

De la compression et des variations de la pression intracrânienne dérivent encore les convulsions et les contractures générales ou partielles plus rares que dans l'hémorragie cérébrale.

La sensibilité générale est intacte, qu'il y ait ou non paralysie.

L'état des yeux est variable : l'amaurose, l'amblyopie feraient toujours défaut dans les lésions cérébelleuses de cette nature, d'après Hillairet et Nothnagel. Ces auteurs n'accordent pas de valeur à un fait de Michelet qui, d'après Andral, avait observé un cas d'amaurose par lésion hémorragique d'un lobe du cervelet.

Les paralysies oculaires seraient extrêmement rares et variables dans l'hémorragie cérébelleuse. Les pupilles sont dilatées, contractées ou normales, réagissant ou non à la lumière. Le facial, l'hypoglosse, sont atteints d'une façon très irrégulière.

On constate parfois la déviation conjuguée de la tête et des yeux : elle peut avoir lieu du côté opposé à la lésion.

La respiration ne présente pas grande différence avec ce qu'elle est dans l'hémorragie cérébrale ; calme au début, quand il n'y a pas eu d'ictus, elle devient bruyante, stertoreuse, et peut se ralentir : Carion a observé tantôt des pauses respiratoires de quinze secondes, tantôt quatorze respirations par minute.

Le pouls, d'ordinaire normal, peut être ralenti ; il est parfois irrégulier, et Remak a considéré ce fait comme caractéristique. La température s'abaisse si le pouls et la respiration sont ralentis.

L'état de l'intelligence est-il différent dans l'hémorragie cérébrale et dans l'hémorragie cérébelleuse ? Il ne le semble pas : dans la forme brusque le coma est le même, et dans le cas d'hémorragie récente, le malade sorti de l'ictus présente un état d'hébétude d'où l'on peut le tirer et qui n'offre vraiment rien de spécial.

Diagnostic. — Pour le diagnostic nous devons considérer deux cas : il y a ou il n'y a pas paralysie d'emblée.

S'il n'y a pas paralysie d'emblée, les commémoratifs de l'attaque, les vomissements avec leur caractère de violence spéciale, l'affaiblissement général et surtout l'incertitude de la démarche, enfin l'absence de paralysie, permettront de supposer la lésion cérébelleuse. *Si la paralysie*, dont l'absence étonnait en présence des autres symptômes, *survient petit à petit*, si les symptômes paralytiques sont vagues et peu accusés, l'hypothèse deviendra encore plus vraisemblable.

S'il y a ictus et paralysie d'emblée, le diagnostic avec l'hémorragie cérébrale est impossible. Tout au plus, dans certains cas, le caractère des vomissements, les phénomènes paralytiques anormaux, pourront-ils faire soupçonner le siège de la lésion. *Si l'hémiplégie est directe*, la persistance des vomissements, les vertiges, la céphalalgie occipitale alors que l'hémorragie cérébrale ne cause guère de douleur de tête, l'asthénie musculaire du côté opposé à l'hémiplégie, seront en faveur de l'atteinte du cervelet. On se rappellera que les troubles de la vue sont exceptionnels dans l'hémorragie de cet organe. *Si l'hémiplégie est croisée*, il faudra faire le diagnostic avec l'hémorragie de la protubérance ; s'il n'y a pas de paralysie faciale, le diagnostic sera peut-être possible, mais, si elle existe, il devient impossible, la physionomie de ce symptôme étant la même dans les affections des deux organes.

Là ne se bornera pas le diagnostic : il faut encore éliminer l'hémorragie méningée, et la tâche est malaisée. Toutefois, dans celle-ci, le début est plus brusque : il y a toujours attaque d'apoplexie, et les convulsions tétaniformes sont la règle ; mais il peut en être de même dans l'hémorragie cérébelleuse, et si l'on songe que céphalalgie, étourdissements, vertiges et vomissements se retrouvent dans les deux affections, qui toutes deux sont mortelles, on verra toute la difficulté d'affirmer l'une ou l'autre. Tout au plus le début graduel, l'absence de convulsions et d'ictus pourront-ils faire songer au cervelet.

Les hémorragies cérébelleuses se distingueront difficilement des ramollissements de cet organe. En effet, le tableau clinique, les symptômes sont les mêmes, et le diagnostic entre les deux lésions est encore plus difficile que pour le cerveau. Si l'état du cœur du malade peut faire penser à une embolie, si son âge, l'état de ses artères permettent de croire à une thrombose, on pourra soupçonner le ramollissement, mais non l'affirmer. L'évolution de la lésion surtout pourra aider à faire la distinction étiologique du trouble cérébelleux.

