

CHAPITRE III

HÉMORRAGIE DES PÉDONCULES

Parmi les foyers hémorragiques des pédoncules cérébraux il faut, avec Duret, distinguer d'une part ceux qui proviennent de la rupture d'un vaisseau propre du pédoncule, d'autre part ceux qui résultent de ce que le sang a fusé d'une région voisine. Les hémorragies du corps strié et du thalamus, par exemple, fusent parfois dans le pédoncule.

D'Astros⁽¹⁾, dans son mémoire, divise les hémorragies pédonculaires en deux groupes :

I. — Les hémorragies provenant d'artères qui ne font que traverser le pédoncule pour se rendre à la couche optique, mais ont, avant d'arriver à leur destination, un trajet intrapédunculaire assez long. La rupture de ces artères (artères optiques, postérieures externes, artères optiques postérieures internes) crée des foyers d'hémorragie dans la partie supérieure des pédoncules.

II. — Les hémorragies pédonculaires produites par la rupture des artères nourricières du pédoncule. Les foyers les plus importants sont ceux qui sont créés par la rupture des artères du moteur oculaire commun ; ces foyers siègent à la partie interne du pédoncule.

Anatomie pathologique et Symptomatologie. — I. L'hémorragie peut être due à la rupture des artères optiques dans leur trajet pédunculaire. La rupture, dans certains cas, se produit dans le thalamus et le sang fuse secondairement dans le pédoncule. Les hémorragies sont en général diffuses. Cliniquement elles se traduisent par le syndrome hémiplégié. Comme le nerf moteur oculaire commun est rarement atteint, l'hémiplégié alterne est l'exception. D'Astros fait une distinction entre les hémorragies pédonculaires supérieures produites par la rupture des artères optiques externes et celles relevant de l'artère interne postérieure. Cette dernière artère, en effet, se dirige vers le thalamus dans la partie interne du pédoncule et passe au voisinage du noyau supérieur du moteur oculaire commun. L'hémorragie résultant de la rupture de l'artère optique postéro-interne pourrait atteindre simultanément les fibres motrices dont la destruction amène l'hémiplégié et le noyau supérieur de l'oculo-moteur commun dont la destruction détermine la paralysie de l'iris et de l'accommodation. Il s'agirait là d'une paralysie alterne non encore décrite qui, d'après d'Astros, serait caractérisée par l'hémiplégié d'un côté du corps et l'ophtalmoplégie interne de l'autre côté, les muscles externes de l'œil pouvant rester intacts.

II. — La rupture de l'artère du moteur oculaire commun amène des hémorragies de la partie interne du pédoncule. Des observations ont été publiées par Bennet, Weber, Leteinturier, Rickards, Leube, Bouchaud. Si la rupture de l'artère du moteur oculaire commun a lieu dans la première partie de son trajet à

(1) D'ASTROS. Pathologie du pédoncule cérébral. *Revue de méd.*, 1894.

travers l'étage inférieur du pédoncule, on constatera un foyer situé presque immédiatement au-dessus de la protubérance avoisinant le raphé médian (autopsie de Weber). La rupture des artères dans l'étage supérieur du pédoncule amène un foyer hémorragique occupant la partie interne du pédoncule au-dessus du locus niger, en avant de l'aqueduc de Sylvius. Ce foyer peut s'étendre en hauteur depuis la protubérance annulaire jusqu'au troisième ventricule. Rickards a constaté l'occlusion de l'aqueduc de Sylvius par compression du canal contre les tubercules quadrijumeaux ; il peut en résulter, ainsi qu'il est facile de le comprendre, une accumulation du liquide céphalo-rachidien dans les ventricules du cerveau. Dans certains cas le foyer hémorragique peut se rompre dans l'aqueduc de Sylvius ou le troisième ventricule. Les hémorragies dans l'étage supérieur

