

intracrânienne ou compressions de voisinage. Elles s'en distingueront par les signes de localisation, l'absence de titubation. L'existence d'une hémiplégié, les caractères de celle-ci, en particulier de la paralysie faciale si elle existe, les circonstances qui auront accompagné la production de l'hémiplégié auront le plus grand poids. Les cas où il y aura de l'épilepsie jacksonienne, de l'aphasie, du ptosis, de l'hémianesthésie, seront des cas de tumeurs cérébrales. N'oublions pas toutefois que, d'après Bruns, on peut observer dans certaines lésions du lobe frontal un trouble de l'équilibre analogue à l'ataxie cérébelleuse. Mais, dans les cas de lésion cérébrale, la torpeur intellectuelle est intense et primitive, tandis que dans la lésion cérébelleuse elle est rare, lente à venir parce qu'elle est due aux progrès de l'hydropisie ventriculaire.

Diagnostic étiologique. — Une affection cérébelleuse étant reconnue, quelle est la nature de la lésion? Les commémoratifs, les symptômes actuels de la syphilis feront penser à une gomme cérébelleuse. L'athérome généralisé, un anévrisme concomitant, l'âge du sujet, les sensations de battement dans la tête, enfin les paralysies isolées des nerfs crâniens feront pencher vers l'hypothèse d'un anévrisme. La coïncidence de la constatation d'un autre kyste hydatique, la rapidité des phénomènes de compression, les accès épileptiformes, feront croire à l'hydatide.

On reconnaîtra que l'on se trouve en présence d'un abcès du cervelet, d'abord en recherchant l'état de l'oreille moyenne, la constatation d'une otite suppurée ancienne étant en faveur de l'abcès. La température élevée, la constatation de la polynucléose du sang plaideront encore en faveur d'une suppuration cérébelleuse : la ponction lombaire pourra être utile pour le diagnostic.

La nature tuberculeuse de la tumeur pourra être supposée d'après les antécédents ou lorsqu'on constate des lésions tuberculeuses du poumon ou d'autres organes. Dans un cas, nous avons fait le cytodagnostic du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire : très pauvre en cellules, ce liquide ne renfermait que d'extrêmement rares lymphocytes. Injecté à forte dose (12 centimètres cubes) dans la veine de l'oreille du lapin, ce liquide tuberculisa l'animal bien avant la mort du malade et nous pûmes ainsi affirmer la nature tuberculeuse du néoplasme. Dans ce même cas, l'injection de tuberculine donna lieu à une réaction fébrile caractéristique.

Le cancer se soupçonnera par l'amaigrissement rapide, la coloration jaune paille, les productions cancéreuses dans d'autres organes. On pourra l'affirmer quand le cancer, envahissant l'occipital, y déterminera des bosselures, — fait éminemment rare, — et, seulement quand on aura éliminé ces tumeurs, il faudra penser aux néoplasmes bénins et se souvenir de la prédilection du système nerveux pour ces tumeurs issues de lui-même, les gliomes.

Traitement. — Nous n'avons pas à insister sur la gravité des tumeurs cérébelleuses qui donnent lieu à des symptômes. Sauf dans le cas de syphilis, où le traitement pourra amener la résolution de la gomme et la cessation des symptômes, le traitement médical ne pourra être que palliatif.

Le traitement chirurgical des tumeurs du cervelet comporte : 1° des opérations curatives; 2° des opérations palliatives.

1° Les opérations curatives sont pratiquées dans le but de guérir le malade par l'enlèvement de la tumeur cérébelleuse. Mais, lorsqu'il s'agit du cervelet,

l'ablation d'un néoplasme est difficile et dangereuse. On ne peut atteindre à travers la fosse occipitale que la dixième partie environ de chaque hémisphère du cervelet. Or, la tumeur cérébelleuse siège assez rarement dans la surface ainsi rendue accessible : elle se trouvera souvent dans le lobe moyen au-dessous de la tente ou dans le sillon qui sépare du cervelet le bulbe et la protubérance, et ces deux points sont également inaccessibles. Ajoutons à cela la difficulté de localiser la tumeur et de savoir exactement où la chercher, la difficulté de l'enlever sans de trop grands délabrements, comme on est parfois obligé d'en faire dans les tuberculomes et les gliomes qui infiltrent le tissu nerveux sans toujours former de tumeur à contours bien définis, les récidives de tumeurs malignes, les dangers d'hémorragie et de méningite infectieuse, et nous nous demanderons si vraiment il est utile de tenter une opération si dangereuse. Certains chirurgiens n'ont jamais vu guérir un seul malade : tel est le cas d'Allen Starr qui, sur neuf cérébelleux opérés, n'a pas eu un seul succès (1).

