

qu'elles se combinent avec les symptômes constants précédemment énumérés.

Il reste cependant encore une remarque essentielle à retenir.

Les *symptômes de localisation*, en ce qui concerne les paralysies, n'ont jamais qu'une valeur relative : par exemple, une hémiplegie gauche totale progressive, associée à une épilepsie jacksonienne du côté gauche, appartient nécessairement à une tumeur de l'hémisphère droit, et il faut ajouter : à une tumeur qui intéresse *directement* la région rolandique droite. Mais si l'hémiplegie est toute seule, si elle ne se complique à aucun moment d'épilepsie partielle, elle n'est plus un symptôme de localisation certaine. Elle peut survenir aussi bien à l'occasion d'une tumeur du lobe frontal ou du lobe occipital, qu'à l'occasion d'une tumeur de la zone motrice des membres gauches. On voit de quelle gravité est ce fait au point de vue de l'intervention opératoire. En d'autres termes, *dans les cas de tumeurs cérébrales*, l'épilepsie symptomatique a une valeur diagnostique de localisation infiniment supérieure à celle des paralysies simples, principalement des paralysies flaccides. Lorsque la contracture existe, les présomptions en faveur d'une altération directe de l'aire motrice sont déjà beaucoup plus fortes. Enfin Hirt a très justement observé que, si les hémiplegies ou les monoplegies ne pouvaient, à elles seules, donner une indication formelle sur le siège de la lésion, il n'existe pour ainsi dire pas de cas où ces paralysies ne soient pas croisées. Donc, en présence d'une paralysie gauche survenue chez un sujet atteint notoirement de tumeur cérébrale, tout ce qu'on a le droit d'affirmer se borne à ceci, que la tumeur occupe l'hémisphère droit.

Les paralysies oculaires, les paralysies bulbaires, ont une signification beaucoup plus nette. C'est à elles qu'on doit de pouvoir diagnostiquer la localisation exacte des petites tumeurs de la base, surtout celles qui ont pour point de départ les méninges ou le périoste de l'apophyse basilaire. Mais ici encore — et nous y reviendrons — il faut faire cette réserve expresse que les symptômes de localisation n'ont rien d'absolu. Ils peuvent résulter d'une compression exercée à distance.

Les troubles de la sensibilité sont en général peu prononcés. Ils sont souvent passagers, paroxystiques, associés aux troubles du mouvement. Ils consistent essentiellement en anesthésie, paresthésie, hyperesthésie de la peau, d'un côté du corps. Nous signalerons, en passant, les sensations d'engourdissements, de fourmillements, d'ailleurs localisées à un membre, à un côté du corps, et qu'on a décrites sous le nom d'*épilepsie sensitive* jacksonienne. Les névralgies du trijumeau sont relativement communes.

Du côté des sens, les modifications des sensibilités spéciales (olfactive, gustative, auditive) ne répondent jamais à des conditions anatomiques nécessairement identiques. Le sens du goût est peu altéré ou du moins ses altérations sont exceptionnellement signalées. Calmeil affirmait que le goût et l'odorat ne sont jamais troublés dans les cancers de l'encéphale. Il est probable que si on les recherchait attentivement on rencontrerait souvent des troubles du goût. L'odorat peut être affaibli ou aboli (anosmie) ou exalté. Du côté de l'ouïe nous avons déjà signalé les bourdonnements d'oreille et le vertige ; il nous suffira d'ajouter que parfois l'ouïe peut être abolie. Nous ne reviendrons pas ici sur les troubles de la vue ; nous avons mentionné ailleurs le scotome, l'amblyopie passagère, l'amaurose et longuement insisté sur l'état de la papille.

Les phénomènes vaso-moteurs sont fréquents : la tache dite méningitique, les érythèmes diffus des membres paralysés (Ball) sont souvent observés.

Symptômes d'ordre topographique. — Il nous reste maintenant à énumérer rapidement, vu la multiplicité des formes cliniques, les principaux groupements symptomatiques qu'on observe habituellement, suivant la localisation initiale ou prépondérante des tumeurs.

Tumeurs de la région frontale inférieure. — En dehors des troubles généraux de compression, sur lesquels il n'y a plus lieu de revenir et qui ont été signalés une fois pour toutes, on constate une précocité remarquable des phénomènes visuels, souvent limités à un seul globe et associés quelquefois à des manifestations olfactives, parmi lesquelles les sensations de mauvaises odeurs rappellent les hallucinations de l'odorat auxquelles sont sujets certains mélancoliques. Dans une observation de Siébert⁽¹⁾, où existaient des hallucinations de l'odorat, on put diagnostiquer durant la vie le siège de la tumeur dans la circonvolution du crochet. Mais le plus souvent il s'agit de compression directe des nerfs optiques et olfactifs. Lorsqu'elles sont petites et limitées, les tumeurs frontales inférieures donnent rarement lieu aux paralysies des membres. Les paralysies oculaires ne sont pas exceptionnelles.

