

observations en nombre respectable ne justifient pas pleinement ses conclusions. Une série de faits, où rien ne peut expliquer qu'elles se soient trouvées en défaut, absolvent d'avance le médecin qui commet une erreur de diagnostic en dépit des notions de physiologie cérébrale les plus exactes que nous possédions<sup>(1)</sup>. L'évolution en deux phases: spasmes, paralysies, est un bon signe de tumeur progressive de la région rolandique, auquel il faut ajouter la perturbation du sens stéréognostique.

*Tumeurs de la région temporale.* — Nous savons que les cas les plus démonstratifs de surdité verbale appartiennent à l'histoire des tumeurs cérébrales. La surdité verbale est donc le grand symptôme des tumeurs limitées à la première circonvolution temporale gauche. La paraphasie a été plusieurs fois observée; elle n'est pas constante. Si la surdité verbale se complique d'hypo-acousie vraie, unilatérale ou bilatérale, on doit presque toujours supposer l'existence d'une lésion pétreuse.

*Tumeurs de la région pariéto-occipitale.* — Du côté gauche, les lésions ne sont pas muettes: cécité verbale, hémipie, quelquefois agraphie et paraphasie, voilà les symptômes des tumeurs de cette région. Du côté droit, les tumeurs peuvent aussi provoquer l'hémipie, mais non la cécité verbale. C'est dans les cas de double lésion de la pointe occipitale, et surtout du lobule lingual, qu'on observe le plus souvent la cécité complète d'origine corticale par double hémianopsie, avec ou sans scotome et phénomènes lumineux. Les tumeurs de la face supérieure du cervelet ou de la partie postérieure de la faux du cerveau réalisent aussi le syndrome de la double hémianopsie.

*Tumeurs du centre ovale, du corps calleux et des noyaux gris centraux.* — Les tumeurs des noyaux gris centraux et du centre ovale ont une symptomatologie assez confuse encore. Non seulement elles n'ont rien de pathognomonique, mais elles peuvent évoluer sans symptômes. Leurs symptômes, lorsqu'elles en ont, échappent à toute combinaison nosographique.

Il semble que certaines lésions de la couche optique détruisent la voie faciale psycho-réflexe de Bechterew. Cette voie a été prouvée par les observations cliniques de Nothnagel, Rosenbach, Gowers et V. Monakow qui ont constaté que, dans certaines lésions des couches optiques, le malade remue volontairement la moitié malade de la face, alors que les émotions ne peuvent provoquer de ce côté aucun mouvement. Max Borst, se basant sur une observation suivie d'autopsie, localise cette voie dans la partie postérieure de la couche optique et latérale de la calotte (*Neurolog. Centralbl.*, 1901.)

Les tumeurs du corps calleux, surtout celles qui occupent la partie antérieure de cette grande commissure, entraînent invariablement une perturbation presque constante, précoce et plus ou moins complète des phénomènes psychiques. La coordination des idées, c'est-à-dire des images corticales, est devenue impossible, sans que les idées ou images soient elles-mêmes effacées.

Devic et Paviot<sup>(2)</sup> ont repris l'étude des tumeurs du corps calleux en la basant sur 18 observations (17 gliomes et 1 lipome) publiées. Certains cas restent latents comme ceux de Leichtenstein et de Berkley, qui n'avaient donné lieu à aucun symptôme. Il est des cas qui donnent lieu à des symptômes ne pouvant faire songer à une lésion du corps calleux. Il est enfin des cas qu'on a

(1) Pour plus amples détails, consulter la thèse inaugurale de Pétavy.

(2) DEVIC et PAVIOT. Cont. à l'étude des tumeurs du corps calleux. *Revue de méd.*, 1897.

pu diagnostiquer pendant la vie<sup>(1)</sup>. Pour soupçonner une tumeur du corps calleux il faudrait constater: d'une part, l'apparition précoce des troubles mentaux et intellectuels, et, d'autre part, des parésies, des contractures ou des convulsions intéressant les deux côtés du corps, mais prédominant d'un côté. Il faut cependant avouer qu'une pareille constatation ne permet pas de localiser avec certitude la lésion dans le corps calleux, car rien ne prouve que les phénomènes en question tiennent à la seule lésion calleuse et ne relèvent pas de la compression des régions voisines ou de l'auto-intoxication. Ces restrictions sont d'autant plus légitimes que Bruce a pu réunir 15 observations d'absence congénitale du corps calleux, qui n'avaient donné lieu à aucun signe cérébral.

Dans un cas de Zingerle<sup>(2)</sup>, il existait des troubles généralement observés dans ces tumeurs, à savoir: une apathie et une démence progressive, et un manque de coordination des mouvements dans les deux côtés du corps que l'auteur propose d'appeler *ataxie calleuse*, pour la distinguer de l'ataxie cérébelleuse.

