

par leur volume, comprimant plus ou moins les organes voisins, elles peuvent les altérer (bulbe, protubérance, tubercules quadrijumeaux); ou bien elles affleurent la surface de l'organe, et alors aux phénomènes de compression (qui peuvent manquer) se joignent des phénomènes d'irritation. Ces derniers, tout locaux, se traduisent par des adhérences aux méninges, qui peuvent s'enflammer et adhérer à leur tour aux os voisins. De plus, il est rare que, profondes ou superficielles, les tumeurs, quand elles atteignent un certain volume, ne causent pas un trouble dans la pression intracrânienne. Il en résulte une congestion veineuse de l'encéphale, et dans certains cas une hydroisie ventriculaire qui peut être considérable, et qui suffirait alors à expliquer certaines altérations situées à une distance plus ou moins grande de l'organe atteint primitivement.

En général le liquide céphalo-rachidien n'est altéré qu'en ce qui concerne sa quantité : il ne renferme pas d'éléments figurés anormaux s'il n'y a pas de complications, purulentes ou autres, en particulier d'extension aux méninges. Lors de la ponction lombaire il peut s'écouler avec force et en grande quantité, si la tension intracrânienne est exagérée et s'il y a hydrocéphalie.

Symptômes. — Il ne saurait être question de faire un exposé général de la symptomatologie des tumeurs cérébelleuses. L'anatomie pathologique, en nous montrant l'irrégulière distribution des lésions, leur extension capricieuse, les variations des actions à distance qu'elles peuvent exercer, permet de se rendre compte de la difficulté d'une telle entreprise. Aussi prendrons-nous comme base de la description clinique un cas typique, où les auteurs s'accordent à dire que les symptômes sont ceux d'une lésion cérébelleuse, et où le diagnostic peut être fait. C'est dire que nous considérerons comme accessoires, provisoirement, les phénomènes d'actions à distance, qui éloignent plutôt de l'idée d'une tumeur du cervelet, et que nous décrirons comme de véritables complications de la lésion primitive.

Mais auparavant, constatons qu'à l'autopsie, dans des cas encore assez nombreux, alors que le malade n'a présenté aucun trouble encéphalique, on trouve une tumeur du cervelet. C'est alors presque toujours un tubercule, car ces tumeurs se rapprochent des lésions en foyer stationnaires par leur peu de tendance à causer des phénomènes de voisinage : c'est, pour la symptomatologie, en quelque sorte un intermédiaire entre le ramollissement et les tumeurs à développement rapide. Mais la nature tuberculeuse de la tumeur n'intervient pas seule dans cette absence de symptômes : son siège et son volume ont leur importance. Quand elle intéresse le vermis, elle cause le symptôme cérébelleux caractéristique, la titubation; aussi n'est-elle silencieuse que si elle siège dans un hémisphère et ne comprime pas le vermis. Nous n'avons pas besoin de rappeler qu'il y a des exceptions dont nous avons expliqué la possibilité antérieurement. Andral, dans ses leçons cliniques, cite le cas d'un garçon de dix ans dont l'hémisphère cérébelleux gauche renfermait quatre noyaux tuberculeux, dont un de la taille d'une grosse noix; il n'y avait aucun symptôme. Nothnagel cite un fait analogue. L'ostéome signalé par Ebstein avait 45 millimètres de droite à gauche, 29 d'avant en arrière, 52 de haut en bas. Il n'avait causé aucun trouble.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans les cas typiques on constate comme symptômes fondamentaux la céphalalgie, les vomissements, les vertiges, la

titubation cérébelleuse. A ces troubles se joint une amaurose si fréquente, qu'il faut en tenir grand compte, quoiqu'elle ne soit qu'un phénomène dû à une lésion de voisinage.

Dans d'autres cas, intermédiaires entre ceux où il n'y a aucun symptôme de lésion encéphalique et ceux où le syndrome cérébelleux est au complet, il existe des troubles qui, sans avoir rien de caractéristique au point de vue cérébelleux, doivent cependant attirer l'attention du côté de l'encéphale. Dans le cas de kyste du cervelet rapporté par Jacoby et dont nous avons parlé plus haut, la malade, âgée de 51 ans, ne présenta pendant trois ans que de la nervosité, de la fatigue et de l'amaigrissement : neuf semaines avant sa mort elle fut prise d'étourdissements qui durèrent quelques jours, puis de nausées et de vomissements. Les maux de tête étaient fréquents; la malade avait l'air d'une hystérique.

Pendant le dernier mois de sa vie elle présenta de la céphalée, de la faiblesse et un extrême amaigrissement; elle mourut subitement.

