

## § II. — Symptômes des hémorrhagies encéphaliques et rachidiennes.

L'exposition qui va suivre n'a pour objet que de faire connaître les phénomènes tels qu'ils se succèdent dans le cours de l'apoplexie. Ce n'est pas le moment d'essayer de les rattacher aux lésions des organes. Ce rapport ne pourra s'établir qu'après les notions d'anatomie pathologique et à l'occasion de la physiologie pathologique et ensuite du diagnostic.

*a. — Symptômes précurseurs.* — Il n'existe très souvent aucun indice de l'accident qui est imminent. Le sujet paraît jouir d'une bonne santé, et cependant il suffit d'une émotion morale, d'un effort physique, d'un excès quelconque, pour déterminer une attaque apoplectique.

Mais assez souvent aussi il existe quelque indice d'une disposition fâcheuse; le plus ordinairement, les sujets n'y portent aucune attention, ou les médecins ne sont consultés que comme s'il ne s'agissait que de dérangements légers et passagers.

Cependant, il est des circonstances où des prodromes, facilement appréciables, pourraient devenir de très utiles avertissements. Il en est qui se montrent assez communément et qui dénotent un afflux du sang vers l'encéphale. Ce sont des vertiges, des tintements, des sifflements d'oreilles, une pesanteur, une douleur vague ou circonscrite de la tête, une sorte d'engourdissement intellectuel, un certain embarras de la parole, la lenteur des réponses; quelquefois, il y a une excitation cérébrale, un délire passager (CCCLXXXVIII, CDLXXXVII); on a noté la perte momentanée de la mémoire<sup>(1)</sup>: c'était tantôt l'oubli d'un nom très connu, tantôt la substitution d'un mot à un autre.

Dans quelques cas, des indices plus particuliers se sont

(1) Watson, *Lectures on the principles and practice of Physic*. London, 1848, t. I, p. 493.

montrés, comme le prolapsus de l'une des paupières supérieures, une vive douleur dans l'un des yeux (DCCGIV), le trouble de la vue (CCCLXXXIX, CDLXIX, DXVI, DCLXXXII, DCLXXXVII), la perte de l'odorat (CCLXXXV).

On a observé des douleurs névralgiques de la face. Swan en a fait la remarque<sup>(1)</sup>, et Mondiere a insisté sur la valeur de ce phénomène prodromique quand il se produit chez les personnes âgées<sup>(2)</sup>.

Quelques individus ont éprouvé, avant l'attaque d'apoplexie, des douleurs, des engourdissements, des fourmillements dans un ou plusieurs membres, un sentiment de froid dans un côté du corps, ou une sensation étrange dans les pieds empêchant de mettre des souliers (CCCXXVI, CCCXLVIII, DXXXIX, DCCXDVIII).

On a vu les membres inférieurs s'affaiblir et rendre la marche incertaine (GLXXVII, DCLXXXVI, DCCIX, DCCCVII), ou être pris de crampes (CCXIV, CCL, CCLXXXVII, DCXX, DCCLV).

Chez dix sujets, il était survenu de loin en loin des vomissements, et chez quelques-uns, ce phénomène accompagnait des accès intenses de céphalalgie.

*b. — Invasion.* — Le mode d'invasion le plus ordinaire constitue l'attaque d'apoplexie. C'est la suspension subite de l'action de l'encéphale. C'est, à un haut degré, l'analogue du coup de sang. C'est l'ensemble symptomatique qui a fait créer le mot *apoplexie*. Dans cet *ictus apoplecticus*, les sens sont complètement fermés aux impressions extérieures; la sensibilité générale, l'intelligence, la volonté ne donnent aucune sorte de manifestation; le mouvement musculaire est complètement enrayé. Si le malade était debout quand l'apoplexie l'a frappé, il est tombé, et si l'un des côtés du corps a perdu le premier son énergie, c'est de ce côté que la chute a eu lieu. Les sphincters se relâchent, les fluides qu'ils retenaient peuvent être évacués. Le sujet, examiné en ce

(1) *A Treatise on diseases and injuries of the nerves*. London, 1834, p. 46.

(2) *Archives*, 2<sup>e</sup> série, 1837, t. XV, p. 292.



moment, paraît comme plongé dans un profond sommeil. La face est injectée ou pâle, la respiration plus ou moins embarrassée, le pouls large, plein, lent ou fréquent. La vie de relation semble anéantie; celle de nutrition persiste, mais elle est évidemment troublée.