Tumeurs de la région basilaire. — Ici tous les symptômes oculaires (sensoriels et moteurs) apparaissent les premiers. C'est dans ces cas que se développe le plus rapidement la névrite optique. Lorsqu'une hémiplegie survient, on est tenté d'admettre que le pédoncule cérébral est intéressé ; mais il ne faut l'admettre, encore une fois, que sous réserves. Lorsque cette hémiplegie se complique d'une paralysie du moteur commun du côté opposé, on peut supposer que la lésion pédonculaire empiète sur le tronc de la III^e paire (paralysie alterne de Weber). S'il s'y ajoute à un degré quelconque un trouble sensitif dans le domaine du trijumeau, c'est que la protubérance est atteinte. On a cité des exemples d'anesthésie croisée (Raymond). Enfin, dans les cas où la VII^e paire (syndrome de Millard-Gubler) ou la VI^e paire du côté opposé à l'hémiplegie seraient elles-mêmes paralysées, on pourrait en inférer que le néoplasme s'étend jusqu'au sillon bulbo-protubérantiel. En pareille circonstance, la névralgie du trijumeau est la règle, les troubles de la déglutition et de l'articulation des mots sont constants (glosso-pharyngien, facial, hypoglosse). On peut même ajouter que tous les cas de paralysie alterne, compliquée de névralgie faciale avec ou sans zona et de gêne de la déglutition, sont le fait de lésions localisées à la région antérieure de la protubérance. Quand cette lésion est un anévrisme de l'artère basilaire, la paralysie ou la parésie des quatre membres fait rarement défaut. Dans ces diverses conditions on peut observer une série de troubles bulbaires : polyurie, glycosurie, albuminurie, désordres de la respiration, de la déglutition et du cœur, soit que ces troubles relèvent d'une compression à distance, soit qu'ils tiennent à l'existence d'une tumeur du bulbe proprement dit.

Les tumeurs de la base du cerveau qui occupent, en dehors de la ligne médiane, le voisinage du rocher, donnent lieu à des bourdonnements d'oreilles, à de la surdité, à du ralentissement du pouls, à des vomissements (pneumogastrique), à du torticolis (spinal).

Il est une catégorie de tumeurs basilaires qui méritent une brève description

(1) SIEBERT. *Monatschrift für Psych. und Neurol.*, 1899.

à cause de leur nature sarcomateuse, de leur localisation sur les nerfs de l'angle ponto-cérébelleux, avant tout sur les nerfs auditifs, de leur multiplicité et de leur généralisation sur le système nerveux central et périphérique. Il s'agit de cette fibro-sarcomatose particulière, que nous avons figurée plus haut et que l'on désigne en Allemagne sous le nom de *tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux* ou de *tumeurs des nerfs auditifs*. Ces tumeurs se traduisent (en outre des signes communs aux tumeurs cérébrales) essentiellement par de la *surdité uni ou bilatérale* et par de la *titubation*, par une paralysie des nerfs basilaires : facial, trijumeau, etc.

Les troubles qui indiquent l'atteinte de la moelle, des racines et des nerfs périphériques font défaut ou sont peu accusés. Ce sont quelques douleurs fulgurantes, rarement des troubles paraplégiques et sphinctériens. Il y a là un réel contraste entre la parcimonie des phénomènes cliniques et l'étendue des lésions nerveuses médullaires ou périphériques, trouvées à l'autopsie.

On a signalé dans quelques cas la coexistence de la maladie de Recklinghausen normale ou fruste, et cherché à établir des liens étroits de parenté entre cette maladie et la neuro-fibro-sarcomatose. Quoi qu'il en soit, celle-ci est redoutable et se termine par la mort après une durée généralement courte, c'est-à-dire qu'elle comporte le pronostic général des tumeurs cérébrales.

Tumeurs de la région frontale antéro-supérieure. — Il peut arriver que des tumeurs de pareil siège ne se traduisent pas par des signes positifs. La zone frontale est, en effet, une zone silencieuse. Mais c'est cette localisation qui présente, à son maximum, l'altération de la fonction intellectuelle, associée ou non à des troubles paralytiques et aux modifications du langage articulé. On a, depuis quelques années, signalé des cas assez nombreux de tumeurs frontales antéro-supérieures dont la constatation à l'autopsie aurait été une trouvaille fortuite, si l'on n'avait pris soin de relever, du vivant des malades, des altérations plus ou moins prononcées de l'intelligence ou du caractère.

Cette question des troubles psychiques dans les tumeurs du lobe préfrontal a beaucoup préoccupé les médecins depuis quelques années. Nous avons rappelé plus haut les troubles qui sont communs à toutes les tumeurs cérébrales, à celles du lobe frontal, comme à celle de tout autre siège, à savoir : l'affaiblissement des facultés intellectuelles (mémoire, volonté, attention, idée spontanée), la lenteur des processus psychiques, la torpeur physique, la puérilité du caractère, autrement dit la dépression mentale qui peut aller parfois jusqu'à l'abolition des facultés. Généralement cette obnubilation évolue sans délire et sans hallucination.