Début, évolution, terminaison. — Il n'est pas rare de voir signaler, au début de la maladie, un traumatisme, qui peut remonter à plusieurs années : traumatisme de la partie droite de la région occipitale⁽¹⁾, où sept ans plus tard on trouve un gliosarcome avec dégénérescence kystique : chute sur la tête; chute ayant déterminé une fracture de jambe⁽²⁾, dans ce dernier cas les symptômes parurent peu après l'accident et il s'agissait d'un gliome. Une observation de Donath⁽³⁾ est curieuse à ce point de vue : un individu reçoit sur la tête un coup violent, et celui qui l'a frappé le saisit par le bras et le fait tourner en rond violemment autour de lui, puis le lâche : il est alors pris de vertige, il tombe et perd connaissance. Revenu à lui-même, il resta atteint d'un vertige qui ne le quitta plus : il s'agissait d'un sarcome médullaire du vermis et du quart inférieur des hémisphères. Il est impossible de dire si le traumatisme peut avoir une influence sur le développement de la lésion, le traumatisme est chose banale, et il peut y avoir simple coïncidence.

Le début lui-même peut être brusque et se produire par un ictus avec ou sans perte de connaissance et projection dans un sens déterminé. Dans un cas de sarcome du vermis inférieur et des lobes latéraux chez un enfant de treize ans, Raymond⁽⁴⁾ signale un ictus comme début de l'affection. D'autres fois, divers symptômes, faiblesse des jambes, vertiges, titubation précèdent l'ictus : quand le malade revient à lui il peut présenter de la fièvre, du délire, des convulsions, de la céphalée. Titubation et céphalée apparaissent ou persistent et la maladie évolue. Le début brusque semble se produire surtout dans les tumeurs non infectieuses. Lorsque l'ictus se produit sans perte de connaissance, il se réduit à un vertige avec perte d'équilibre. D'autres fois les accidents bulbares sont le premier symptôme de la maladie.

En général, c'est la céphalalgie ou les vertiges qui ouvrent la marche et sont les premiers signes de la maladie; ils peuvent durer plusieurs mois et plus d'une année même (Ferber). Au bout d'un temps variable survient la titubation cérébelleuse. Tous ces phénomènes, d'abord intermittents, s'installent bientôt

(1) RIVER. *University medical Magazine*, octobre 1896, n° 1.

(2) J. SABRAZÈS et C. CABANNES. *Arch. d'ophtalmologie*, mars 1898.

(3) J. DONATH. *Wien. med. Presse*, 1896, n° 26.

(4) T. F. RAYMOND. *Presse méd.*, 8 oct. 1902. -- *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 4, juillet-août 1898.

d'une façon définitive, et le malade, qui accuse en général une grande faiblesse, peut n'en pas présenter d'autres jusqu'à la mort. Mais il est rare que des symptômes de compression ne viennent pas s'adjoindre aux symptômes cérébelleux proprement dits et compliquer la situation. L'amaurose en est un des plus fréquents. La titubation, la faiblesse augmentent alors; les convulsions, des paralysies variées, mais rares en somme, apparaissent. Au milieu de ces troubles si divers, la sensibilité générale, les facultés intellectuelles, restent souvent intactes. Dans cet état, la maladie peut durer un temps indéterminé.

La *durée* moyenne de la maladie est en général de quelques mois, mais elle varie de quelques semaines (et cette courte durée s'observe surtout dans le cas de sarcome, dont l'évolution, ici comme ailleurs, est souvent rapide), à plusieurs années, six ans dans une observation de gliome du cervelet rapportée par Trenel et Antheaume⁽¹⁾, huit ans dans un cas de Marchand.

La *terminaison* est fatale : les observations de guérison d'un tubercule du cervelet sont trop rares pour qu'on puisse escompter une telle régression. Seule l'opération, lorsqu'elle est possible, peut donner quelques chances de survie ou de guérison. En général la mort arrive par cachexie progressive ou par l'effet d'une maladie intercurrente, souvent de la tuberculose pulmonaire. Parfois les accidents bulbares, qui peuvent d'ailleurs être le premier, et, dans certains cas, le seul symptôme de l'affection, enlèvent le malade en une dizaine de jours; assez souvent la maladie se termine dans le coma. La mort subite est fréquente et se produit soit par une attaque apoplectiforme, soit dans une syncope. La syncope est souvent respiratoire : on constate brusquement un arrêt des mouvements respiratoires, cependant le cœur bat encore, et il bat pendant de longues heures si l'on pratique la respiration artificielle. Le pouls peut être perçu longtemps après la suspension des mouvements respiratoires. Cet accident paraît donc être provoqué par la pression qu'exerce la tumeur sur le centre respiratoire bulbaire⁽²⁾. La syncope peut se produire pendant l'opération tentée pour l'enlèvement de la tumeur, c'est ce qui arriva dans un cas de Jaboulay⁽³⁾ où la mort subite eut lieu pendant l'opération : le malade cessa de respirer, et, quoique les battements du cœur fussent longtemps normaux, il fut impossible de rétablir la respiration.

