

## § V. — Diagnostic des hémorrhagies encéphaliques et rachidiennes.

*a. — Diagnostic direct.* — Ce chapitre doit offrir la récapitulation fort succincte des précédents résumés, c'est à dire qu'il doit réunir les points les plus saillants et les plus propres à faire reconnaître et distinguer les diverses sortes d'hémorrhagies des centres nerveux.

Mais il faut d'abord avoir un type, et je le trouve dans les hémorrhagies cérébrales, qui sont les plus fréquentes; puis on pourra lui comparer les hémorrhagies méningées, cérébelleuses, etc.

I. *L'hémorrhagie cérébrale*, considérée dans les sièges divers qu'elle peut affecter, et réduite à son expression séméiologique la plus simple, se reconnaît ordinairement à cette double manifestation : perte subite de connaissance, hémiplegie. A l'aide de ces caractères, dont l'évidence frappe le vulgaire lui-même, l'attaque apoplectique est qualifiée.

Mais un de ces deux caractères peut manquer ou d'autres phénomènes peuvent se produire; le diagnostic est alors moins facile.

Dans cette conjoncture, on interroge les prodromes; on découvre quelquefois que le malade a éprouvé de la pesanteur, des maux de tête, de la somnolence, de l'engourdissement dans un membre, etc.

Si l'attaque n'a pas été marquée par la perte de connaissance, il y a eu souvent à sa place des vertiges, un étourdissement, des mouvements spasmodiques; en un mot, quelques effets d'un trouble subit de l'innervation.

Quand l'hémiplegie manquait, il est parfois survenu des convulsions, une contracture, ou quelque autre spasme.

Dans ces attaques, qu'on peut considérer comme légères, la face garde sa régularité, les pupilles leurs dimensions, l'intelligence et la parole leur netteté, la respiration, le pouls, les évacuations un état presque normal. Mais la paralysie

ou la contracture subsiste et atteste que le cerveau n'a pas recouvré son intégrité.

Les cas plus graves présentent, outre ces symptômes, une diminution de la sensibilité, de l'activité des sens et de l'intelligence, la déviation de la face, la dilatation ou la contraction des pupilles, la gêne de la respiration.

La maladie étant plus intense, par suite d'une plus large effusion sanguine et d'une compression plus forte de la substance cérébrale, des signes plus prononcés se manifestent; tels sont : le coma, la résolution des membres, l'insensibilité générale, la dysphagie, le stertor, la faiblesse, la lenteur du pouls.

J'ai indiqué quelques-unes des différences que présentent les symptômes des hémorrhagies de la substance corticale ou des lobes cérébraux, des corps striés et des couches optiques, et des ventricules. Je ne peux y revenir dans cet aperçu général; mais il me semble utile d'y renvoyer, afin que les nuances puissent être saisies, par exemple entre les hémorrhagies des couches optiques, provoquant souvent des phénomènes spasmodiques, et celles des corps striés, causant plus souvent l'hémiplegie sans contracture, l'aphasie, etc.

II. Les *hémorrhagies méningées* offrent quelques particularités qui les distinguent sous le rapport du diagnostic.

1° Elles affectent surtout les enfants, les vieillards, les aliénés ou les individus atteints de paralysie générale;

2° Elles débutent souvent par des symptômes assez analogues à ceux de la méningite aiguë : la céphalalgie, le délire, les convulsions, les vomissements, le strabisme, l'assoupissement, etc.;

3° La paralysie, qu'on avait crue étrangère à la symptomatologie de l'apoplexie méningée, en est un indice assez fréquent, présentait quelques différences, selon que l'hémorrhagie s'est faite sur les deux hémisphères ou sur un seul.

Dans le premier cas, la mort peut être rapide ou la paralysie des membres exister des deux côtés ou d'un seul, ou ne pas avoir lieu du tout.

Dans le second, il y a assez souvent hémiplégie ou convulsions affectant le côté opposé à l'hémorragie, ou une simple faiblesse des membres.

La paralysie n'est pas, dans l'hémorragie méningée, un symptôme aussi constant que dans l'hémorragie cérébrale; mais il n'y manque pas.