Cette attaque peut se déclarer à tous les instants; souvent, après le repas; d'autres fois, en se mettant à table; dans quelques cas, durant le sommeil ou bien au réveil; parfois, après un effort ou après une émotion violente.

La perte de connaissance peut ne pas arriver à l'instant même. On a vu des malades sentir l'approche de l'accident, se plaindre, crier, faire quelques pas, monter un escalier, et tomber de suite après (CCCVI, DCL, DCCCLXXXIV).

La suspension des facultés intellectuelles et de l'exercice des sens peut n'avoir qu'une très courte durée et ressembler à une simple défaillance. Telle fut celle qu'éprouva Dupuytren (DXLI); mais quand l'attaque d'apoplexie est intense, elle persiste jusqu'à la mort, qui survient bientôt si le cas est foudroyant.

Quand le cas est moins grave, quelquefois le moral et le physique restent dans l'engourdissement, ou bien ils manifestent un réveil incomplet. Le malade peut ouvrir les yeux, donner de légers signes d'intelligence, mouvoir un peu quelque membre, ou même parler, avaler, exécuter des mouvements plus ou moins étendus.

Tels sont les phénomènes ordinaires et la marche de l'attaque apoplectique, dont le caractère principal est la perte de connaissance. Ce type de l'invasion de l'hémorrhagie encéphalique est loin de s'observer constamment. C'est à peine si, dans la moitié des cas rapportés, on l'a constaté. D'autres modes se sont présentés et doivent être indiqués sommairement.

Les malades sentent quelquefois un membre s'engourdir, se paralyser; ils peuvent en tombant prendre des précautions; ils n'ont perdu ni la sensibilité ni l'intelligence. Dans vingt et quelques cas, l'hémiplégie est survenue de cette manière.

Le début de l'hémorrhagie encéphalique peut être marqué par un tout autre appareil de symptômes, par de l'agitation, de l'excitation, du délire. C'est ce qu'on a vu surtout dans les hémorrhagies méningées.

D'autres fois, ce sont des convulsions qui donnent le signal de l'invasion. On peut en citer dix-huit exemples.

Assez souvent, on a remarqué un étourdissement momentané, parfois suivi de l'impossibilité de parler, mais sans perte de connaissance.

Dans quelques cas, c'est une céphalalgie atroce, subite qui a annoncé le commencement de la maladie. Cette douleur arrachait des cris (CCXXI, CCXCVI, DCXXXIX, DCLXXXVII, DCCVIII, DCCXCVI, DCCXCVIII).

L'invasion a été assez souvent marquée par des vomissements (20 fois), et dans quelques cas particuliers, par une forte oppression (CDLXXVI, DCLXXX), ou par une dysurie douloureuse (DCCCLXI, DCCCLXVII), ou par des frissons, un tremblement, des vertiges, une extrême prostration des forces, mais encore sans perte subite de connaissance (CXVIII, CXLV, CLXXXIII, CCCXXXIX, CCCLXXVI, CDXXXVI).

Il est facile de juger par cet aperçu combien de fois l'hémorrhagie encéphalique a débuté sans offrir le cachet de l'apoplexie.

Il se peut même que l'exsudation sanguine s'opérant peu à peu, les commencements de la maladie demeurent inaperçus; l'accroissement est graduel ou n'a lieu que par petites secousses à peine distinctes.

Quel que soit le genre d'invasion de l'hémorrhagie des centres nerveux, cette maladie, étant constituée, s'entoure de symptômes variés dont il est bon d'apprécier la fréquence et la valeur.

**c. — Symptômes étudiés en particulier.** — Une altération grave s'étant produite dans l'état physique des centres nerveux, un trouble quelconque doit se manifester dans les actes auxquels ces centres président. Cependant, il s'est trouvé des



circonstances dans lesquelles, malgré la présence d'une plus ou moins large collection sanguine comprimant l'encéphale, les fonctions de cet organe ont paru n'en éprouver aucune atteinte grave (XXXVIII, CLXXXVIII, CCXLVI); mais une pareille tolérance est rare dans les hémorrhagies de l'appareil nerveux, et le plus souvent des phénomènes très appréciables dénoncent l'altération effectuée. Ces phénomènes sont nombreux et très variés. Ils offrent souvent des contrastes, et paraissent répondre à des lésions d'ordres différents, ou siégeant en des parties d'organisations diverses. Il est donc important de les étudier dans leurs variétés, leurs degrés, leur physionomie propre, leurs associations mutuelles et leurs rapports avec les localisations affectées. Cet examen deviendra l'une des bases du diagnostic.

