

**Traitement.** — « Les impulsions nombreuses auxquelles sont soumis les idiots... et qui les poussent à commettre des actes criminels ou répréhensibles : homicides, viols, incendies, violences envers les animaux, actes de bestialité, etc.; leur inconscience qui en fait des instruments faciles entre les mains des criminels; enfin la possibilité reconnue partout aujourd'hui de les améliorer dans une proportion variable et qui peut aller jusqu'à les amener au niveau de la normalité moyenne, sont autant de raisons puissantes qui plaident en faveur de l'assistance, du traitement et de l'éducation des idiots intellectuels et moraux de toutes les catégories » (Bourneville).

Le traitement, médico-pédagogique, est basé sur l'éducation physiologique. Il faut le commencer le plus tôt possible et en dehors de la famille de préférence.

Les idiots complets mêmes n'y seraient pas toujours réfractaires. L'idiot, même profond, pour peu qu'il soit attentif, est susceptible d'une éducation rudimentaire. Celle-ci s'adresse d'abord aux actes élémentaires de la mastication, de la préhension<sup>(1)</sup>, de la défécation et de la miction volontaires. Chaque sens demande à être développé séparément et conjointement aux autres par des leçons de choses que l'enfant normal prend, lui, spontanément : on éduquera d'abord le sens le moins obtus suivant le conseil de J. Voisin. Plus tard le langage parlé et écrit sera cultivé, dans la mesure du possible. L'habillement, le ménage, le jardinage seront les premiers sujets sur lesquels il faudra donner des notions usuelles. On développera l'instinct de conservation, les sentiments affectifs, les habitudes d'ordre, de propreté, etc. On surveillera les manifestations de l'instinct génésique.

La faculté d'imitation dont les sujets les plus atteints font preuve sera utilisée comme il convient, ainsi que les sentiments de crainte, d'intérêt, etc. On s'imagine aisément quelle patience demande une pareille tâche. La régularité et une persévérance infinie sont des conditions indispensables de réussite. Nous renvoyons le lecteur, pour plus de détails, aux travaux de Séguin, de Bourneville, de J. Voisin, etc.

L'hygiène doit servir de base à ce traitement. Les maladies surajoutées (scrofule, rachitisme), les complications (épilepsie) seront traitées pour elles-mêmes. Il suffira de signaler pour mémoire le traitement chirurgical tout à fait abandonné.

Le but du médecin doit être ici comme toujours d'instituer un traitement prophylactique. C'est la partie la plus difficile de sa tâche. En dehors de certaines causes bien déterminées, telles que l'alcoolisme, la syphilis, le médecin ne peut baser ses conseils que sur des considérations générales si on le consulte au sujet du mariage.

La prophylaxie ne peut jouer un rôle vraiment efficace qu'en répandant dans le public les notions d'hygiène générale, en faisant apprécier le prix de la santé et en montrant la responsabilité de celui qui procréé<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Voir FÉRÉ. *Revue philosophique*, 1896-1897.

<sup>(2)</sup> Voir pour la bibliographie la *Revue neurol.* (Fiches bibliographiques) de ces dernières années et l'art. de Roubinovitch dans le *Traité de pathol. ment.*, de GILBERT BALLEZ. — Voir pour le traitement médico-pédagogique les travaux de Griffaut, J. Boyer, Thulié, Hamon Fougeray et Couëtoux, etc.; voir les observations de Bourneville dans ses *Recherches cliniques* ou les travaux de ses élèves (notamment dans le tome XXIII de 1905) l'observation typique intitulée : « Idiotie profonde avec nanisme et infantilisme; amélioration considérable. »

## CHAPITRE XIV

## TUMEURS CÉRÉBRALES

L'étude des tumeurs cérébrales comporte non seulement l'histoire anatomique et clinique des néoplasmes du cerveau proprement dit, mais aussi celle des productions osseuses, cartilagineuses, fibreuses, vasculaires de ses enveloppes. La clinique l'exige, et cela, pour la raison que toute tumeur intracrânienne, vu l'inextensibilité du crâne, agit forcément de la même façon sur toutes les parties de l'encéphale, quels que soient la nature et le point de départ de la lésion.