Dans les cas légers, ou lorsque l'état du malade s'est amélioré, on observe encore quelques indices d'un trouble dans l'exercice des fonctions; comme une certaine apathie intellectuelle, la dilatation des pupilles, l'embarras de la langue, une marche mal assurée, vacillante.

III. Le diagnostic des *hémorragies du cervelet* a été étudié avec soin par M. Bouillaud<sup>(1)</sup>, par M. Hillairet<sup>(2)</sup>, par M. Brown-Séguard<sup>(3)</sup>. Si j'en recherche les bases dans les faits nombreux relatés, je constate que, parmi les phénomènes caractéristiques, se trouvent: une céphalalgie intense, rapportée surtout à la région occipitale, obligeant parfois le sujet à une complète immobilité; des vomissements tendant à se reproduire dans le cours de la maladie; la stupeur, la somnolence, l'embarras de la parole, l'affaiblissement de la vue, avec dilatation et plus souvent contraction des pupilles; la paralysie des membres droits ou gauches, ou un état de faiblesse musculaire portant principalement sur les membres inférieurs, ou se montrant plus prononcée à un bras ou à une jambe. M. Brown-Séguard a mis l'absence de paralysie de la face au nombre des indices de l'apoplexie du cervelet; mais, huit fois, l'hémiplégie s'est étendue à cette région, quelquefois bornée à la simple déviation de la commissure des lèvres, mais, d'autres fois, très prononcée. La contracture a été très rare et de courte durée dans les apoplexies cérébelleuses; mais les phénomènes spasmodiques, les mouvements convulsifs, les tressaillements, se sont montrés assez fréquemment.

<sup>(1)</sup> *Union médicale*, 1859, t. II, p. 535.

<sup>(2)</sup> *Archives*, 5<sup>e</sup> série, t. XI, p. 411 et 549.

<sup>(3)</sup> *Lancet*, nov. 2, 1861 (half yearly abstract, t. XXXVII, p. 61).

On a noté, mais très rarement, une disposition du tronc et des membres à exécuter des mouvements de rotation. Plus souvent, il n'y avait que de la faiblesse; de là, une marche peu solide et vacillante, irrégulière ou sautillante, et des chutes fréquentes par défaut de coordination des mouvements.

Un phénomène spécial a été noté dans l'hémorragie du centre du cervelet: c'est l'érection, parfois l'émission du sperme; mais, souvent, ce symptôme était entièrement absent. Par ce motif, il a perdu de la valeur que Valsalva, Morgagni et Serres lui avaient attribuée.

IV. Le diagnostic des *hémorragies du mésocéphale*, attentivement établi par MM. Bell<sup>(1)</sup>, Josias<sup>(2)</sup>, Kirchberg<sup>(3)</sup>, Millard<sup>(4)</sup>, Gubler<sup>(5)</sup>, Larcher<sup>(6)</sup>, etc., repose sur les indices suivants: Céphalalgie intense affectant surtout l'occiput ou le sommet de la tête, stupeur, vomissements ou tolérance outrée de l'estomac; coma, ou intelligence intacte et parole facile; pupilles inégales, plus souvent resserrées que dilatées; diplopie<sup>(7)</sup>; convulsions et spasmes se rattachant surtout aux lésions du centre du mésocéphale, des pédoncules cérébelleux, à l'épanchement sanguin dans le quatrième ventricule; paralysie ayant envahi les quatre membres simultanément ou successivement; paralysie uni-latérale, ou hémiplégie; paralysie bi-latérale ou hémiplégie alterne formant un des traits les plus caractéristiques de cette hémorragie; troubles profonds de la respiration, souvent comme enrayée; gêne ou impossibilité de la déglutition.

V. Trop peu d'exemples d'hémorragies du bulbe rachidien ont été recueillis pour qu'on puisse établir les bases du

<sup>(1)</sup> Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, no 224, p. 11.

<sup>(2)</sup> *Idem*, 1851, no 162, — et *Archives*, 4<sup>e</sup> série, t. XXX, p. 217.

<sup>(3)</sup> Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1855, no 202.

<sup>(4)</sup> *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 206; 1856, p. 217.