*État mental.* — L'intelligence des sujets frappés d'apoplexie peut, après l'attaque, présenter des états variés susceptibles d'être rattachés aux quatre modes suivants. Les facultés intellectuelles sont à peu près revenues à leur point ordinaire, ou elles paraissent comme enrayées (stupeur), ou leur exercice est entièrement suspendu (état comateux), ou enfin il est perverti (délire).

(Intégrité de l'intelligence.) Il n'est pas très rare de voir, après l'attaque d'apoplexie, le malade reprendre ses sens, parler, dire avec assez de netteté ce qu'il vient d'éprouver, et reconnaître que tel ou tel membre a perdu ses facultés motrices ou sensitives. Quand l'invasion de la maladie a eu lieu sans perte de connaissance, le malade peut encore mieux exprimer ce qu'il a ressenti.

Dans environ le neuvième des faits rapportés, l'intellect s'est rétabli ou maintenu.

Sans doute, les facultés mentales ne reprennent pas de suite leur activité ordinaire. Il est certain qu'une attaque d'apoplexie n'est pas un moyen de réveiller ou d'aiguiser le moral humain. Mais il y a lieu de s'étonner qu'après le désordre récemment subi par l'organe où réside le *sensorium commune*, les facultés de ce centre puissent reprendre si

vite leur exercice habituel. Or, il n'est pas une catégorie d'hémorrhagies encéphaliques qui n'ait offert des exemples de cette réintégration plus ou moins complète des facultés de l'intellect.

(Affaiblissement de l'intelligence, stupeur.) Le malade peut n'être pas privé de la faculté de percevoir ni de celle d'exprimer ses sensations, de penser et de vouloir; mais tous ces actes ne s'exécutent qu'avec lenteur, avec difficulté, d'une manière imparfaite; les sens ne s'émeuvent que par des impressions vives ou réitérées; la mémoire est presque perdue; les réponses sont vagues, tardives, incomplètes; le malade semble être dans un état de stupeur et d'incapacité morale, bien qu'éveillé et plus ou moins sensible. Cet état a été constaté dans les hémorrhagies des méninges et de la substance corticale, dans celles des divers lobes, et assez fréquemment dans celles du cervelet et du mésocéphale.

(État comateux.) La somnolence, l'assoupissement, le coma, sont les degrés d'une suspension plus ou moins complète des actes intellectuels. Ces états se montrent surtout au commencement et à la fin de la maladie. Au commencement, c'est la prolongation de l'attaque, qui peut durer plusieurs heures ou plusieurs jours. A la fin, c'est l'indice d'une aggravation, d'une situation de plus en plus fâcheuse, et d'une terminaison promptement funeste.

De plus, le coma peut se manifester dans le cours de la maladie et en être l'un des phénomènes dominants. Le malade a les yeux fermés, souvent la bouche entr'ouverte parfois avec saillie de la langue; il ne répond pas; il est immobile et paraît insensible. D'autres fois, l'assoupissement est moins profond; quand on appelle le malade, il soulève légèrement les paupières, mais demeure d'ailleurs inerte. En d'autres occasions, il répond, mais se rendort immédiatement. Ces états s'observent surtout dans les hémorrhagies méningées, celles de la substance corticale, du cervelet et du mésocéphale, plus souvent que dans celles des lobes cérébraux. Ils ont eu lieu dans environ le quart des cas.



(Délire.) Le délire s'est manifesté dans environ 80 cas; il revenait surtout la nuit; il a été généralement calme, léger, sourd, borné à quelques paroles incohérentes; mais il a d'autres fois été loquace, ou même accompagné de vociférations et d'agitation. Toutefois, les cris et l'agitation n'ont pas toujours été les effets d'une perturbation mentale; ils étaient plutôt les indices d'un mal physique et local.