Pendant, à cette interrogation, les statistiques répondent par des constatations encourageantes. Ce n'est que depuis peu d'années que les progrès du diagnostic et l'antisepsie chirurgicale ont permis de songer à l'intervention sanglante dans les tumeurs du cervelet. En 1887, Bennett May (2) enleva par la trépanation un tubercule cérébelleux; l'enfant, antérieurement très épuisé, mourut quelques heures après. Mac Ewen, en 1895, rapporte trois interventions pour tubercules du cervelet avec succès opératoires : dans 2 cas les malades moururent, 4 à 5 mois après l'opération, de tuberculose d'autres organes; dans le troisième cas, la céphalalgie fut supprimée. Depuis, les observations se sont multipliées. Sur 565 cas de tumeurs de l'encéphale opérées, il s'agissait 50 fois de néoplasmes du cervelet. Sur ces 50 tumeurs cérébelleuses, 20 fois la tumeur ne put être trouvée; 6 fois elle fut inopérable, 24 fois elle put être enlevée. Sur les 24 derniers cas il y eut 8 morts et 16 guérisons.

Quelle que soit donc la gravité d'une telle intervention, elle est légitimée par le fait que le malade n'a pas d'autres chances de guérison et que, si l'opération ne le guérit pas, elle peut lui rendre la vie plus supportable en atténuant, tout au moins pour un temps, les symptômes douloureux de la lésion intracrânienne. Aussi, le diagnostic cantonal étant posé, il ne faut pas hésiter à faire de larges craniotomies pour mettre à nu le plus possible de la surface du cervelet et à inciser l'organe si c'est nécessaire. Dans un cas, Duret (3) a enlevé presque toute l'écaïlle de l'occipital. La blessure des sinus latéral ou longitudinal n'est pas à redouter : on peut les décoller avec un peu de précaution et les réséquer, si c'est nécessaire. Le point le plus délicat est la manipulation de la tumeur qui nécessite les plus grandes précautions si l'on veut éviter de léser les organes voisins et les parties importantes du cervelet : on n'extrait pas les néoplasmes cérébelleux de leur lit de substance nerveuse comme on énuclée un fibrome de la paroi utérine (Duret).

On peut être amené à n'enlever qu'une partie de la tumeur, car son exérèse complète entraînerait des délabrements tels que la survie devient problématique. Dans un cas de Personali (4), pour enlever un néoplasme du corps rhomboïdal, il fallut extirper à peu près complètement le lobe latéral du cervelet. Le

(1) ALLEN STARR. *The Journal of nervous and mental Disease*, 50 juillet 1905, n° 7, p. 598.

(2) BENNETT MAY. *The Lancet*, 1887, t. I, p. 769.

(3) DURET. XVI^e Congrès de l'Association française de chirurgie, 19 au 24 octobre 1905.

(4) STEFANO PERSONALI. *Riforma medica*, an. XVII, vol. III, 1900, n° 40, 41, 42.

malade se mit à maigrir de façon extraordinaire, quoique son état général fût assez bon et qu'il fût fortement alimenté; il fonda à vue d'œil et mourut de méningite. Cette altération de la trophicité est à rapprocher de l'amaigrissement des animaux à qui l'on a enlevé le cervelet.

Lorsque le malade guérit, s'il survit un certain temps, les symptômes s'amendent progressivement; le retour de la vision s'opère peu à peu. Les réflexes restent très longtemps exagérés.

Dans certains cas l'opération est répétée pour récurrence de la lésion. Dans d'autres une première opération est faite pour diminuer la tension intracérébrale trop exagérée et une deuxième pour enlever le néoplasme. C'est ce qu'a fait Jaboulay : le malade fut soulagé momentanément par l'opération palliative et la vision se rétablit : il mourut de syncope respiratoire pendant la deuxième intervention nécessitée par le retour des phénomènes cérébelleux.

2° *Opérations palliatives* : elles sont destinées à apporter un soulagement momentané aux symptômes de compression dus à l'exagération de la tension intracrânienne. Elles sont légitimées par les phénomènes douloureux de l'hydrocéphalie, par la céphalée en particulier. *La ponction lombaire*, qui a été pratiquée dans ce but, pourrait être dangereuse si la tumeur est située dans le voisinage du bulbe; car elle peut venir comprimer cet organe si l'encéphale s'affaisse sur lui-même par suite de la diminution brusque de la quantité du liquide cérébro-spinal. Elle sera donc pratiquée avec précaution et surtout au point de vue diagnostique.

La trépanation décompressive pourra rendre des services lorsque, par suite de l'absence de signes de localisation précise, on ne saura où aller chercher la tumeur. Elle pourra facilement être rendue exploratrice et curative si la tumeur est visible et opérable. Pour la pratiquer, il faut faire une large résection osseuse; on peut laisser la dure-mère intacte, quitte à l'ouvrir dans une deuxième intervention, ou l'ouvrir de suite. La trépanation simple peut être fort utile dans les tumeurs inaccessibles ou inopérables, en ramenant momentanément et parfois pour un temps assez long la vision à peu près perdue, et en supprimant la céphalée, les vomissements, etc.