<sup>(5)</sup> *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 749 et suiv.; 1858, p. 721 et suiv.

<sup>(6)</sup> *Pathologie de la protubérance annulaire*. Paris, 1863.

<sup>(7)</sup> Brown-Séguard, *Medical Times and Gazette*, 1862, avril 2 (half yearly abstract, t. XXXVI, p. 64).

diagnostic. Seulement, il est présumable que la mort doit suivre de très près la lésion subite de cet organe, surtout de sa partie centrale.

VI. Les signes des hémorrhagies de la moelle épinière sont : des douleurs profondes dans le rachis, des mouvements convulsifs d'un ou de plusieurs membres; la paralysie, rarement d'un membre ou des membres d'un côté, plus souvent celle des deux membres inférieurs. La paralysie peut affecter spécialement la sensibilité ou la myotilité, selon que le foyer occupe la partie postérieure ou antérieure du cordon rachidien. La paralysie, affectant les deux membres inférieurs, peut s'étendre aux supérieurs, aux parois thoraciques, selon la hauteur du foyer hémorrhagique. Elle frappe le plus souvent la vessie et le rectum.

**b. — Diagnostic indirect ou comparatif.** — Les hémorrhagies encéphaliques ont des ressemblances symptomatologiques avec différents états morbides.

L'attaque apoplectique, qui signale l'invasion de l'hémorrhagie cérébrale, peut être simulée par l'un des états suivants :

Une *syncope*, en tant que la sensibilité, la motilité sont suspendues, en même temps que le pouls a faibli au point de disparaître; la circulation capillaire de la face semble arrêtée, d'où une profonde pâleur. Mais bientôt cet état se dissipe, et les sens, les mouvements, la coloration se rétablissent. Dans l'hémorrhagie, le rétablissement n'a pas lieu, ou il est incomplet.

L'*anémie* peut produire un état analogue, c'est à dire suspendre momentanément le cours du sang, l'exercice de l'intelligence, la locomotion, etc. Cet arrêt des fonctions peut se prolonger. Les antécédents en font connaître les motifs.

L'invasion des accidents causés par l'*embolie* cérébrale ressemble beaucoup à celle de l'hémorrhagie, car, à la perte de connaissance, se joint l'hémiplégie. Aujourd'hui, le dia-

gnostic est éclairé par l'appréciation de l'état morbide du cœur, par la présence présumée des concrétions dans cet organe. L'âge du sujet, l'absence des causes ordinaires des hémorrhagies, la soudaineté de l'accident, donnent des indices utiles. On a aussi remarqué que la perte de connaissance est moins complète que dans les cas d'hémorrhagie. On comprend combien il importe de distinguer ces cas, une erreur devant avoir, quant au traitement, les conséquences les plus sérieuses.

L'*apoplexie* appelée *nerveuse* ressemble beaucoup à celle par hémorrhagie : perte de connaissance, immobilité ou roideur spasmodique, insensibilité, resserrement ou dilatation des pupilles, etc.; mais, dans la première, le visage est moins altéré, rarement vultueux; la respiration moins gênée, la résolution des membres moins prononcée, et quand la mort n'a pas lieu immédiatement, la paralysie se dissipe assez vite.

La *congestion encéphalique apoplectiforme* a une grande ressemblance avec l'apoplexie par hémorrhagie; mais ici l'erreur serait sans conséquences très fâcheuses. Dans les premiers moments, la similitude peut être parfaite; mais quand le malade reprend connaissance, s'il y a eu effusion sanguine, il reste ordinairement une paralysie; tandis que, s'il n'y a eu que congestion ou coup de sang, l'état normal se rétablit assez bien, surtout relativement aux fonctions locomotrices.

L'*intoxication* par les *narcotiques* offre encore des analogies avec l'apoplexie sanguine et la congestion cérébrale; mais les accidents ne sont pas aussi subits, le coma en constitue le phénomène dominant; il n'y a pas de paralysie, c'est plutôt un affaïssement général, avec vive réaction de l'appareil circulatoire.