*Céphalalgie.* — La tête a été le siège assez fréquent d'une souffrance plus ou moins vive dans les prodromes, parfois aussi à l'invasion; elle peut encore être très douloureuse dans le cours de la maladie. Le coma empêche de ressentir la céphalalgie, et le délire de la traduire avec justesse. En outre, elle manque assez souvent, alors même que l'état de l'intellect permettrait de la signaler. Elle n'est mentionnée que dans 111 cas; les lésions cérébrales n'en ont pas été plus spécialement accompagnées. Elle s'est montrée dans les hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes, dans celles du cervelet et du mésocéphale. Elle correspond assez souvent au siège de la lésion, affectant le côté malade, ou le front, ou l'occiput. Elle s'est étendue d'une tempe à l'autre. Elle peut coïncider avec des vertiges, des étourdissements, de forts battements dans la tête. Elle est gravative et compressive; d'autres fois très vive, et alors le malade pousse des cris en signalant les points les plus douloureux. Elle est continue, persistante, ou elle revient par accès. Elle augmente par les mouvements de la tête, et peut diminuer quand le crâne est soutenu (CCCLXXVI, CCCLXXVII, CDXIV, DCCXII, DCCXVI, DCCXVIII, etc.).

*État des sens.* — Quelques organes des sens externes présentent des symptômes assez remarquables. Ce sont surtout les yeux qu'on examine avec le plus de soin.

Ils sont souvent fermés, comme je l'ai déjà dit, ou ils sont seulement entr'ouverts, ou une paupière supérieure est relevée et l'autre abaissée (DCCXVI, DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCXXXIV). Celle-ci peut l'être en raison d'une hémiplegie faciale. Mais indépendamment de cette circonstance, une

des paupières peut rester abaissée ou ne se relever qu'avec peine (DCCXXV, DCCXXVII). Il peut y avoir aussi un clignotement des paupières (DCCLXXVI), ou une rotation, ou des secousses convulsives des globes oculaires, une sorte de nystagmus (CLXXXIII, DLXX, DCLIV, DCCXXXIII). Un œil est mobile et l'autre reste fixe, ne pouvant pas, par exemple, se diriger en dehors (DCCXXV); mais cela est rare. Souvent les deux yeux sont fixes. Fréquemment les cornées sont dirigées en haut, cachées par les paupières; elles peuvent être en même temps inclinées d'un côté ou de l'autre (CXV, CLXXVII, CXXI, CCCXXXVIII, CCCLXXI, CCCXCVIII, DCLXXVII, DCCXXV, DCCXX); cet état des yeux est l'un des phénomènes ordinaires de la période ultime de la maladie.

La direction parallèle des deux yeux vers un côté s'observe parfois avec la rotation de la tête dans le même sens. Cette double déviation a lieu dans certains cas d'hémiplegie. Je reviendrai sur ces phénomènes.

Mais quelquefois le parallélisme des deux axes optiques est détruit, et il y a strabisme convergent ou divergent (16 cas). La diplopie peut en être la conséquence. Elle peut aussi exister sans strabisme (CDV).

La vue a été plusieurs fois trouble, obscure, ou même tout à fait perdue, et je note cette particularité que, dans le nombre de 24 de ces cas, les hémorragies du cervelet comptent pour 9.

L'attention s'est très souvent portée sur l'état des pupilles: 82 fois elles étaient toutes les deux contractées, 74 fois elles ont été dilatées. En quelques cas, elles étaient alternativement dilatées et resserrées; 13 fois l'une était resserrée et l'autre dilatée; 24 fois elles étaient encore inégales, l'une se trouvant dilatée ou contractée, l'autre normale. Chez beaucoup de malades, les pupilles étaient immobiles, ne se laissant nullement influencer par l'intensité variée de la lumière; et si, en général, elles se resserraient par l'action d'une forte clarté, dans quelques cas rares c'était l'inverse (DCCXXXIII).



L'organe de l'ouïe n'a été intéressé que dans un petit nombre de cas d'hémorragies des centres nerveux. On en compte à peine onze. L'ouïe était faible ou nulle (CCXVIII, CCCLXIV, CDLXVII, DCLXIV, DCXCVIII, DCCXV, DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCXLII). Une fois, après avoir été obtuse, elle était devenue très sensible (DXII); deux fois, ce sens, et ceux de la vue et de l'odorat, avaient perdu leur activité d'un côté seulement (DXXVII, DCXCVI).

