruntées aux auteurs, dont plus de la moitié avec autopsie, que l'hémiplégie spasmodique de l'enfance est le résultat de maladies primitives diverses, qui ont pour lien commun d'avoir leur siège dans la zone motrice ou sur le trajet du faisceau pyramidal. Ils ont insisté particulièrement sur le rôle étiologique important des maladies infectieuses.

Depuis lors, de nombreux travaux ont été publiés sur cette maladie. Citons en particulier le travail de Wallenberg (3), qui est basé sur

(1) Gaudard, *Thèse de Genève*, 1884.
(2) Strümpell, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1884, XXII, p. 173.
(3) Wallenberg, *Ibid.*, 1886, XXIV, p. 384.