IV. — RAMOLLISSEMENT DU CERVELET

Le ramollissement cérébelleux est plus rare encore que l'hémorragie ; en effet les thromboses oblitérantes sont peu fréquentes dans le cervelet, et l'angle que les vaisseaux cérébelleux forment avec l'artère basilaire rend difficile leur embolie.

Anatomie pathologique. — Parfois assez limité, souvent double, le foyer de ramollissement peut siéger sur tous les points du cervelet : il occupe les couches corticales plus souvent que les parties centrales et rarement il s'étend à tout un lobe. La partie de l'organe le plus souvent atteinte est sa face postéro-inférieure. Cependant tout un lobe peut être atteint par la lésion : dans un cas de Charon un hémisphère entier était transformé en une bouillie blanche, ocreuse par place. Il faut encore distinguer de grands et de petits foyers ; ils coïncident souvent avec des altérations analogues du bulbe et de la protubérance, d'où il résulte que leurs symptômes sont souvent masqués par ceux qui relèvent de ces dernières lésions⁽¹⁾.

L'étiologie du ramollissement cérébelleux est celle du ramollissement du cerveau. — L'embolie est exceptionnelle ; la thrombose oblitérante due à l'artériosclérose est fréquente. — Dans l'observation de Charon⁽²⁾, où la malade mourut de rupture du cœur, l'athérome était tel que le réseau artériel était transformé en un lacis de tubes rigides. L'artérite syphilitique a été également signalée : dans un cas de Claude⁽³⁾, le ramollissement qui siégeait dans le lobe gauche laissant le lobe droit et le vermis indemnes, était dû à une lésion syphilitique de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure.

Symptômes. — *La symptomatologie* se confond avec celle de l'hémorragie cérébelleuse en foyers plus ou moins limités et nous n'y reviendrons pas. Le début est souvent progressif. Les symptômes varient suivant le siège du ramollissement et suivant les lésions concomitantes d'autres parties de l'encéphale. Les foyers cérébelleux peuvent accompagner de grands foyers cérébraux

⁽¹⁾ LÉON D'ASTROS. Marseille, 1895.

⁽²⁾ CHARON. *Arch. de neurol.*, avril 1896.

⁽³⁾ H. CLAUDE et O. JOSUÉ. *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, p. 547, 5^e trimestre, 1897.

et la symptomatologie devient alors très complexe. Dans un cas d'Anton⁽¹⁾, un homme de 55 ans, présentant depuis quelques mois une hémiplegie gauche, fut atteint quelque temps avant sa mort de vomissements et de vertiges, puis d'ataxie et de mouvements convulsifs du côté droit. L'autopsie démontra qu'il avait un ramollissement de la région temporale droite par thrombose de l'artère cérébrale postérieure, et un ramollissement de l'hémisphère cérébelleux droit par oblitération de l'artère cérébelleuse postérieure. Cette dernière lésion avait causé l'ataxie et les tremblements du côté droit. Dans les lésions atteignant le vermis le syndrome cérébelleux apparaît, vertiges, titubation, asthénie, vomissements, parfois troubles oculaires. Il peut exister de la somnolence et il n'est pas rare de constater des troubles psychiques⁽²⁾ rappelant les changements de caractères, les idées mélancoliques avec dépression physique que Bourneville a constatée chez les individus porteurs de lésions cérébelleuses anciennes.

Comme l'hémorragie, le ramollissement cérébelleux peut ne se traduire par aucun symptôme d'ordre cérébelleux ou autre. Dans le cas de Charon⁽³⁾ cité plus haut, quoique tout l'hémisphère droit fût transformé en une bouillie blanche, ocreuse par places, on n'avait observé pendant la vie aucun symptôme attirant l'attention sur le cervelet. La thrombose oblitérante était ancienne, mais les vermis étaient intacts.

Le syndrome cérébelleux dû au ramollissement peut revêtir la forme de *pseudo-sclérose en plaques* lorsque le ramollissement porte sur la face inférieure du cervelet et la forme de *chorée cérébelleuse*, lorsque c'est la face supérieure de l'organe qui est surtout atteinte. Le tremblement, les mouvements choréiformes ne sont pas rares dans les lésions cérébelleuses de tous les genres, mais il est très exceptionnel que chacun de ces symptômes atteigne l'intensité que Touche⁽⁴⁾ a signalée dans deux observations. Dans la première, il s'agit d'une pseudo-sclérose en plaques : outre la titubation, il existait du nystagmus, du tremblement intentionnel identique à celui de la sclérose disséminée, de la paraplégie spasmodique, et la parole était scandée; le ramollissement, très ancien, atteignait le territoire des deux artères cérébelleuses postéro-inférieures, c'est-à-dire le vermis inférieur et la partie correspondante de la face postéro-inférieure des deux hémisphères. Ceci tendrait à faire considérer le tremblement de la sclérose en plaques, le nystagmus et la parole scandée comme dus à la lésion des fibres cérébelleuses (soit dans le cervelet, soit dans la protubérance), par les plaques scléreuses. Dans la deuxième observation les mouvements choréiformes étaient généralisés, mais prédominaient à droite : un ramollissement aigu atteignait la totalité du vermis supérieur et les parties voisines de la face supérieure des deux hémisphères.