*Exercice de la parole.* — L'hémorragie encéphalique porte souvent le trouble dans l'exercice de la parole. Celle-ci peut être : 1° gênée, embarrassée, tout en continuant à se produire; 2° enrayée par l'état d'affaiblissement et d'inertie du moral; 3° empêchée d'une manière plus ou moins complète, bien que l'intellect soit à peu près intact; 4° pervertie par des substitutions de mots les uns aux autres.

a. — Dans la première catégorie se trouvent des cas nombreux de gêne, de difficultés dans la prononciation; mais le malade peut exprimer ses pensées. Il parle lentement, difficilement, péniblement; quelquefois par mots isolés, même par monosyllabes; mais il répond aux questions, et on comprend assez bien ce qu'il veut dire. Cet *embarras de la parole*, cette sorte de *dysphasie*, a été noté environ 100 fois. Ce n'est le plus souvent qu'un phénomène passager, et auquel on ne saurait attribuer une grande importance.

b. — Dans une autre catégorie de faits, la parole n'est pas seulement gênée dans son émission; elle est arrêtée à sa source. L'état du moral rend raison de ce défaut d'articulation des sons. Le malade paraît n'avoir pas de pensée à exprimer; il est dans la stupeur, dans l'inertie, dans un état presque comateux; il n'a pas d'idées présentes ou n'en a que de confuses. Sa mémoire manque; il ne fait aucun effort pour traduire des actes intellectuels, qui sont suspendus, et une volonté qui n'existe pas. Cette sorte d'absence de la parole, ou d'*aphasie* par arrêt mental, a pu être constatée

chez 37 sujets (1), dont 21 avaient une hémiplegie droite, 9 une hémiplegie gauche, 4 une paralysie des quatre membres. Chez 2, il n'y avait pas de paralysie, mais un état de spasme, et chez un autre, il n'y avait ni paralysie ni spasme.

c. — Le troisième mode de privation de la parole n'est point le résultat d'une lésion intellectuelle. Le malade est éveillé et attentif; il entend et comprend; seulement, il ne peut articuler ni prononcer. Son vocabulaire se borne à quelques sons inintelligibles ou à quelques monosyllabes répétés automatiquement. Il s'aperçoit très bien qu'il est privé de la faculté de s'exprimer; il s'en attriste et pleure, ou s'impatiente et s'agite. Il montre sa langue, parfaitement mobile, et il se livre à de vains efforts pour la rendre docile à sa volonté. Dans son impuissance, il remplace la parole par le geste, par l'expression des yeux et du visage. S'il sait écrire et si sa main droite est libre, il s'empresse d'user de ce moyen de rendre sa pensée. Comme on le voit, ce n'est pas l'intellect qui fait défaut, c'est son agent organique. Cette sorte de privation de la parole constitue l'*aphasie* proprement dite, symptôme réduit alors à ses véritables proportions. Il a été observé chez 38 individus (2), dont 32 étaient atteints de paralysies situées au côté droit du corps; 3 de paralysies situées au côté gauche, 2 de paralysies affectant les deux côtés, et 4 était sans paralysie. Ces 38 cas appartenaient à diverses localisations du cerveau, du cervelet et du mésocéphale. On verra plus loin à quels sièges précis les lésions devaient être rapportées.

d. — Quelques malades atteints d'hémorragie des centres nerveux ont présenté un autre genre d'altération de la

(1) CLXXXIV, CXCIV, CCI, CCXIV, CCXVII, CCXXVI, CCXXVII, CCXXXIV, CCL, CCLXXV, CCCL, CCXII, CCXXIX, CCXXXVIII, CCCLV, CCCLXX, CCCLXXXIII, CDIX, CDXVI, CDXX, CDXXVI, CDXLVI, CDLVII, CDXCV, DXXI, DLXII, DLXXI, DLXXII, DLXXXIII, DLXXXI, DLXXXVII, DCLI, DCLIX, DCCXV, DCCXXVI, DCCXXVII, DCCXXLIX, DCCCLII, DCCCLIII.