Syndrome cérébelleux. — Le syndrome cérébelleux est constitué par l'ensemble des symptômes dus à la lésion du cervelet et la caractérisant, céphalalgie, vertiges, vomissements, amaurose, titubation, asynergie. Les quatre premiers symptômes appartiennent au syndrome commun des lésions encéphaliques, mais certaines de leurs particularités peuvent relever de la situation cérébelleuse de la lésion qui les provoque. La titubation et l'asynergie sont caractéristiques de l'atteinte du cervelet, seules elles sont dues aux lésions de déficit de cet organe, comparables aux troubles observés dans les lésions expérimentales du cervelet.

Céphalalgie. — La céphalalgie est un des signes les plus constants et les plus précoces des tumeurs cérébelleuses : c'est une douleur tenace, siégeant le plus souvent dans la région occipitale, quelquefois bilatérale, limitée parfois exactement au côté de la tumeur. Mais sa localisation n'est pas toujours aussi nette, elle peut être sans localisations précises et elle peut occuper le front ou toute

(1) TRENEL et ANTHEAUME. *Arch. de neurol.*, juillet 1897.

(2) HUGHLINGS JACKSON et RISIEN RUSSELL. *British med. Journal*, 24 février 1894, n° 1750.

(3) JABOULAY et DESCOS. *Lyon méd.*, 51^e année, t. XCII, n° 42, 15 octobre 1899.

la tête, ou bien être localisée au vertex ou aux tempes : dans certains cas, d'abord frontale ou temporale, elle se localise ensuite à la nuque. Quand elle est occipitale, elle a parfois des irradiations vers le front ou vers le cou, ou le long de la colonne vertébrale; quelquefois d'une intensité démesurée, intolérable, continue, présentant des exacerbations ou revenant par accès, elle arrache des cris au patient. Les mouvements l'exaspèrent et ramènent les crises : aussi les malades cherchent en général à garder l'immobilité la plus absolue; ils comparent la douleur à des élancements, à des coups de couteau, parfois à des piqûres d'aiguille; les accès peuvent être au nombre de plus de dix par jour (cas de Jaboulay). Ils peuvent s'accompagner de vomissements et de vertiges. L'intensité de la céphalalgie est plus grande au début de la maladie, dont les progrès la font parfois disparaître. Dans un cas de Bregman⁽¹⁾ la disparition de la céphalalgie avait pour cause l'éclatement des sutures du crâne sous l'influence de la compression : le malade était un enfant de l'âge de neuf ans. La céphalée est atténuée par la ponction lombaire. D'après Luys, elle surviendrait de préférence le soir, sous le type quotidien, tierce ou quarte : elle provoque parfois l'insomnie par sa constance, mais elle peut se produire aussi le matin.

Percussion. — A côté de la céphalalgie nous placerons un symptôme assez variable, mais très important lorsqu'il existe : la *douleur provoquée par la percussion du crâne*. La percussion peut être douloureuse dans toute l'étendue de la calotte crânienne; parfois elle ne l'est que d'un côté, qui est celui du siège de la tumeur. Dans certains cas le choc ne réveille de douleur que lorsqu'on percute l'occiput, et parfois lorsqu'on frappe un seul côté de l'occiput en arrière de l'apophyse mastoïde : la douleur à la percussion ainsi localisée indique le côté où siège la lésion cérébelleuse, et le point où on la provoque est souvent aussi le siège de la céphalalgie.

Rotgans et Winkler⁽²⁾ rapportent un cas où la percussion provoquait un bruit de pot fêlé, par suite de la mobilité des sutures et de leur écartement par un volumineux kyste du cervelet.

Vomissements. — Les vomissements, assez fréquents dans les tumeurs du cervelet, se rencontrent surtout dans les cas où le néoplasme a un développement rapide. Ce n'est généralement pas un symptôme isolé, mais il apparaît souvent en même temps que la douleur occipitale ou les vertiges, et il est réveillé souvent par les mêmes causes, par exemple le fait de se lever ou de s'asseoir brusquement. Parfois, le moindre changement de position le provoque. Dans quelques observations il ne se produit que lorsque le malade prend une certaine position, par exemple lorsqu'il se couche sur un côté déterminé. En général précoces, les vomissements peuvent n'apparaître que vers la fin de la maladie; ils sont muqueux, bilieux ou alimentaires et, dans la majorité des cas, accompagnés d'anorexie; il peuvent ne jamais se produire, être rares ou se montrer de temps en temps : mais ils sont, en général, d'une grande fréquence et revêtent parfois, surtout au début, un caractère incoercible inquiétant; il en résulte une inanition dangereuse dans quelques cas. Ils ne sont pas douloureux; en effet, le malade ne fait pas effort pour vomir; il s'agit même parfois d'une simple régurgitation ou de nausées. Nothnagel con-

(1) BREGMAN. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk.*, t. XX, 5-4, 24 octobre 1901.

(2) ROTGANS et WINKLER. *Chirurgie nerveuse de Chipault*, 1902, I.