L'*intoxication alcoolique*, dans sa forme très aiguë, ressemble à l'attaque apoplectique violente : même insensibilité, même perte du mouvement; mais le sujet, empoisonné par des spiritueux, exhale ordinairement une odeur qui fait

reconnaître cette cause, et s'il vomit, on se confirme dans cette présomption. Cependant, il est possible, comme nous en avons des exemples, que le sujet, atteint d'une véritable apoplexie, ait pris, peu d'instants avant, quelques gorgées de liqueur alcoolique, laquelle donne alors à son haleine ou aux matières vomies une odeur caractéristique. Il ne faut donc pas s'en tenir à ce simple indice pour juger qu'il ne s'agit que d'un état d'ivresse. Il faut y regarder de plus près et veiller à la manifestation des symptômes qui peuvent mieux asseoir le diagnostic.

Les *fièvres pernicieuses* prennent quelquefois la forme apoplectique; mais la périodicité des accidents n'échappe pas au praticien attentif, et ne lui permet pas de commettre une méprise qui serait fatale.

L'*asphyxie* produit, comme l'apoplexie, la perte de connaissance; mais la suspension complète de la respiration, la lividité de la face, l'arrêt des battements du cœur, permettent de distinguer ces états morbides.

Les comparaisons que je viens de faire se rapportent surtout à l'attaque apoplectique, mais il en est d'autres qui peuvent s'établir lorsque l'hémorrhagie est censé exister depuis quelques jours. Les lésions pathologiques qui peuvent entrer en parallèle sont la cérébrite, l'épanchement séreux dans les ventricules, le ramollissement cérébral, diverses maladies organiques; mais, pour rendre plus exact ce diagnostic comparatif, il sera bien d'avoir étudié, avec leurs phénomènes ordinaires, ces diverses sortes d'affections; alors, il sera possible de mieux en saisir les différences.

#### § VI. — Prognostic des hémorrhagies encéphaliques et rachidiennes.

Le prognostic de ces maladies varie selon le siège présumé ou réel de la collection sanguine. Le bulbe tient le premier rang quant à la gravité; puis viennent le mésocéphale, la moelle épinière et le cervelet. Les méninges occupent la dernière place.

Mais ce n'est là qu'un premier aperçu. L'étendue du foyer hémorrhagique entraîne des différences très grandes. Une petite lésion dans l'un des premiers organes cités sera moins grave qu'une large déchirure opérée dans le cerveau. Si le foyer s'ouvre dans un ventricule ou sous la pie-mère, le danger devient plus grand encore.

La curabilité des apoplexies sanguines encéphaliques a été mise hors de doute par des faits nombreux. On a pu suivre la série des procédés dont se sert la nature pour opérer la cicatrisation des foyers hémorrhagiques. Le mésocéphale lui-même s'est montré susceptible de réaliser des réparations de ce genre. Mais il faut, pour atteindre ce but, des conditions favorables d'âge, de constitution, d'influences hygiéniques, etc.

L'âge avancé est une circonstance défavorable. L'obésité, l'intempérance, l'abus des alcooliques, l'excès des plaisirs vénériens constituent des causes d'aggravation.

Il en est de même de quelques états morbides antérieurs, comme les maladies du cœur, du foie, des reins, la goutte.

L'apoplexie est plus fâcheuse quand des vertiges fréquents, une céphalalgie opiniâtre l'ont précédée et l'accompagnent. Ces symptômes dénotent une disposition malade ancienne de quelque point de l'encéphale; et, d'autres fois, elle a paru d'autant plus funeste, qu'elle n'avait été amenée par aucun avant-coureur, et qu'elle survenait au milieu des apparences d'une très bonne santé (1).

Quelques-uns ont cru qu'une première attaque d'apoplexie n'était jamais mortelle; qu'une seconde mettait en danger, et que la troisième était ordinairement sans appel. Cette progression n'est pas toujours suivie, et très souvent la première attaque est la dernière.

Une perte de connaissance subite et prolongée est un signe grave. Mais j'ai vu l'apoplexie se terminer en trois

(1) Car. Jos. Muller, *De Prognosi Apoplexiæ*. Halæ, 1792. (Schlegel, *Thesaurus Semicio-tices*. Stendaliæ, 1802, t. III, p. 63.)

jours par la mort chez un sujet qui conserva son intelligence dans les premières heures de l'attaque.