*Tumeurs des tubercules quadrijumeaux.* — Deux ordres de symptômes les caractérisent et permettent de les reconnaître, quand ils sont associés. Ce sont la titubation ou démarche ébrieuse et l'ophtalmoplégie externe totale et bilatérale. L'existence de ce complexe morbide tient aux rapports étroits des tubercules quadrijumeaux avec les fibres cérébelleuses et les nerfs moteurs de l'œil.

*Tumeurs de l'hypophyse.* — Ces tumeurs entraînent quelques symptômes de voisinage parmi lesquels il faut citer l'hémianopsie bitemporale et l'amaurose (compression du chiasma). Mais ont-elles des signes qui leur soient propres? Pechkranz<sup>(3)</sup> leur attribue l'hypoplasie des organes génitaux, le féminisme du squelette et l'œdème de la face et des extrémités. D'après Agnostini, les tumeurs de la pituitaire évoluent lentement et causent l'acromégalie, chez les jeunes sujets; chez les adultes et chez les vieillards, elles ont une évolution rapide et conduisent non à l'acromégalie mais à la cachexie.

Les rapports de l'acromégalie avec les tumeurs de la pituitaire ne sont pas constants. On trouve des cas d'acromégalie sans lésion de l'hypophyse, et on a pu enlever à des animaux la glande pituitaire sans déterminer aucun symptôme d'acromégalie. Cette question sera discutée dans un autre article ainsi que les rapports de l'hypophyse avec le gigantisme.

Strumpell a récemment souligné les contrastes et les analogies que présentent l'acromégalie et la sclérodémie et, soupçonnant une lésion de l'hypophyse, demanda qu'on examinât le corps pituitaire dans les autopsies de sclérodémie. J. Roux<sup>(4)</sup> croirait volontiers que, dans le groupe des sclérodémies, il y aurait un type particulier, caractérisé, en dehors des altérations cutanées, par un travail de résorption des tissus profonds, spécialement aux extrémités, avec quelquefois disparition complète d'une ou de plusieurs phalanges, type qui reconnaîtrait une lésion spéciale de l'hypophyse. Dans l'observation de sclérodémie qu'il rapporte, l'examen histologique de la pituitaire, pratiqué par Paviot, montra une régression particulière des grosses cellules de la glande, sans aucune trace d'inflammation.

Il existe donc un certain nombre de signes (propres et de compression) qui

(1) BRISSAUD *Société de neurologie*. Avril 1902.

(2) ZINGERLE. Symptômes des tumeurs du corps calleux. *Jahrb. für Psych. und Neurol.*, 1900.

(3) PECHKRANZ. *Neurol. Centr. Biol.*, 1899.

(4) J. ROUX. Sclérodémie et corps pituitaire. *Revue neurol.*, 1902, p. 721.

peuvent faire songer au corps pituitaire. Mais ce diagnostic peut être fort délicat et l'examen radiographique ne doit pas être négligé. Oppenheim a constaté dans un cas de ce genre que la selle turcique paraissait plus large et plus profonde. La radiographie a permis à Bécère<sup>(1)</sup> de constater, sur le crâne de sujets acromégaliques, l'épaississement irrégulier de la paroi crânienne, le développement exagéré des sinus frontaux et l'élargissement de la selle turcique.

*Tumeurs du cervelet.* — La localisation cérébelleuse, dont il sera question plus loin, détermine, plus que n'importe quelle autre, les symptômes à la fois les plus nets et les mieux groupés (symptômes généraux et symptômes locaux). Et cela s'explique. On sait que les symptômes généraux des tumeurs cérébrales sont, dans une certaine mesure, la conséquence d'une augmentation de la tension intra-cérébrale. Or c'est juste au-dessus du cervelet que se trouve le grand confluent veineux de l'encéphale. Toute tumeur cérébelleuse d'un certain calibre modifie gravement l'hydrostatique intra-crânienne. Toute tumeur cérébelleuse a, de ce fait, un retentissement à grande distance sur l'ensemble du cerveau. D'autre part, les fonctions du cervelet se résument, d'une façon si indiscutable, dans l'équilibration de l'individu, que la symptomatologie des tumeurs cérébelleuses présente comme caractéristique une perturbation de l'équilibre qu'aucune autre lésion localisée ne réalise : l'asynergie cérébelleuse (Babinski), la démarche ébrieuse ou titubation cérébelleuse, la latéropulsion, les mouvements en cercle, si bien décrits par Duchenne (de Boulogne), Charcot, Hillairet, ont ici leur expression la plus typique. On peut même dire, d'une manière générale, que ces perturbations de l'équilibre n'appartiennent guère qu'aux tumeurs. S'il s'y joint la céphalée de la nuque, le nystagmus, le vertige ou quelque altération visuelle, et plus spécialement l'amaurose double, c'en est assez pour que le diagnostic soit indiscutable. Nous reviendrons sur ce sujet au chapitre *Cervelet*.

