

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<sup>(1)</sup>, 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 bulbaires, 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<sup>(2)</sup>. 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<sup>(3)</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>(1)</sup> 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<sup>(2)</sup> 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.



sidère le vomissement cérébelleux comme l'analogie du vomissement cérébral et il ne revêt pas, dans les tumeurs du cervelet, une physionomie différente de celle qu'il présente dans les autres affections de ce même organe : son principal caractère est son instantanéité, *les matières vomies étant rejetées à la manière d'un projectile.*

*Vertiges.* — Le vertige existe dans la majorité des tumeurs cérébelleuses; il manque cependant assez fréquemment. Quand on le constate, il coexiste en général avec la titubation; mais il peut aussi exister seul, de même que la titubation et les troubles moteurs cérébelleux peuvent exister sans lui. C'est un signe précoce de la lésion, et, s'il existe, c'est dès le moment où elle se traduit par des symptômes; il persiste alors, en général, jusqu'à la mort. Parfois, il se produit seulement dans la station debout, surtout au début de la maladie, et il suffit alors d'un point d'appui donné au malade pour le faire diminuer et même cesser. Mais, le plus souvent, il est fort, continu, et il se produit même quand le malade s'assoit; dans certains cas, il persiste encore quand le malade est au lit, horizontal. Quelquefois le vertige, comme les vomissements, se produit surtout ou s'accroît énormément, le malade étant au lit, dans certaines positions. Le plus souvent alors, c'est lorsqu'il se couche sur un certain côté, toujours le même, que l'on voit ces symptômes apparaître ou s'exagérer, tandis qu'ils diminuent et même cessent tout à fait si le malade se couche sur l'autre côté. Deux observations de Schmidt<sup>(1)</sup> sont caractéristiques à ce point de vue; dans l'une le malade était atteint de nausées et de vomissements quand il se couchait du côté droit : un angiosarcome siégeait dans le lobe cérébelleux gauche; dans l'autre, des vomissements, des vertiges, des tintements d'oreilles apparaissaient dès que le malade se couchait sur le côté gauche : un gliome fut trouvé dans le lobe cérébelleux droit. Dans un cas de Spiller<sup>(2)</sup> la malade présentait un vertige extrême lorsqu'elle se couchait sur le côté gauche et rien lorsqu'elle se couchait sur le côté droit. On comprend l'aide que ces variations dans la production des symptômes peuvent apporter au diagnostic de la localisation cérébelleuse, car elles sont dues à la compression du vermis par la tumeur, dans une certaine position seulement, par suite de l'action de la pesanteur, compression qui cesse lorsque le patient se couche sur le côté correspondant au lobe cérébelleux dans lequel s'est développée la lésion. La sensation accusée par le patient varie. Tantôt ce sont les objets extérieurs qui tournent autour de lui, ou lui semblent osciller; tantôt, au contraire, il lui paraît que son corps est entraîné dans un mouvement oscillatoire dans toutes les directions, réalisant, suivant une vieille expression de Weber, le *vertigo titubans, fluctuans, gyrosa*. Le plus souvent, l'occlusion des yeux l'exagère; mais ceci peut ne pas arriver. En somme, les caractères principaux de ce phénomène sont sa constance et son intensité.

*Titubation.* — Le vertige nous amène à la titubation cérébelleuse, non qu'il faille, comme nous venons de le dire, voir une relation de cause à effet entre ces deux symptômes, loin de là. Immermann a prétendu que le vertige est dû uniquement aux vacillements bien réels du corps dans la titubation; il n'en est rien, et l'inverse ne serait pas plus exact; vertiges et titubation peuvent exister séparément. Ces troubles de la station, désignés sous le nom de titubation céré-

(1) RUDOLF SCHMIDT. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, n° 51, p. 1170.

(2) SPILLER. *The Journal of nervous and mental Disease*, 1899, n° 5.

belleuse, titubation ébrieuse, troubles de l'équilibre, démarche titubante ou chancellement cérébelleux dus à la lésion du vermis, doivent aussi être distingués des troubles moteurs qui résultent de la paralysie d'une moitié du corps, de l'hémiplégie due à la compression du bulbe ou de la protubérance.

Duchenne de Boulogne, dans ses études sur les lésions du cervelet, comparant les incertitudes motrices d'un tabétique et les trébuchements d'un homme ivre, fut amené à trouver de la ressemblance entre la démarche d'un tabétique et celle d'un homme atteint de lésion cérébelleuse. Mais, plus tard, il distingua ces deux démarches et rapprocha la titubation vertigineuse des affections du cervelet de celle qui existe dans l'ivresse alcoolique; le mot de titubation vertigineuse était impropre, car si le vertige est, dans la plupart des cas, accompagné de titubation, celle-ci peut exister seule.

La titubation est due au défaut d'association des actions musculaires nécessaires au maintien de l'équilibre. Elle se produit pendant la marche et la station debout et varie beaucoup dans son intensité.

*La marche du cérébelleux* n'est pas celle de l'ataxique et la dénomination d'ataxie cérébelleuse est impropre. La démarche, dans les lésions du cervelet, est souvent analogue à celle de l'homme ivre, mais elle rappelle aussi beaucoup, et parfois bien davantage, celle de l'enfant qui apprend à marcher; même attitude incertaine et gauche chez le cérébelleux et chez le petit enfant, même effort d'attention avec l'aide continue de la vue; chez tous deux l'équilibre instable est rectifié sans cesse et gardé avec peine à cause des oscillations en sens divers avec tendance à reculer et à tomber en arrière.

Le malade marche les jambes écartées, et toute la plante du pied ne porte pas en même temps sur le sol, le pied appuie tantôt à plat, tantôt sur le talon, tantôt sur l'extrémité antérieure des métatarsiens; en même temps les orteils exécutent un mouvement continu d'extension et de flexion. Le pied est peu soulevé. Le malade balance le corps, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, présentant d'une façon parfois frappante le tableau de l'ivrogne qui titube et décrit des zigzags : il s'avance en festonnant, suivant une ligne brisée. Nothnagel cite le cas d'un de ses clients qui à plusieurs reprises fut considéré comme ivre, alors que le malheureux n'offrait qu'un exemple trop parfait de la façon dont marche un cérébelleux.

*Dans la station debout*, on retrouve ce chancellement : le malade se cale sur ses pieds, d'aplomb, les jambes écartées, et il se peut que, si le trouble est peu accentué, le balancement du corps n'existe pas. Mais le plus souvent, malgré l'écart des pieds, le corps oscille et les orteils exécutent le même mouvement que dans la marche.

Enfin le malade ne peut facilement tourner sur lui-même. A un degré extrême, le trouble de l'équilibre est tel que le malade ne peut rester debout même avec un point d'appui : il tombe, et la chute n'a pas toujours lieu du même côté : la projection dans un sens déterminé, toujours le même, n'existe que si le pédoncule cérébelleux moyen est intéressé, directement ou indirectement. Cette chute manque souvent et n'est pas une impulsion automatique : elle résulte de l'augmentation continue de la titubation, dont elle est le dernier terme, et arrive quand cette dernière fait dépasser au corps la limite des oscillations compatibles avec l'équilibre.

Il peut arriver que la titubation cérébelleuse s'exagère dans l'obscurité ou