Les convulsions, précédant la paralysie ou l'accompagnant, donnent la présomption d'un désordre grave. La contracture est moins fâcheuse, surtout quand elle n'arrive pas dès les premiers jours.

La gêne ou l'impossibilité de la déglutition a été signalée comme étant d'un fâcheux augure (1). J'ai fait plusieurs fois la même remarque.

Les évacuations involontaires sont des signes fâcheux, mais moins que dans les maladies qui ne paraissent pas aussi directement altérer l'intellect, la sensibilité et la motilité.

La perte de la voix et de la parole n'est pas une circonstance inquiétante, comme Lancisi l'avait annoncé (2).

Les troubles profonds de la respiration, le stertor, donnent un élément essentiel de pronostic. Ils dénotent un haut degré de gravité.

Hippocrate a dit que ceux qui sont pris de céphalalgie, de perte de la parole et de respiration stertoreuse, périssent en sept jours, à moins que la fièvre ne survienne (3). On a appliqué cet aphorisme à l'apoplexie, et le jugement d'Hippocrate a été adopté par Celse (4), Arétée (5), Prosper Alpin (6), Richter (7), etc. Mais était-ce l'hémorragie encéphalique qu'Hippocrate avait voulu désigner? On peut en douter. La fièvre, qui résout un spasme, ne détruit pas un épanchement sanguin. Elle est plutôt l'indice d'un travail inflammatoire qui ne saurait inspirer de la sécurité. Toutefois, une coïncidence phlegmasique n'est pas commune; on ne rencontre que rarement un abcès à proximité d'un foyer hémorragique (CCXLI).

(1) Marshall Hall, *Medical Times*, t. VII, p. 200.

(2) *De Repentinis morbis*. (Opera, t. I, p. 106.)

(3) Aph. 51, sect. VI.

(4) *De Re Medica*, lib. III, cap. V.

(5) *De Curat. acut.*, lib. I, cap. IV, p. 82.

(6) *De Præsay. vita et mort.*, p. 120.

(7) *Opuscula*, t. I, p. 315.

On a attribué la guérison de l'apoplexie à des efforts critiques, comme un flux hémorrhoidal, le ptyalisme, le dévoiement, etc. (1). Ces phénomènes morbides peuvent coïncider avec une amélioration notable, mais sont loin de porter les caractères d'une véritable crise, c'est à dire d'un concours efficace donné à la solution heureuse et définitive de la maladie. Ce n'est pas rapidement que peut guérir un foyer hémorragique; le temps est nécessaire à la successive modification et à la réparation du tissu encéphalique profondément altéré.

Il est des coïncidences qui donnent au pronostic une gravité spéciale; telles sont les affections du cœur, qui rendent les récidives presque inévitables lorsque le sujet a résisté à une première attaque. Les maladies de l'estomac, du foie, des reins sont encore des complications fâcheuses.

L'érysipèle, que Muller paraît avoir regardé comme critique, tantôt hâte la mort, tantôt parcourt ses périodes sans modifier la marche de l'apoplexie, et parfois paraît l'améliorer. Parmi les faits de cette dernière catégorie, je peux citer celui d'une femme âgée de quarante-six ans, non réglée depuis trois ans, ayant éprouvé une attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie affectant surtout le bras gauche. Quelques jours après l'entrée de cette femme à l'hôpital Saint-André, il survint à l'oreille droite de la rougeur, de l'empâtement: c'était un commencement d'érysipèle. Deux jours après, il parut sur la joue gauche une plaque rouge qui gagna bientôt le front, la tempe et une partie du cuir chevelu. L'état de cette malade semblait notablement aggravé. Des phlyctènes s'étaient manifestées sur la face, et avaient formé des croûtes brunâtres; la langue était couverte d'un enduit sec et brun. Néanmoins, vers le neuvième jour, la desquamation commença. La paralysie n'avait point augmenté; au contraire, le bras était moins faible, et la malade put, quelques jours après, rentrer dans sa famille.

(1) Muller, *De Prognosi Apoplezia*. L. c., p. 72.