*Marche. — Durée. — Terminaison. — Pronostic.* — L'évolution des tumeurs cérébrales n'est pas, autant qu'on pourrait se le figurer, sous la dépendance de leur variété anatomique non plus que de leur localisation. Il faut faire exception pour les tumeurs malignes *secondaires* (carcinome, sarcome, etc.); celles-ci ne changent rien à la destinée du patient : la mort viendra toujours à bref délai. Mais, tandis que certaines tumeurs bénignes par nature, le fibrome ou le lipome, par exemple, peuvent provoquer des accidents à échéance promptement fatale, d'autres, éminemment malignes, comme le tubercule, permettent une survie relativement longue. Cette réserve anticipée n'infirmes pas au fond la loi inexorable de la malignité. Le mode de début varie lui-même dans des limites absolument indéterminées. Nous ne reviendrons pas sur les tumeurs d'origine intra-utérine qui peuvent rester latentes pendant un temps illimité. Tantôt très lentement progressifs, tantôt soudains et imprévus, tantôt même foudroyants, les symptômes se succèdent ou s'accumulent en dehors de toute prévision. Les formes lentes sont les plus communes; leur durée est de huit mois, quinze mois, deux ans, quelquefois davantage. On peut appeler formes rapides celles dans lesquelles la mort survient au bout de quelques semaines. Les formes foudroyantes n'ont quelquefois pas d'autre symptomatologie qu'un état comateux dont le malade ne se réveillera pas. Les anamnétiques

<sup>(1)</sup> BECLÈRE. La radiographie du crâne et le diagnostic de l'acromégalie. *Soc. méd. des hôp.*, 1902.

seuls, les renseignements fournis par les parents, laissent deviner quelques symptômes antérieurs : la céphalée, les vertiges, les vomissements, parfois une ou deux attaques convulsives, tous symptômes appartenant, ainsi que l'a démontré H. Jackson, non pas à la période de formation de la tumeur, mais, bien à la période d'état. Ce n'est donc pas, à vrai dire, l'évolution de la tumeur qui est foudroyante, mais l'accident ultime qu'elle a provoqué : une hémorragie très souvent, peut-être aussi quelquefois une ischémie par oblitération d'un gros tronc artériel. Les cas foudroyants nous apprennent ainsi à concevoir la lente et silencieuse évolution de ces tumeurs qu'on ne découvre qu'à l'amphithéâtre. Le cerveau les tolère, les compensations circulatoires leur permettent de s'accroître sans bruit : rien ne les fait soupçonner. Et si quelque complication fortuite ne vient pas rompre cette compatibilité que la lenteur même du mal favorise, tout se borne à un processus anatomique sans manifestations appréciables. Un jour le malade meurt, et l'on se demande combien de temps peut avoir duré cet état de choses. L'autopsie même ne nous le dit pas.

Le pronostic découle de ce qui précède. Toutes les variétés de tumeurs cérébrales sont suprêmement graves, non seulement celles qui sont malignes par essence, mais celles aussi qui appartiennent aux espèces anatomiques bénignes. Seules, les gommées syphilitiques, dont il sera question dans un autre chapitre, sont exceptionnellement justiciables d'un traitement vraiment efficace.

*Diagnostic.* — Le diagnostic comporte trois problèmes : l'existence de la tumeur, son siège, sa nature.

(A) Pour ce qui est de l'existence d'une tumeur, les symptômes suffisent toujours à justifier la présomption. Il est possible que dans un avenir prochain la radiographie permette de changer les présomptions en certitude. Certains faits sont, sous ce rapport, de bon augure. On a pu non seulement reconnaître, mais encore localiser la tumeur, ainsi que cela résulte des observations de Ch.-R. Mills et de G.-E. Pfahler<sup>(1)</sup>, de Cassirer<sup>(2)</sup>, de Bécère. Si cette constatation devenait la règle, le chapitre du diagnostic différentiel demeurerait superflu. Nous n'en sommes pas encore là, et, jusqu'à nouvel ordre, comme un grand nombre d'affections réalisent approximativement le même tableau clinique, il faut les passer en revue.

*Les abcès du cerveau* — il en est qui évoluent à la façon des véritables abcès froids — se comportent souvent comme les tumeurs. L'erreur est inévitable quand les circonstances étiologiques déjà énumérées font défaut; tout ce qu'on peut dire, c'est que l'étranglement papillaire ne figure guère parmi leurs symptômes.

*Les méningites aiguës*, principalement celles de l'adulte, dont Chantemesse a si bien décrit les variétés bizarres, donnent lieu aux mêmes phénomènes de compression générale et d'irritation locale. Là encore l'étiologie est le guide le plus sûr.

*Les méningites chroniques* non traumatiques, les *hémorragies méningées* ont des effets analogues. L'alcoolisme et la syphilis sont leurs facteurs principaux.

<sup>(1)</sup> MILLS et PFAHLER. Tumeur du cerveau localisée cliniquement par les rayons de Röntgen. *Philadelphia med. Journ.*, 1902, p. 269.

<sup>(2)</sup> CASSIRER. Tumeur de l'hypophyse diagnostiquée par la radiographie. *Arch. f. Psych.*, 1901. Ce cas est le même que celui d'Oppenheim auquel nous avons fait allusion plus haut.