(2) CLXXXII, CXCIX, CCXLIII, CCLX, CCXVI, CCLXVI, CCLXXXII, CCLXXXV, CCXXXII, CCCLII, CCCLIV, CCCLXXIX, CCCLXXX, CCCLXXXIV, CCCLXXXVIII, CDXIV, CDXXI, CDXXII, CDXXVII, CDXXXIX, CDXXXIV, CDXL, CDLIV, CDXCIX, DIV, DXXVIII, DXXXII, DLXXX, DLXXXVIII, DC, DCLII, DCCXXXVII, DCCXLI, DCCCLXXVII, DCCC, DCCXXXVII, DCCCXXX, DCCCLXII.



parole qu'il est bon de mentionner. Il n'y avait pas privation de la faculté d'articuler des mots, mais emploi irrégulier des mots prononcés, substitution d'un nom à un autre; d'où incohérence, confusion, dont les sujets avaient souvent la conscience. Ce symptôme, dans lequel une parole est dite pour une autre, pourrait s'appeler *hétérophasie*. Les faits rapportés en donnent quelques exemples (CCXLVIII, DLXXV, DCII, DCLVI); parfois, c'était un certain nombre de mots prononcés sans y attacher de sens, mis par hasard les uns après les autres, et formant un tout inintelligible.

Un individu, qui avait été polyglotte, assemblait indistinctement les mots de diverses langues qui n'avaient aucun rapport entre eux; un autre associait des mots disparates, substitués les uns aux autres.

Je rapprocherai de ces faits un cas singulier, dans lequel, à l'aphasie, était jointe l'expression erronée du langage mimique (CDXXXIV). Il est encore à remarquer que cette dernière série de lésions de la parole coïncidait avec l'hémiplégie droite.

J'ai vu, chez une dame âgée de cinquante-cinq ans, l'hétérophasie portée à un degré très avancé sans le moindre trouble intellectuel. Jamais la langue ne prononçait le mot désigné par la pensée; cependant, cette dame faisait sans difficulté, seule avec sa femme de chambre, le voyage de Paris, et se faisait bien comprendre; mais on était obligé de lui dire le mot qu'elle cherchait sans pouvoir le trouver, et qu'elle saisissait dès qu'on était parvenu à le rencontrer; elle en avait parfaitement la conscience.

*Symptômes fournis par la motilité musculaire.* — Ces symptômes sont de deux ordres: les spasmes et les débilités. Ils méritent, à cause de leur fréquence et de leur variété, une grande attention.

(Convulsions.) Les *convulsions* se manifestent parfois au début de l'apoplexie. J'ai mentionné cette forme de l'attaque. Elles peuvent se produire ou se répéter dans le cours de la maladie; elles surviennent quelquefois à la fin, et sont alors de très fâcheux augure.

Elles se présentent sous des aspects variés, selon leur intensité, leur durée, leur étendue. Elles peuvent avoir toutes les apparences de l'épilepsie; les accès se répètent, à peine séparés par de courts instants de repos; ou ce sont des mouvements isolés, mais violents, et parfois comme une suite de frissonnements spasmodiques.

Les convulsions peuvent être générales; souvent, elles sont unilatérales. Elles peuvent n'affecter qu'une paire de membres, et alors ce sont ordinairement les membres inférieurs. Les mouvements convulsifs peuvent être limités à un membre: c'est alors plus souvent le bras que la jambe, ou ils sont bornés à la face et au cou (CXCIX, DXXI), ou aux yeux (CLIII, DCLII), ou à la mâchoire inférieure (DCCCXIV), ou à la partie postérieure du tronc (CC), etc.

M. Hirtz neveu, ayant observé un cas intéressant d'hémorragie cérébrale avec convulsions, dans lequel l'épanchement avait eu lieu dans les ventricules par suite de la lésion d'une couche optique et du corps strié, a rattaché ce symptôme à la présence du sang dans ces cavités<sup>(1)</sup>; mais les faits prouvent que les convulsions peuvent se produire dans les hémorragies des diverses localisations des centres nerveux. La récapitulation suivante va le démontrer:

Les convulsions et les mouvements convulsifs se sont manifestés dans les hémorragies:

Des méninges .....	37 fois.
De la substance corticale .....	12 —
Des divers lobes cérébraux .....	35 —
Des corps striés et des couches optiques .....	19 —
Des ventricules .....	18 —
Du cervelet .....	13 —
Du mésocéphale .....	23 —
De la moelle épinière .....	3 —
	160 fois.

Ainsi, les hémorragies des méninges, de la substance corticale du cerveau et du mésocéphale sont, relativement

(<sup>1</sup>) H. P. Hirtz, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1867, n° 1.



au nombre correspondant des faits, celles qui ont le plus souvent été accompagnées de convulsions.