La compression est le fait essentiel. D'abord exclusivement mécanique, elle entraîne ensuite des phénomènes d'irritation. Or ceux-ci sont contingents, tandis que l'augmentation de volume de la masse cérébrale, c'est-à-dire l'accroissement du contenu pour un contenant invariable, engendre forcément des troubles circulatoires dont le retentissement sur l'ensemble de l'encéphale est général : les circonvolutions s'aplatissent, le liquide sous-arachnoïdien reflue dans le rachis, la circulation en retour est ralentie ou arrêtée : de là une congestion passive, des œdèmes, de l'hydropisie ventriculaire, des ischémies partielles avec le ramollissement qui leur fait suite, des hémorragies passives, tous phénomènes qui dépendent exclusivement et fatalement d'une expansion excessive de la masse intracrânienne, quelle qu'en soit la cause.

Les troubles d'ordre mécanique, dans l'histoire des tumeurs cérébrales, sont donc d'une importance primordiale. Ils sont tellement subordonnés à un surcroît de pression, qu'aucune partie du cerveau *a priori* n'y est soustraite, en vertu du principe de Pascal. Il en résulte une difficulté d'appréciation des symptômes qu'on ne rencontre guère dans les autres maladies de l'encéphale.

Il ne sera point question, dans ce chapitre, des tumeurs extra-cérébrales, c'est-à-dire de celles qui ne prennent pas naissance dans le cerveau lui-même. Mais on admettra, une fois pour toutes, que ce qui s'applique aux unes s'applique également aux autres.

**Étiologie.** — Les causes des tumeurs cérébrales en général sont aussi incertaines que celles des tumeurs dans tous les autres organes. L'hérédité même paraît s'exercer d'une manière moins directe et moins sûre que pour les tumeurs du sein par exemple, de l'utérus ou de l'estomac.

Il semble démontré aujourd'hui que certaines tumeurs cérébrales, les cérébromes et les gliomes, sont d'origine fœtale. Il y a un rapport évident entre les cérébromes et les malformations congénitales. On les voit apparaître très souvent peu après la naissance. Et même lorsque leur apparition est tardive, l'origine congénitale n'en existe pas moins. La latence du germe a été plus longue. L'existence de ce rapport est encore démontrée par ce fait que les cérébromes coexistent assez souvent avec des malformations nettes comme l'hydrocéphalie. Enfin

l'activité proliférative des cellules nerveuses ne semble pas dépasser la naissance. La constatation de cette origine fœtale permet de soupçonner la cause de ces tumeurs. On est autorisé à incriminer l'alcoolisme avant tout, la syphilis des générateurs, les maladies survenues au cours de la grossesse chez la mère, etc.

L'origine fœtale des gliomes n'est peut-être pas aussi constante que celle des cérébromes et des cérébro-gliomes. Il semble, en effet, que la névroglie ait une activité proliférative plus étendue dans le temps, qu'elle puisse se multiplier après la naissance et engendrer des tumeurs, à une période tardive de la vie, sous l'influence de causes occasionnelles. A cet égard, le rôle du traumatisme crânien est démontré. S'ensuit-il que le gliome puisse se développer dans la vieillesse? Il est certain qu'il existe quelques exemples de gliome chez le vieillard, mais il est vraisemblable que le gliome existait déjà depuis longtemps à l'état latent. Somme toute, le gliome est avant tout une tumeur d'origine fœtale. Il se montre surtout dans l'enfance et dans la jeunesse. Il n'est en réalité qu'une localisation d'un processus général, la gliose. Et cette gliose peut se limiter à l'encéphale, sous forme soit de foyer unique, soit de foyers multiples. Il est commun de la rencontrer dans l'idiotie, dans l'hydrocéphalie congénitale. Elle peut se diffuser, atteindre la moelle sous forme de syringomyélie par exemple.

Cette manière d'envisager la gliose élargit singulièrement le cadre et fait de ce processus anatomique une espèce morbide. La tumeur cérébrale, désignée sous le nom de gliome, n'en est qu'une localisation circonscrite.

Quant aux sarcomes, fibromes, etc..., nous ne connaissons aucune notion précise sur leur étiologie véritable.

Le traumatisme semble avoir été dans quelques cas leur point de départ.

L'état de santé antérieur est indifférent. Les hommes paient un tribut plus élevé que les femmes; l'âge moyen de la vie est celui où la maladie, sous quelque forme que ce soit, est le plus souvent observée.

Les tubercules isolés, qui se comportent comme des tumeurs, au double point de vue de l'anatomie et de la clinique, sont exceptionnels chez les vieillards. C'est de vingt à trente ans qu'ils ont leur maximum de fréquence. Ils sont primitifs — le fait paraît assez rare — ou secondaires à une tuberculose pulmonaire, ganglionnaire, etc.

La syphilis, en tant qu'elle peut donner lieu à des formations gommeuses isolées, doit figurer dans l'étiologie des tumeurs du cerveau. Mais le propre de cette affection est d'éparpiller ses lésions et de faire, concomitamment, des scléroses diffuses. Elle mérite donc d'être étudiée surtout au chapitre du diagnostic.