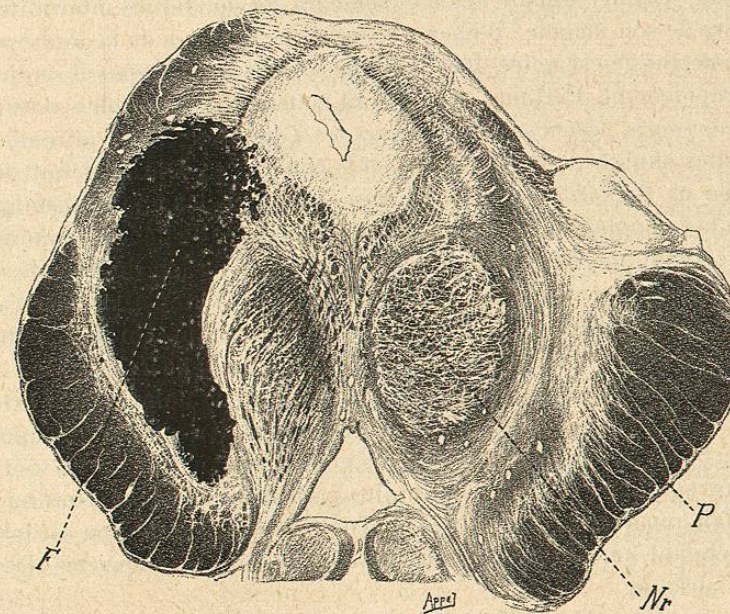


Fig. 108. — Cas Baz... F. Foyer hémorragique dans le locus niger et la région de la calotte du pédoncule droit. Nr. Noyau rouge. P. Voie pyramidale (Collection Pierre Marie).

du pédoncule peuvent être moins étendues. En effet les branches terminales de l'artère de l'oculo-moteur commun peuvent se rompre vers leur terminaison et produire là de petits foyers qui, s'ils sont multiples, peuvent néanmoins rester distincts vu la divergence de ces artérioles terminales (d'Astros).

Les hémorragies pédonculaires internes se traduisent en clinique par le syndrome de la paralysie alterne supérieure : hémiplégié totale d'un côté du corps et paralysie du nerf moteur oculaire commun du côté opposé. Il faut remarquer cependant que, si la paralysie du moteur oculaire commun est constante, l'hémiplégié au contraire est un symptôme contingent. Ce fait s'explique très bien, car, dans les cas de petits foyers hémorragiques, la voie pyramidale peut n'être que partiellement lésée ou même être respectée.

De même que l'anatomie pathologique nous a permis de distinguer les foyers hémorragiques de l'étage inférieur du pédoncule et ceux de l'étage supérieur, de même en clinique on peut observer une symptomatologie dissemblable dans l'une ou l'autre de ces deux éventualités.

Les hémorragies pédonculaires internes de l'étage inférieur ont pour manifes-

tation clinique le syndrome de Weber. Comme pour les hémorragies cérébrales on peut observer quelques prodromes : maux de tête, vertiges, etc. Les malades, en effet, sont le plus souvent âgés et artérioscléreux. Dans un cas rapporté par Simonin et Dopter⁽¹⁾, il s'agissait d'un individu jeune atteint d'artériosclérose généralisée, le syndrome de Weber s'était créé au décours d'une rougeole. Sous l'influence de cette infection, il s'était produit des hémorragies dans le mésocéphale.

La paralysie du moteur oculaire commun du côté de la lésion est totale (observations de Weber, de Leteinturier). La musculature externe et la musculature interne de l'œil sont paralysées, ce quise comprend, car l'hémorragie se fait dans une région où convergent toutes les fibres radiculaires de la troisième paire. L'hémiplégie du côté opposé à la lésion, dans les grosses hémorragies, est également totale. Bennet signale des mouvements spasmodiques intermittents dans la mâchoire de son malade. Weber a observé des spasmes de la jambe paralysée.

L'hémianesthésie est notée dans quelques observations, mais il semble qu'elle régresse rapidement. Certains auteurs ont constaté des troubles vaso-moteurs.

Les hémorragies pédonculaires internes de l'étage supérieur offrent certaines particularités cliniques. Des vomissements peuvent se voir au début de l'affection. Leube et Rickards ont observé chez leurs malades une céphalalgie postérieure, de la somnolence, de la torpeur intellectuelle, du délire incohérent. Pour Rickards cet état mental serait causé par l'accumulation du liquide céphalo-rachidien dans les ventricules du cerveau, cette accumulation étant due à la compression de l'aqueduc de Sylvius par l'hémorragie. On peut constater la déviation conjuguée de la tête et des yeux, la titubation cérébelleuse.

La paralysie de la troisième paire est partielle, l'ophtalmoplégie externe est dissociée, car les fibres radiculaires du nerf s'écartent dans l'étage supérieur du pédoncule. Si les noyaux d'origine du nerf moteur oculaire commun sont atteints par l'hémorragie, la paralysie prendra les caractères des paralysies nucléaires. D'Astros fait remarquer que l'absence d'ophtalmoplégie interne est la règle. Il existe cependant certaines observations où l'intégrité des muscles de l'iris ne paraît pas absolue.