Les hémorrhagies des corps striés présentent très rarement ce symptôme, qui est plus commun dans celles des couches optiques.

(Divers spasmes cloniques.) Différents mouvements spasmodiques, ne portant pas à proprement parler le caractère des convulsions, mais, s'y rattachant plus ou moins, se sont de temps à autre manifestés chez les sujets atteints d'hémorrhagies encéphaliques. Ici peuvent se placer :

L'agitation spasmodique d'un membre (CCXXXVIII, CCXXXIX, DCXXXII, DCCVII, DCLX, DCCLXXVII);

Les mouvements désordonnés, brusques, automatiques (CCCVII, CDXIII, CDXX, CDXLVII, DXXVIII, DXXXIV, DLXIX, DCLXVI, DCLXVIII, DXC);

Les secousses, soubresauts, tressaillements dans quelques parties (CDLXXXV, CDXCV, DIX, DXI, DXXIV, DXXVIII, DCCIX, DCCXII);

Les grincements de dents (CXXXI, CCCLXXVII, CCCLXXXIX, CDXIII, CDXV, CDLXXV, CDLXXXVII, CDXCIX, DXXVIII, DCLXVI);

Les contorsions involontaires des traits du visage (DCLXVI, DCCLXXXII, DCCC);

Les mouvements choréiformes (DCCXCVIII);

Les tremblements (CLXXV, CDXLI, DCXCVIII).

(Spasmes toniques.) Les spasmes toniques ont été souvent observés. On a noté :

Le *resserrement soutenu des mâchoires*, parfois avec contraction douloureuse et prolongée d'une partie des muscles de la face (CLXXX, CLXXXV, CCXLIV, DLXIX, DXCV, DCH, DCXXVII, DCXXXIII, DCLXXVII, DCCLI, DCCLXXXVI).

La *roideur du cou*, avec traction permanente de la tête en arrière (CLXVII, CLXVIII, CLXIX, CXGIX, CCGXV, CCGXX, CCCLI, CDIV, CDV, CDXII, DCLIV, DCLXVI, DCLXXXV, DCCLXX, DCCGXXXIV, DCCGXXXV).

La *rigidité tétanique* du cou, prolongée le long du rachis (CLIII, CC, DCXLIII, DCXLIX, DCCGXXIV, DCCCLXXXI).

La *contracture des muscles*. Ce symptôme a été beaucoup

plus fréquent que les précédents, et il faut établir de suite une distinction. On voit assez souvent les membres paralysés devenir roides, résister aux changements de forme ou de direction. C'est une coïncidence qui sera rappelée un peu plus loin; mais les membres peuvent offrir une rigidité, une immobilité due à la persistance des contractions musculaires, sans autre lésion antérieure de la myotilité.

Cette contracture primitive est assez fréquente à la suite des hémorrhagies encéphaliques, et surtout dans celles du mésocéphale et des couches optiques, comme le démontrent les chiffres suivants :

Les méninges ont présenté ce symptôme....	9 fois.
La substance corticale.....	5 —
Les lobes moyens du cerveau.....	7 —
Les lobes antérieurs.....	2 —
Les couches optiques et corps striés.....	20 —
Les ventricules.....	6 —
Le cervelet.....	6 —
Le mésocéphale.....	15 —
	<hr/>
	70 fois.

La contracture affecte plus souvent les membres supérieurs que les inférieurs; elle est souvent bornée à un côté, à un membre, à l'avant-bras, aux poignets, aux doigts; mais la rigidité peut affecter les quatre membres ou passer de ceux d'un côté à ceux de l'autre, s'étendre aux muscles abdominaux, alterner avec les convulsions, et d'autres fois persister en prenant les proportions d'une attaque tétanique.

(Paralysies.) La paralysie constitue un des plus fréquents, des plus saillants et des plus persistants symptômes de l'hémorrhagie des centres nerveux. Les spasmes sont remarquables par leur mobilité, par leur changement plus ou moins rapide de situation, d'intensité ou de mode. Les paralysies, au contraire, ont une fixité opiniâtre. Le plus souvent elles se produisent rapidement, au moment même de l'attaque; quelquefois cependant elles ne se prononcent qu'après, et en augmentant graduellement.