III. — HÉMORRAGIE CÉRÉBELLEUSE

Lorsqu'en 1858 Hillairet fit paraître, dans les *Archives générales de médecine* une série d'articles sur les hémorragies cérébelleuses, il était le premier à essayer de les classer et de les diagnostiquer. Serres dans un mémoire, Andral (1) dans des leçons cliniques, n'avaient guère fait que publier des observations : Hillairet étudia les hémorragies cérébelleuses au point de vue clinique et distingua deux formes : l'une légère, pouvant guérir, et l'autre grave, à marche lente ou à marche rapide. Brown-Séguard, Ollivier, Leven, Luys (2), analysèrent les symptômes de cette affection et cherchèrent à la différencier des autres lésions encéphaliques. Lanoix (3) étudia la valeur de l'hémiplégie croisée,

(1) ANDRAL. *Clinique médicale de Paris*, 1840; *Cours de pathologie interne*, 1848.

(2) LUY. *Arch. gén. de méd.*, 1865.

(3) LANOIX. *Étude critique de l'hémiplégie croisée dans les affections cérébelleuses*, 1865.

et Carion (4), résumant les travaux antérieurs, fournissait encore des observations nouvelles. Nothnagel tenta, dans son *Traité diagnostique des maladies du système nerveux*, de distinguer l'hémorragie cérébelleuse des autres lésions du même organe et de celles du cerveau.

L'étiologie de l'hémorragie du cervelet est la même que celle de l'hémorragie cérébrale : l'artériosclérose y joue le rôle prédominant. L'hypertrophie du cœur est signalée par Weber, le rhumatisme par Touche. Weber a vu un cas d'hémorragie cérébelleuse chez une jeune fille de 25 ans atteinte de syphilis inconnue et non traitée (5).

Anatomie pathologique. — La lésion trouvée à l'autopsie varie suivant qu'on se trouve en face d'un foyer ancien ou d'un foyer récent : sous ce rapport elle est en tout comparable à celle qu'on trouve dans l'affection similaire du cerveau. Si le foyer est petit, même caillot non rétractile, même dilacération de la substance nerveuse. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il faut distinguer au point de vue anatomique la lésion à petit foyer de la lésion à grand foyer, ces deux formes correspondant à deux points de vue cliniques différents.

D'après Duret (6), l'artère du *nucleus dentatus*, du corps rhomboïdal, serait l'artère de l'hémorragie cérébelleuse à grand foyer : de fait le noyau dentelé est atteint par l'hémorragie dans presque toutes les hémorragies cérébelleuses dont nous avons relevé les observations. Dans quatre cas observés par Touche (4) nous trouvons : Obs. I. — Hémorragie récente occupant les corps dentelés et la partie supérieure du vermis avec pénétration ventriculaire; Obs. II. — Vaste foyer hémorragique ancien détruisant tout le centre de l'hémisphère cérébelleux gauche, y compris le corps dentelé, tout le vermis postérieur, et envoyant un prolongement en arrière du corps dentelé, du côté droit; Obs. III. — Foyer hémorragique au centre du lobe gauche du cervelet; Obs. IV. — Hémorragie détruisant le corps dentelé gauche du cervelet et sectionnant le pedoncule cérébelleux moyen.

L'épanchement sanguin est parfois considérable, occupant presque tout un hémisphère, intéressant parfois le vermis et l'autre hémisphère. Si la substance nerveuse cède, le sang pénètre dans le quatrième ventricule et fuse jusqu'au-dessous des méninges : le volume de l'épanchement est donc susceptible de varier beaucoup. Les petits foyers hémorragiques sont relativement rares, d'après Nothnagel. Très exceptionnellement ils sont limités au vermis, et le plus souvent ils intéressent le corps rhomboïdal ou son voisinage au centre d'un hémisphère cérébelleux. On peut y suivre l'évolution du caillot et des parois du foyer, en tout comparable à celle des mêmes lésions dans les hémisphères cérébraux, et ces hémorragies peuvent aboutir à la formation de foyers enkystés. Dans un cas de Vigouroux et Laignel-Lavastine (7), à l'autopsie d'un artérioscléreux mort d'hémorragie protubérantielle, 14 mois après une hémorragie cérébelleuse, on trouva, à la partie postéro-externe de la substance blanche de l'hémisphère cérébelleux droit, une lésion ovale, longue de 2 centimètres, large de 1 centimètre et demi, à parois roux jaunâtre, à bord dur, à fond pous-

(4) CARION. *Contribution à l'étude symptomatique et diagnostique de l'hémorragie cérébelleuse*. Thèse de Paris, 1875.

(5) WEBER. *Journal of nervous and mental Disease*, août 1901.

(6) DURET. *Arch. de physiol. norm. et path.*, 1877.

(7) TOUCHE. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1900.

(8) VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE. *Revue neurol.*, X^e année, n^o 5, 15 février 1902.