L'hémiplégie du côté opposé à la lésion n'est pas un symptôme nécessaire des hémorragies de l'étage supérieur, elle manque dans beaucoup de cas; mais, si le foyer est volumineux, la région du pied du pédoncule et la voie pyramidale peuvent cependant être comprimées.

Weber, Leube ont signalé dans les hémorragies pédonculaires internes le ralentissement du pouls. Weber, Rickards ont noté la constipation opiniâtre.

III. — Les hémorragies du pédoncule produites par la rupture des autres artères nourricières amènent des symptômes variables suivant leur siège. L'hémiplégie est fréquente, mais, comme les fibres du moteur oculaire commun ne sont pas lésées, le syndrome de Weber n'est pas réalisé; les observations d'ailleurs sont très rares.

Les hémorragies des pédoncules cérébraux peuvent causer la mort subite, tel le cas de Cornil⁽²⁾. Souvent la mort survient par des lésions secondaires pleuro-pulmonaires. Weber, Rickards, Andral ont noté la prédominance de ces lésions du côté de la paralysie.

(1) SIMONIN et DOPTEP. Syndrome de Weber et gangrène des orteils au décours d'une rougeole. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, 1902, p. 629.

(2) CORNIL. Hémorragie pédonculaire, mort subite. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1900, p. 150.

CHAPITRE IV

TUMEURS DES PÉDONCULES

Étiologie. Anatomie pathologique. — Les tumeurs des pédoncules sont relativement rares. Parfois on observe des gommés syphilitiques, des gliomes, des glio-sarcomes.

Raymond et Cestan⁽¹⁾ ont trouvé dans une autopsie une tumeur de la grosseur d'une petite noix logée dans le pédoncule cérébral gauche. Cette tumeur avait lésé à gauche la totalité du noyau rouge, la partie interne du ruban de Reil, le noyau de la troisième paire, à droite la moitié interne du noyau rouge. Elle était constituée par une série de tubes ayant complètement détruit la substance nerveuse. La paroi de ces tubes était formée par une couche de cellules cylindriques, à contour bien limité, à noyau central allongé, très coloré. La tumeur s'agrandissait par des bourgeons externes des tubes, bourgeons à l'intérieur desquels pénétraient des papilles vasculaires donnant ainsi au néoplasme un aspect papillomateux. Le centre de la tumeur était en nécrobiose complète. Les auteurs n'ayant pas trouvé de cancer dans les viscères, se basant aussi sur les caractères des cellules néoplasiques, sur ce fait que la pie-mère du pédoncule était revêtue d'une couche de cellules néoplasiques avec papilles bourgeonnantes dirigées vers l'intérieur du pédoncule, admirent que la tumeur n'était pas secondaire à un cancer viscéral passé inaperçu, mais qu'elle était primitive. Ils supposèrent, avec quelques réserves, qu'il s'agissait d'un cas de papillome primitif épithélioïde de la pie-mère.

Les tumeurs du pédoncule les plus fréquentes sont incontestablement les tumeurs tuberculeuses. D'après Allen Starr, sur 21 tumeurs diverses des tubercules quadrijumeaux et des pédoncules, 16 étaient de nature tuberculeuse. Raviart⁽²⁾ a réuni dans sa thèse inaugurale 45 cas de tubercules du pédoncule. D'Astros et Hawthorn⁽³⁾, Guinon⁽⁴⁾ rapportaient récemment de nouvelles observations.

Sur 54 observations de tubercules du pédoncule où l'âge est indiqué on trouve 5 sujets ayant moins de deux ans, 6 entre deux et quatre ans, 7 entre quatre et dix ans, 5 entre dix et vingt ans, 13 entre vingt et cinquante-deux ans. On voit donc, d'après cette statistique, que, si le jeune âge est particulièrement prédisposé aux tubercules, ceux-ci n'épargnent pas l'âge adulte.

Comme pour les autres localisations tuberculeuses de l'encéphale, on trouve souvent de la tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire concomitante.

(1) RAYMOND et CESTAN. Sur un cas de papillome épithélioïde du noyau rouge. Contribution à l'étude des fonctions du noyau rouge. *Arch. de neurol.*, 1902, p. 82. — RAYMOND. Sur une forme particulière du syndrome de Weber. *Clin. des mal. du syst. nerveux*, 6^e série, 1905, p. 411.

(2) RAVIART. *Les tubercules des pédoncules cérébraux*. Thèse de Lille, 1900.

(3) D'ASTROS et HAWTHORN. Syndrome de Benedikt. Tubercule solitaire du pédoncule cérébral (étage supérieur). *Revue neurol.*, 1902, p. 577.

(4) GUINON. *Soc. de pédiatrie*, 19 mai 1905.