Les anévrismes sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme. D'après la statistique de Lorber, les deux tiers des cas environ se développent entre quarante et soixante ans. On a incriminé, comme cause, l'athéromasie, sans en donner la preuve. Dans un cas publié par Klippel et Boeteau<sup>(1)</sup>, l'examen du système artériel (aorte, artères cérébrales et périphériques) montra l'absence d'athérome. Il est fort vraisemblable qu'ici comme en d'autres organes la syphilis est la cause réelle de l'anévrisme.

Les tumeurs parasitaires (cysticerques, échinocoques, actinomyces, distomes)

<sup>(1)</sup> KLIPPEL et BOETEAU. *Soc. anatomique*, 1892.

relèvent des mêmes causes qui président à la fixation et qui favorisent l'évolution des parasites de tout genre. Cependant, le traumatisme, même dans les cas de tumeurs parasitaires, semble n'être pas absolument sans influence : les ruptures vasculaires, les déchirures de tissus qu'il produit, expliquent jusqu'à un certain point cette singulière pathogénie.

**Anatomie pathologique.** — Les seules tumeurs du cerveau proprement dit feront l'objet d'un exposé anatomo-pathologique. Leur classification est simple. Il y a des tumeurs d'origine *ectodermique* qui sont de provenance exclusivement nerveuse, par exemple le gliome, le cérébrome, le neuro-gliome ganglionnaire, l'épithéliome ventriculaire et glandulaire. Celles-là seront décrites en premier lieu. Il en est d'autres qui ont pour lieu d'origine la substance cérébrale, mais qui n'empruntent à cette substance rien de sa constitution essentielle. Ce sont les tumeurs d'origine conjonctivo-vasculaire ou *mésodermique* parmi lesquelles figurent les variétés du sarcome et du fibrome. Enfin quelques lignes seront consacrées aux tumeurs secondaires, aux kystes parasitaires, aux tubercules circonscrits. Quant aux tumeurs de la syphilis, les syphilomes gommeux, ils seront étudiés dans un chapitre spécial.

**Gliome.** — Ainsi que son nom l'indique, le gliome est par excellence une production névroglie (Virchow). On peut admettre trois variétés de gliome : le *neurogliome* ou *cérébrome* que nous étudierons plus loin, le *gliome pur* et le *glio-sarcome*, que nous allons discuter dans ce paragraphe. Le *gliome pur* se développe dans toutes les parties de l'encéphale, mais plus fréquemment dans la substance blanche, au voisinage de la substance grise des hémisphères, ou immédiatement au-dessous de la pie-mère. D'après Devic et Paviot<sup>(1)</sup> ils formeraient la grande majorité des tumeurs du corps calleux. On le trouve aussi assez souvent dans le cervelet et dans les noyaux gris centraux. On a noté sa coexistence avec les gliomes de la rétine et de la moelle (Schultze et Hoffmann).

Tumeur molle, rosée, très vasculaire, le gliome est rarement multiple. Il fait corps intimement avec la substance cérébrale et n'a pas, à sa périphérie, de ligne de démarcation nette. Il est en continuité avec la névroglie des régions adjacentes restées saines. Son volume varie dans de grandes proportions, mais il n'est jamais tel que la conformation du cerveau soit notablement modifiée. On voit quelquefois un lobe tout entier infiltré par la néoplasie gliomateuse sans que rien soit changé à l'aspect extérieur ou aux rapports profonds de ce lobe. Il semble que la région envahie soit simplement hypertrophiée, et l'on ne reconnaît l'existence d'une tumeur qu'à la mollesse plus grande du tissu et à la coloration plus ou moins rosée qu'elle doit à sa richesse vasculaire. Sur les coupes on distingue tantôt des taches blanches ou rouges — autant de petits foyers d'ischémie ou d'hémorragies, — tantôt des vacuoles hémorragiques ou des foyers de ramollissement.

Si le gliome n'est pas une tumeur encapsulée, il n'est pas rare que ses limites apparentes à l'œil nu soient suffisamment tranchées. Le microscope seul démontre que la transition du tissu néoplasique au tissu sain se fait insensiblement et sur une zone intermédiaire très étroite.

L'histologie du gliome est encore litigieuse, mais le temps des vives discussions est passé. Virchow sut le premier reconnaître que le tissu des gliomes

<sup>(1)</sup> DEVIC et PAVIOT. Tumeurs du corps calleux. *Revue de méd.*, 1897.