V. — HÉMORRAGIES ET RAMOLLISSEMENTS DU CERVELET EN FoyERS STATIONNAIRES

Importants pour la physiologie pathologique de l'organe, les vieux foyers d'hémorragie et de ramollissement sont des raretés. La limitation de ces

(1) G. ANTON. *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 19, 1900, p. 509.

(2) DE BLASI. *Gazzetta degli ospedali et delle cliniche*, 12 juillet 1905, n° 85.

(3) CHARON. *Arch. de neurol.*, avril 1896.

(4) TOUCHE. *Soc. de neurol. de Paris. Revue neurol.*, 15 février 1900, p. 149.

lésions exclut les actions à distance (compressions et autres) qui donnent aux grands foyers à marche rapide leur physionomie, d'ailleurs si rarement caractéristique.

Dans beaucoup de cas ces lésions n'ont pas de symptômes pendant la vie : ce sont trouvailles d'autopsie. Dans d'autres, quelques symptômes peuvent attirer l'attention vers le cervelet. Très rarement on retrouve un ictus à l'origine des accidents. Des phénomènes d'ordre moteur parfois existent et parfois manquent. Dans le second cas, souvent on constate de la céphalalgie, mais elle peut faire défaut : la diminution de l'acuité visuelle dépend d'autres actions que de celles imputables au foyer cérébelleux. On a enfin signalé des troubles du caractère⁽¹⁾, apathie, tristesse; et ces derniers, très inconstants, n'offrent rien de typique. Mais bien souvent ces foyers stationnaires causent des troubles moteurs qui ne semblent pas relever d'actions à distance. Nothnagel, en effet, dit que l'hémiplegie n'existe pas en pareille occurrence; il conteste un cas d'Andral, trop ancien. Ce qu'on relate, c'est, outre la céphalalgie et les vertiges, un symptôme positif, la démarche titubante, spéciale aux lésions cérébelleuses et que nous avons étudié plus haut. Seul, le groupement de la céphalalgie, des vertiges et de la démarche titubante, en somme la présence du syndrome cérébelleux, joint aux commémoratifs, pourra faire penser à la lésion en foyer stationnaire du cervelet. Rappelons que le chancellement cérébelleux n'existera que dans le cas d'atteinte directe ou indirecte du vermis. Mais dans bien des cas, lorsque le diagnostic de lésion cérébelleuse aura pu être fait, on hésitera entre l'abcès, la tumeur, l'hémorragie et le ramollissement; les commémoratifs encore, la marche de l'affection permettront seuls de reconnaître quelquefois la nature du trouble cérébelleux.

VI. — ABCÈS DU CERVELET

Les abcès du cervelet sont une lésion peu fréquente : d'après Körner, sur 100 constatations d'abcès de l'encéphale, il y aurait 62 abcès cérébraux, 52 abcès cérébelleux, et enfin les deux seraient atteints à la fois dans 6 cas. D'après Pad, il y aurait une collection purulente dans le cervelet contre quatre dans le cerveau. Comme toutes les autres altérations cérébelleuses, les abcès peuvent ne donner lieu à aucun symptôme, mais quand des signes sont constatés la gravité de l'affection est telle qu'il y a le plus grand intérêt à la diagnostiquer, car le traitement chirurgical seul peut quelque chose pour le malade. (Voy. plus haut, *Abcès du cerveau*.)

Étiologie et anatomie pathologique. — Les causes des abcès du cervelet sont les mêmes que celles des abcès du cerveau. Ils sont causés parfois par la pyémie, au même titre que les autres abcès métastatiques, d'autres fois par de véritables embolies septiques. Mais le plus souvent ils sont consécutifs à une suppuration voisine du cervelet et principalement aux ostéites suppurées du temporal. Parmi celles-ci, la plus fréquente, la carie du rocher, est aussi le plus fréquemment la cause de l'abcès, ainsi qu'on le constate pour le cerveau. Les

(1) BOURNEVILLE. *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*. Paris, 1872.