Y a-t-il des troubles psychiques propres aux tumeurs du lobe préfrontal? Avant de répondre directement, on peut dire que les troubles psychiques paraissent plus fréquents, plus précoces, plus accusés — quelquefois ils semblent prédominants — dans les tumeurs du lobe frontal que dans celles des autres régions du cerveau. L'existence de troubles mentaux très marqués au cours d'une tumeur cérébrale a pu permettre, en effet, à différents auteurs de la localiser au niveau de la zone frontale.

Une élève de Eichhorst, Léonore Welt⁽¹⁾, attira l'attention sur les modifications du caractère survenues à la suite des altérations du lobe frontal; elle en réunit douze observations suivies d'autopsie et conclut que, dans ces cas,

(1) L. WELT. *Deut. Archiv für kl. Med.*, 1888.

la lésion touchait la face orbitaire des circonvolutions frontales, de la première spécialement. La même année, Jastrowitz⁽¹⁾ décrit sous le nom de *morìa* une sorte de gaieté expressive, d'esprit jovial propre aux altérations du lobe frontal et du peut-être à une excitation des centres moteurs de la parole (Honiger). Depuis cette époque il a été publié une série d'observations, remarquables les unes par l'importance des troubles psychiques, les autres par quelques traits propres aux lésions du lobe préfrontal. Il nous suffira de mentionner les observations de Bruns, de Byrom-Bramwell, de Raymond, de Williamson, de Lannois, de Brault et Læper, de Dupré et Devaux, de Cestan et Lejonne⁽²⁾.

Un auteur italien, Gianelli⁽³⁾, déclare qu'il y a de grandes probabilités en faveur du siège frontal lorsqu'on observe pendant la vie des troubles intellectuels analogues à ceux de la paralysie générale progressive : mégalomanie, enfantillage, modifications notables du caractère. Nous savons d'ailleurs que les lésions méningo-corticales de la paralysie générale prédominent au niveau des régions frontales. Burzio⁽⁴⁾ avance que la faiblesse de la mémoire, l'obtusion intellectuelle, le défaut de discernement et d'orientation sont l'indice du siège préfrontal d'une lésion. D'autres auteurs ont également signalé dans les atteintes du lobe frontal le défaut de mémoire, d'association des idées et de sentiments affectifs, l'euphorie, la puérilité, l'indifférence, l'égoïsme, la placidité béate, l'irritabilité, etc.

Malgré le nombre et l'intérêt des travaux sur cette matière, le sujet n'est pas épuisé, et il est encore impossible de tirer des conclusions fermes. On peut admettre jusqu'ici que les tumeurs du lobe préfrontal s'accompagnent souvent de troubles psychiques importants et dans quelques cas peut-être de troubles spéciaux (*Morìa* ou *Witzelsucht*).

La fréquence et l'importance des troubles intellectuels dans les tumeurs du lobe frontal semble venir à l'appui de la doctrine, chère à l'école italienne, qui place le siège de la pensée dans le lobe frontal. Il est indispensable d'apporter un correctif à cette doctrine. La pensée siège, en effet, dans toute l'écorce, et l'ensemble des circonvolutions est nécessaire à l'intégrité de l'intelligence, mais les observations précédentes tendent à faire croire que le lobe frontal joue un rôle prédominant dans l'élaboration des processus psychiques supérieurs.

Il faut enfin observer que la même localisation frontale semble produire, d'une façon plus évidente que tout autre, de l'ataxie dans la moitié des cas (Bruns) et des troubles paralytiques ou spasmodiques de la nuque et du tronc⁽⁵⁾. Les faits de ce genre confirmeraient les résultats expérimentaux de Horsley.

Tumeurs de la région rolandique. — Selon qu'elles siègent à la région inférieure, à la région moyenne, à la région supérieure des circonvolutions rolandiques, les tumeurs cérébrales provoquent des spasmes convulsifs et des paralysies de la tête, du membre supérieur ou du membre inférieur. Seguin s'est efforcé de localiser, avec une précision qu'on voudrait croire absolue, les foyers dont l'irritation donne lieu à tel ou tel symptôme paralytique ou convulsif. Des

(1) JASTROWITZ. *Deut. med. Wochens.*, 1888.

(2) CESTAN et LEJONNE. Troubles psychiques dans un cas de tumeur du lobe frontal. *Revue neurol.*, 1901.

(3) GIANELLI. *Policlinico*, 1897.

(4) BURZIO. Cont. à l'étude de la fonction des lobes frontaux (*Annali di freniat. e scienze affini*, 1901).

(5) HONIGER. *Münch. med. Wochens.*, 1901.