

Le phénomène des orteils dans le cas de lésion organique n'est pas absolument constant, mais quand il existe, et à condition qu'il ait été bien observé, il est décisif et permet de conclure à une lésion de ce genre. Il permet en particulier, de distinguer l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique, car on ne le trouve jamais dans cette dernière. Mais on peut l'utiliser encore dans d'autres cas.

M. Babinski a montré une malade qui est une démonstration très nette de l'utilité de ce moyen de diagnostic. C'est une malade âgée de 51 ans venue à la consultation pour une certaine faiblesse des membres inférieurs, sorte de parésie non douloureuse qui n'empêche pas la marche et ne la trouble pas, mais qui se manifeste par une fatigue très-rapide. Les réflexes rotuliens sont bien conservés et même un peu exagérés. Au premier moment, en raison de l'aspect général de la malade et de l'absence d'autres signes bien manifestes, on pourrait penser à une paralysie d'ordre psychique, et si on n'utilisait pas le réflexe plantaire on arriverait facilement à cette conclusion. Mais la recherche de ce réflexe permet de la rejeter immédiatement, car on trouve chez elle le signe de l'éventail avec la plus grande netteté. Il n'y a donc pas de doute sur une lésion du système pyramidal, lésion dont la nature, il est vrai, est ici assez difficile à déterminer. Cette parésie aurait débuté il y a seulement une huitaine de jours, mais déjà la malade avait ressenti, il y a 6 ans, des douleurs de tête très vives avec quelques troubles de la parole. Elle a eu sept grossesses, mais on ne trouve aucun signe qui se rapporte à la syphilis.

Un examen plus approfondi permettra peut être de trouver chez elle une infection syphilitique ou autre ayant produit ces accidents. Mais le grand intérêt pratique ici est d'avoir pu dès un premier examen affirmer l'existence d'une lésion organique. Car ce qu'il faut avant tout dans des cas de ce genre, c'est le repos qui peut amener la guérison ; au contraire, si on avait diagnostiqué une paralysie d'origine psychique, on aurait prescrit la marche, et les exercices plus ou moins actifs, ce qui aurait pu aggraver de beaucoup son cas.

* * *

Valeur de la trépanation dans les tumeurs cérébrales

On sait que parmi les premiers symptômes cliniques témoignant de la présence d'une tumeur intra-cranienne, on note la céphalée, les vomissements et la cécité hâtive. Dans ces cas "la trépanation précoce s'impose" et donne les meilleurs résultats.

Le cas suivant, présenté à la polyclinique de la Pitié et que nous analyserons rapidement en est un exemple d'un grand intérêt. Il s'agit d'un homme actuellement d'apparence assez vigoureuse, mais qui cependant ne peut encore travailler ; il se plaint d'une sorte d'engourdissement général ; sa démarche est très caractéristique ; il titube en écartant les jambes, à peu près à la manière d'un

homme ivre. Malgré ce trouble de la marche, la force musculaire est conservée, les réflexes rotuliens sont normaux, ainsi que le réflexe plantaire, et quand il est couché les mouvements des membres inférieurs sont normaux.

A l'examen, les membres supérieurs sont normaux aussi pour le côté droit ; mais tandis que de ce côté, il porte régulièrement le doigt au point commandé, pour la main gauche, il y a de l'hésitation et il dépasse le but. De plus, on constate qu'au repos, il n'y a aucun tremblement, mais s'il porte un verre à la bouche avec la main gauche, il décrit des mouvements incohérents, qui caractérisent le tremblement intentionnel, tremblement qui ne se produit que dans les mouvements voulus et tout à fait analogue à celui de la sclérose en plaques. Il existe enfin des troubles de la vue liés à une atrophie papillaire.

Or, sans remonter dans les commémoratifs, en présence de cette démarche si spéciale, de cette titubation les jambes écartées et de ce tremblement dus à l'asynergie cérébelleuse, c'est-à-dire au trouble dans l'association des mouvements, on peut être assuré qu'il existe une lésion du cervelet, portant sur le côté gauche, puisque ces troubles se produisent du même côté que la lésion. Mais si l'on recherche les antécédents, on voit ce diagnostic confirmé par tous les accidents qui se sont montrés antérieurement. Il y a deux ans, en effet, ce malade présentait non seulement ces troubles de la motilité au plus haut point, mais tout le syndrome cérébelleux au complet. Il avait des douleurs de tête très violentes localisées à la partie postérieure, des vomissements, une stase papillaire très marquée et aussi des troubles psychiques dont il a perdu le souvenir, avec idées délirantes et excitation violente.

Le diagnostic de tumeur cérébelleuse fut posé ; une ponction lombaire fut faite sans résultat et tous les moyens médicaux utilisés sans succès. M. Babinski se décida alors à une intervention chirurgicale, intervention dont il a vu très souvent l'utilité, alors même qu'on ne trouve pas le néoplasme. Il semble que "la décompression produite par l'opération soit suffisante." On supprime ainsi l'œdème qui cause les douleurs et on arrête la névrite œdémateuse de la rétine. C'est ce qui arriva chez ce malade chez lequel M. Gossset pratiqua la craniectomie. On ne trouva pas de tumeur, mais "depuis, les douleurs ont cessé complètement, la névrite optique s'est arrêtée, l'agitation a disparu, et tous les accidents ont rétrogradé." En somme, l'amélioration est si considérable qu'on peut espérer qu'à un moment donné cet homme, absolument condamné, il y a deux ans, pourra se livrer un jour à un travail utile.

Ce cas est donc instructif et montre, ainsi que le bon nombre d'observations que M. Babinski a pu réunir dans sa pratique personnelle, qu'il y a toute utilité à ne pas abandonner les malades et à faire chez eux une tentative chirurgicale.

Nous avons nous même mémoire d'une fillette de 15 ans à qui fut faite une trépanation décompressive, dans un cas de tumeur cérébrale impossible à localiser. Du coup la céphalée, jusque là intolérable et les vomisse-